

Avis du Conseil fédéral de la kinésithérapie relatif à l'accès direct à la kinésithérapie (ADK)

Cet avis a été voté en séance plénière du 01 octobre 2015 à l'unanimité des membres présents.

Table des matières	
A. Introduction.	
B. Motifs et situations dans lesquelles les praticiens de la kinésithérapie peuvent exécuter des actes et prestations qui ne nécessitent aucune prescription médicale.	
C. Liste des actes et prestations de kinésithérapie pour lesquels aucune prescription médicale n'est requise, et liste des actes et prestations qui nécessitent une prescription médicale.	
D. Annexes	
I. Quantification et caractérisation.	
II. Précisions apportées à la liste des traitements de kinésithérapie qui n'exigent pas de prescription médicale et des traitements qui nécessitent une prescription médicale.	
III. Qualification du kinésithérapeute.	
IV. Revue de la littérature traitant de l'accès direct à la kinésithérapie.	



A. INTRODUCTION

La législation sur l'exercice de la kinésithérapie (LEK) est décrite au chapitre Ibis de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (ex-Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé).

Conformément à l'art. 43, § 6 de ladite loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (ci-après abrégée : « la Loi coordonnée »), les kinésithérapeutes ne peuvent exercer la kinésithérapie qu'à l'égard des patients qui sont envoyés sur la base d'une prescription faite par une personne habilitée à exercer l'art médical en vertu de l'article 3, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, ou, pour ce qui concerne la kinésithérapie en cas de dysfonction temporo-mandibulaire, qui sont envoyés par une personne habilitée à exercer l'art dentaire en vertu de l'article 4.

Le Roi peut fixer la liste des motifs et des situations dans lesquelles les personnes agréées en vertu du § 1^{er} peuvent déroger à la condition visée à l'alinéa 1^{er}.

Dans ce dossier, le Conseil Fédéral de la Kinésithérapie propose une liste de motifs et situations qui autorisent les praticiens de la kinésithérapie à exécuter des actes non soumis à prescription médicale. Dans les motifs et circonstances définis ci-dessous, l'accès direct à la kinésithérapie offrira au kinésithérapeute un cadre légal pour l'exécution d'actes et de prestations de kinésithérapie sans prescription médicale dans le secteur des soins de première ligne et de l'aide aux personnes, ainsi que dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé.

Les actes et prestations de kinésithérapie ont été décrits de manière générale afin d'offrir la possibilité de pleinement implémenter, tant en milieux monodisciplinaires que dans le cadre d'associations entre collègues et multidisciplinaires, les connaissances, notions et aptitudes acquises lors des formations actuelles (masters) en kinésithérapie.

L'Accès Direct à la kinésithérapie ne peut s'appliquer que sous de strictes conditions.

Le client (patient) a la liberté de choix quant à son processus et ses prestataires de soins de santé. Il peut choisir lui-même de se rendre directement, sans prescription médicale, chez le kinésithérapeute. Après qu'il aie reçu tous les renseignements nécessaires pour comprendre son état de santé ainsi que ses problèmes fonctionnels, il peut, via un « consentement éclairé » opter pour les actes kinésithérapiques proposés (dépistage, recherche, traitement) et/ou pour l'échange électronique et sécurisée des données. Le client (patient) peut à tout moment prendre l'initiative de consulter un médecin. Il est bien entendu que chaque médecin peut, comme par le passé, continuer à prescrire tout acte de kinésithérapie ou faire la demande d'un avis consultatif.

Comme par le passé, le kinésithérapeute garde sa liberté de choix thérapeutique sur base d'une prescription médicale.

Si le kinésithérapeute fait le choix d'un traitement dans le cadre de l'accès direct sans prescription, il s'en tiendra strictement aux conditions cliniques pour un accès direct (les motifs et les situations) et il crera une relation thérapeutique dans laquelle le client se sentira en sécurité et pleinement accepté.

Les résultats de l'examen sont collationnés dans le dossier kinésithérapeutique, enregistrés et stockés par voie électronique sécurisée. Ils constituent ainsi la base du plan de traitement et des soins à prodiguer. En concertation avec le patient, un rapport écrit peut être envoyé au médecin/dentiste, éventuellement par l'intermédiaire de moyens numériques mis à disposition par la plateforme eHealth.

B. MOTIFS ET SITUATIONS DANS LESQUELLES LES PRATICIENS DE LA KINÉSITHÉRAPIE PEUVENT EXÉCUTER DES ACTES ET PRESTATIONS QUI NE NÉCESSITENT AUCUNE PRESCRIPTION MÉDICALE.

1. LA KINÉSITHÉRAPIE DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Lors de sa formation académique, le kinésithérapeute a acquis une expertise particulière pour contribuer de manière significative, en tant que prestataire de soins individuels, à la politique de santé préventive et à la promotion de la santé. En effectuant des actes et prestations de prévention, le kinésithérapeute peut, dans son domaine, prévenir, réduire et/ou corriger des problèmes de fonctionnement, diminuer l'incidence et la prévalence de maladies connexes et affections chroniques, et prévenir toute invalidité ultérieure.

Dans la liste figurant au chapitre C, I sont présentées trois prestations de kinésithérapie dans le cadre d'une politique de santé préventive et de la promotion de la santé :

- ◆ Analyse du fonctionnement physique, information, conseil et éducation.
- ◆ Coaching/guidance individuel(le), (stimulation de l') autogestion, autorégulation et responsabilisation.
- ◆ Stimulation du niveau d'activation et de participation dans le cadre de la prévention.

2. LA KINÉSITHÉRAPIE DANS LE SECTEUR DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET DE L'AIDE AUX PERSONNES

Les kinésithérapeutes actifs dans les soins de santé de première ligne sont quotidiennement confrontés à des demandes d'aide directe. Les personnes présentant des douleurs, des troubles fonctionnels ou un handicap ne considèrent pas leur problème comme suffisamment dangereux ou grave pour, dans un premier temps, consulter un médecin. Ils estiment en revanche que ces troubles les gênent assez pour consulter directement l' « expert de la fonction et du mouvement » qu'est le kinésithérapeute. L'obligation de consulter un médecin - telle que nécessaire aujourd'hui encore - est plutôt considérée comme quelque chose qui prend du temps et comme une charge financière. Dans le contexte de la bonne collaboration « médecin – kinésithérapeute », dans la pratique actuelle, le kinésithérapeute est déjà de plus en plus impliqué dans la recherche et le concept du traitement.

Pour le kinésithérapeute, la réalité sur le terrain est difficile. La « Loi coordonnée » oblige le kinésithérapeute à travailler sur prescription médicale. Dans bien des cas, la pratique le contraint à répondre à la demande d'aide directe. L'absence de cadre légal pour justifier la présente procédure fait augmenter la demande de prescriptions rétroactives avec consultations médicales supplémentaires.

Dans le cadre de l'Accès direct à la kinésithérapie, toute personne qui se présente au cabinet du kinésithérapeute sans prescription médicale, doit faire l'objet d'une procédure stricte à suivre.

1. Dans un premier temps, cette personne subira un **screening (dépistage) kinésithérapeutique** qui doit déterminer si le kinésithérapeute est la personne adéquate pour traiter la demande d'aide ou le problème en toute sécurité (situation sûre).
2. Un **examen kinésithérapeutique** ne pourra être effectué que si ce screening indique qu'il peut être exécuté en toute sécurité.
3. Le **traitement kinésithérapeutique** ne pourra être mis en route que si les résultats de cet examen indiquent à leur tour qu'il peut être exécuté en toute sécurité.

L'Accès direct aux traitements de kinésithérapie n'est autorisé que si la situation ne présente aucun risque pendant les étapes précitées ou si des enfants, adolescents ou adultes se présentent avec un schéma connu du kinésithérapeute qui évolue normalement ou qui évolue de manière anormale mais explicable.

Situation	Décision	Acte kinésithérapeutique
Schéma connu, évolution normale	En toute sécurité	Information, conseils.
Schéma connu, évolution anormale qui peut être expliquée.	En toute sécurité	Le kinésithérapeute est compétent pour démarrer l'examen et/ou traitement kinésithérapeutique.
Schéma inconnu.	A risque	Cette situation nécessite un renvoi vers le médecin (ou dentiste).
Schéma connu, avec 1 ou plusieurs signes anormaux.	A risque	Cette situation nécessite un renvoi vers le médecin (ou dentiste).
Schéma connu qui évolue de manière anormale.	A risque	Cette situation nécessite un renvoi vers le médecin (ou dentiste).
Présence d'1 ou plusieurs drapeaux rouges.	A risque	Cette situation nécessite un renvoi vers le médecin (ou dentiste).

a. Screening kinésithérapeutique

Dans le cadre de l'Accès direct à la kinésithérapie, toute personne qui se présente directement au cabinet du kinésithérapeute fait d'abord l'objet d'un screening (dépistage) qui doit déterminer si le kinésithérapeute est la personne adéquate pour traiter la demande d'aide/le problème, et qui doit constater si la situation permet une prise en charge en toute sécurité.

Dans la liste C1 du chapitre C, II, 1, le « **screening kinésithérapeutique** » est présenté comme un acte/une prestation qui ne nécessite aucune prescription médicale.

Le processus de dépistage consiste en un inventaire écrit des problèmes et des demandes d'aide, ainsi que d'une anamnèse de dépistage.

Le kinésithérapeute qui procède à un screening se base sur des questionnaires génériques et spécifiques pour reconnaître les schémas pathogéniques et identifier les éventuels drapeaux rouges¹. Dans la littérature spécialisée^{2,3} et autres recommandations et normes, on entend par drapeaux rouges les signaux d'alerte, les facteurs de risque, les symptômes ou signes qui peuvent renseigner sur la gravité de la pathologie et identifier celle qui nécessite un diagnostic médical et un renvoi (d'urgence) vers le médecin.

- *Les drapeaux rouges génériques ont un caractère holistique. Il s'agit souvent de syndromes et/ou affections complexes, chroniques, présentant de nombreuses comorbidités, qui impliquent la participation de nombreux prestataires de soins (ex. : BPCO, insuffisance cardiaque, état post AVC, diabète sucré, maladie de Parkinson...).*
- *Les drapeaux rouges spécifiques sont des symptômes et signes qui soit relèvent d'une maladie ou d'une pathologie systémique (p. ex. AR), soit sont liés à une affection locale / organe (p. ex. douleurs lombaires).*

À l'issue du processus de screening, le kinésithérapeute a déterminé si la situation est « sûre » ou « à risque ».

Une situation dite « à risque » comprend un trouble, une demande d'aide, un ou plusieurs symptômes ou signes, et un (ou plusieurs) drapeau(x) rouge(s) qui ne sont traitables par le kinésithérapeute seul. Cette situation est une contre-indication relative, et dans certains cas absolue, pour la kinésithérapie. Dans ce cas, le kinésithérapeute orientera le patient vers le médecin.

Une situation « sûre », permettant une prise en charge en toute sécurité, signifie que le kinésithérapeute ne rencontre aucun drapeau rouge pendant le dépistage et reconnaît, dans les symptômes/signes, une situation sans risque pour l'examen kinésithérapeutique. Le processus diagnostique (examen kinésithérapeutique) peut dans ce cas démarrer.

b. Examen kinésithérapeutique

Dans le cadre de l'Accès direct à la kinésithérapie, l'examen kinésithérapeutique d'une personne qui se présente directement au cabinet du kinésithérapeute ne sera effectué que si le screening indique que cet examen peut être exécuté en toute sécurité.

Dans la liste C1 du chapitre C, II, 2, « **l'examen kinésithérapeutique du fonctionnement physique chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte** » est présenté comme un acte/une prestation qui ne nécessite aucune prescription médicale.

Durant le processus diagnostique également, le kinésithérapeute restera attentif aux drapeaux rouges, aux schémas inconnus ou aux schémas connus marqués par un ou plusieurs symptômes anormaux ou une évolution anormale/défavorable. Toutes ces situations nécessitent un renvoi vers le médecin.

¹ Murthag's Red flags John Murtagh, John murtagh's general practice 6th edition, ISBN-13: 978-0070285385

² KCE, Douleurs cervicales atypiques : diagnostic et traitement, KCE reports 119B

³ Nadeem A.(Ed), Alarm bells in medicine.Oxford: Blackwell/ BMJ Publishing, 2005: 169 p. ISBN: 0-7579 1819-2

⁴ Conformément au cadre de référence ICF de l'OMS

Le kinésithérapeute s'aide du raisonnement clinique pour associer ses propres observations, résultats de tests et interprétations à ses connaissances médicales et ainsi réfléchir aux prochaines étapes du traitement kinésithérapeutique.

Les résultats d'examen sont consignés⁴ dans le dossier kinésithérapeutique (DKT) et enregistrés électroniquement de manière sécurisée. Ils constituent la base du plan de soins et du traitement kinésithérapeutiques. En concertation avec le patient, un rapport écrit peut être envoyé au médecin/dentiste, éventuellement par voie électronique au moyen des services eHealth.

c. Traitements kinésithérapeutiques

Le processus thérapeutique ne peut démarrer que s'il est question de signaux, symptômes et signes reconnaissables dans le domaine de compétence du kinésithérapeute individuel, sans drapeaux rouges génériques et spécifiques.

L'Accès direct aux traitements de kinésithérapie est strictement lié aux **conditions suivantes** :

1. Tant le processus de screening que le processus de diagnostic ne peuvent signaler aucun drapeau rouge.
2. L'examen kinésithérapeutique ne peut constater aucun schéma inconnu, aucun signe, symptôme ou situation inexplicables ni troubles sévères du fonctionnement susceptibles d'indiquer une problématique grave. Le cas échéant, il sera conseillé au patient de prendre contact (d'urgence) avec le médecin qui, après examen médical, rédigera une prescription de kinésithérapie.
3. La mise en route d'un traitement de kinésithérapie n'est pas indiquée s'il est supposé que les troubles passeront sans traitement ou si d'autres soins médicaux sont plus appropriés.
4. En concertation avec le patient, une notification est envoyée au médecin/dentiste, éventuellement par voie électronique.
5. Le patient qui se rend directement chez le kinésithérapeute sans prescription, confirme dans sa déclaration :
 - que le kinésithérapeute a constaté sa demande d'aide ;
 - que le kinésithérapeute a procédé à un screening et/ou un examen kinésithérapeutique ;
 - que dans les circonstances données, il/elle marque son accord avec l'Accès directLa déclaration peut également être établie par une personne de confiance ou un représentant du demandeur d'aide (p. ex. en cas de démence, situations palliatives), par un des parents ou par le tuteur (si le demandeur d'aide est un enfant ou adolescent de moins de 16 ans).
6. Le kinésithérapeute qui pratique des actes et prestations sans prescription dans le cadre de l'AD, confirme dans sa déclaration :
 - avoir pris connaissance de la demande d'aide ;
 - avoir procédé à un screening et un examen kinésithérapeutique ;
 - marquer son accord avec l'AD dans les circonstances données.

Le kinésithérapeute possède l'expertise et les compétences pour identifier les troubles, handicaps et problèmes dans différents systèmes organiques et groupes cibles, et pour spécifier leur gravité et leur ampleur conformément à l'ICF/OMS¹.

Dans le cadre de l'Accès direct à la kinésithérapie, seuls les troubles, handicaps et problèmes légers et modérés **sont traités** de manière autonome, sans intervention ou prescription médicale, et ce en toute sécurité, de manière efficace et conforme aux connaissances scientifiques et directives pratiques actuelles. Le kinésithérapeute propose des solutions aux difficultés rencontrées par une personne dans l'exécution d'activités de la vie quotidienne (AVQ) (limitations au niveau des mouvements, déplacements/mobilité, autosoins, activités ménagères...) et dans sa participation à la vie sociale (profession, sport, loisirs). Le kinésithérapeute informe, conseille et éduque par voie de coaching individuel, (stimulation) de l'autogestion, autorégulation et responsabilisation.

Dans la liste C1 du chapitre C, II, 3, les traitements kinésithérapeutiques de troubles, handicaps et problèmes légers et modérés, inventoriés par système organique et groupe cible, sont présentés comme des actes/prestations qui ne nécessitent aucune prescription médicale. Les troubles, handicaps et problèmes sévères et complets (liste C2) exigent quant à eux une prescription médicale.

¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

C. LISTE DES ACTES ET PRESTATIONS DE KINÉSITHÉRAPIE POUR LESQUELS AUCUNE PRESCRIPTION MÉDICALE N'EST REQUISE, ET LISTE DES ACTES ET PRESTATIONS QUI NÉCESSITENT UNE PRESCRIPTION MÉDICALE

C1 = Actes et prestations de kinésithérapie qui ne nécessitent aucune prescription médicale. Il est bien entendu que comme par le passé, tout médecin peut continuer à prescrire de la kinésithérapie.

C2 = Actes et prestations de kinésithérapie qui nécessitent une prescription médicale.

I. LA KINÉSITHÉRAPIE DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

◆ Analyse du fonctionnement physique, <i>information, conseil</i> et éducation.	
◆ Coaching/guidance individuel(le), (stimulation de l') autogestion, autorégulation et responsabilisation.	
◆ Stimulation du niveau d'activation et de participation dans le cadre de la prévention.	

II. LA KINÉSITHÉRAPIE DANS LE SECTEUR DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET DE L'AIDE AUX PERSONNES

1. SCREENING

◆ Screening kinésithérapeutique.	
----------------------------------	--

2. RECHERCHE

◆ Examen kinésithérapeutique du fonctionnement physique chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte.	▪ Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif.
--	--

3. TRAITEMENTS

3.1. Situations dans le système musculo-squelettique

◆ Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système musculo-squelettique, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.	▪ Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères et complets ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système musculo-squelettique, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie ² .
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent un traitement kinésithérapeutique intense pendant une courte période ³ .

3.2. Situations dans le système cardiorespiratoire

◆ Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés ¹ de la fonction respiratoire et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.	▪ Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères et complets ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système cardiorespiratoire, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.
◆ Conseils et éducation à la toilette bronchique.	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie ² .
◆ Poursuite de l'entraînement cardiorespiratoire sous la supervision du kinésithérapeute.	▪ Traitement kinésithérapeutique post-soins intensifs ³ .
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années ⁴ .



¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, art. 7, § 3, alinéa 2, 3°. (« liste E » ci-après)

³ Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, art. 7, § 14, 5°, A. (« liste Fa » ci-après)

⁴ Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, art. 7, § 14, 5°, B. (« liste Fb » ci-après)

3.3. Situations dans le système nerveux

◆ Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système nerveux, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.	▪ Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères et complets ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système nerveux, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie ² .
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent un traitement kinésithérapeutique intensif pendant une courte période ³ .
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années ⁴ .

3.4. Situations dans le système vasculaire, conjonctif et cutané

◆ Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système veineux et lymphatique, du tissu conjonctif et de la peau, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents.	▪ Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères et complets ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système vasculaire, conjonctif et cutané, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie ² .
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années ⁴ .

Roy

¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Liste E

³ Liste Fa

⁴ Liste Fb

3.5. Kinésithérapie périnatale et rééducation périnéo-sphinctérienne

◆ Accompagnement kinésithérapeutique de la femme pendant la grossesse, l'accouchement et les 3 mois de post-partum.	
◆ Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents, propres à la période périnatale ⁵ .	▪ Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents, propres à la période périnatale ⁵ .
◆ Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques dans la région abdomino-pelvienne, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents.	▪ Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères et complets ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques dans la région abdomino-pelvienne, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents.
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent un traitement kinésithérapeutique intensif pendant une courte période ³ .

3.6. Kinésithérapie de l'enfant et de l'adolescent jusqu'au 16^{ème} anniversaire

◆ Traitement kinésithérapeutique d'enfants et adolescents jusqu'au 16 ^{ème} anniversaire, présentant des troubles légers à modérés ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents, propres au développement.	▪ Traitement kinésithérapeutique d'enfants et d'adolescents jusqu'au 16 ^{ème} anniversaire, présentant des troubles sévères ou complets ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents.
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie ² .
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent un traitement kinésithérapeutique intensif pendant une courte période ³ .
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années ⁴ .

207

¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Liste E

³ Liste Fa

⁴ Liste Fb

⁵ La période périnatale couvre la grossesse et les trois mois de post-partum.

3.7. Kinésithérapie de la personne âgée

◆ Traitement kinésithérapeutique de personnes âgées présentant des troubles légers et modérés ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation.	▪ Traitement kinésithérapeutique de personnes âgées présentant des troubles sévères ou complets ¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques, et des limitations dans les activités quotidiennes ou problèmes de participation.
	◆ Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années ⁴ .

3.8. Kinésithérapie en santé mentale et troubles psychomoteurs

◆ Conception et mise au point de traitements kinésithérapeutiques pour enfants, adolescents et adultes présentant des troubles psychomoteurs légers à modérés ¹ de fonctions et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents.	▪ Traitement kinésithérapeutique d'enfants, adolescents et adultes souffrant de problèmes de fonctionnement graves ¹ liés à des problèmes de santé mentale et troubles psychomoteurs.
	▪ Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années ⁴ .

3.9. Kinésithérapie pour maladies chroniques et comorbidités

◆ Poursuite du traitement kinésithérapeutique sur la base du diagnostic établi sur la prescription initiale.	Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie ² .
	Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années ⁴ .



¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Liste E

³ Liste Fa

⁴ Liste Fb

ANNEXE I : QUANTIFICATION ET CARACTÉRISATION

Dans l'ICF de l'OMS, les problèmes de fonctionnement¹, en termes de gravité, sont décrits comme légers, modérés, sévères ou complets, et sont quantifiés à partir d'une échelle composée de cinq points (caractérisation), allant de 0 (absence de trouble ou de limitation) à 4 (trouble complet ou limitation complète) (cf. tableau ci-dessous).

Gravité	Caractérisations et « degré ou ampleur » du trouble ou « degré » de limitation fonctionnelle
NÉANT	0 = aucun, absent, négligeable, 0-4% ⁽¹⁾ AUCUN trouble AUCUN handicap ni problème de participation
LÉGER	1 = faible, bas, 5-24% ⁽¹⁾ Trouble LÉGER Handicap ou problème de participation LÉGER L'impact des troubles sur le fonctionnement quotidien et la durée de ces troubles peuvent néanmoins être une raison pour proposer une aide adéquate
MODÉRÉ	2 = moyen, 25-49% ⁽¹⁾ Trouble MODÉRÉ Handicap ou problème de participation MODÉRÉ Il est question de limitations modérées observables dans le fonctionnement quotidien
GRAVE	3 = haut, fort, considérable, 50-95% ⁽¹⁾ Trouble GRAVE Handicap ou problème de participation GRAVE Il est question de limitations graves observables dans le fonctionnement quotidien
TOTAL	4 = total, complet ... 96-100% ⁽¹⁾ Trouble COMPLET Handicap ou problème de participation COMPLET État TOTALEMENT afunctionnel au niveau des handicaps moteurs ⁽²⁾ Il est question de limitations totales dans le fonctionnement quotidien
	8 = trouble, handicap ou problème de participation non spécifié ⁽¹⁾
	9 = NA ⁽¹⁾

Références bibliographiques

- (1) Quantification et caractérisation selon la Classification internationale du fonctionnement humain (International Classification of Functioning ICF /WHO) (<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>)
- (2) Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, Hulpmiddelenfiches en toetstabellen (Simulatie D&I 2011-2012). www.vaph.be/vlafo/download/nl/8229535/bestand
- (3) Fonds pour la recherche scientifique en rhumatologie, Tous actifs ... même avec des rhumatismes, parties 1 et 2, sur www.frsr.be
- (4) Rapport de fonctionnement multidisciplinaire (annexe 19bis), INAMI, <http://www.inami.fgov.be>

¹ Dans la Classification internationale du fonctionnement (<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>), un problème de fonctionnement indique un trouble, un handicap, un problème de participation ou un facteur défavorable, en fonction de la catégorie concernée

ANNEXE II : PRÉCISIONS APPORTÉES À LA LISTE DES TRAITEMENTS DE KINÉSITHÉRAPIE QUI N'EXIGENT PAS DE PRESCRIPTION MÉDICALE ET DES TRAITEMENTS QUI NÉCESSITENT UNE PRESCRIPTION MÉDICALE.

Légende :

C1 = Actes et prestations de kinésithérapie qui ne nécessitent aucune prescription médicale. Il est bien entendu que comme par le passé, tout médecin peut continuer à prescrire de la kinésithérapie.

C2 = Actes et prestations de kinésithérapie qui nécessitent une prescription médicale.

Cette prescription médicale est décrite à l'article 43, § 6 de la Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

1. Situations dans le système musculo-squelettique

C1

- ◆ **Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système musculo-squelettique, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.**
 - Schémas, symptômes, signes ou situations qui indiquent une problématique musculo-squelettique légère ou modérée : douleurs musculaires et articulaires, tensions musculaires qui entravent le bon fonctionnement moteur, raideurs articulaires accrues, problèmes d'instabilité, troubles posturaux et proprioceptifs, légères entorses.

C2

- **Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères et complets¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système musculo-squelettique, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents**
 - Schémas, symptômes, signes ou situations susceptibles d'indiquer une problématique musculo-squelettique sévère et/ou fonctionnelle totale : pathologies orthopédiques (déformations anatomiques, désaxages, tendinopathie de stades III & IV), situations traumatiques sévères (distorsions graves & entorses musculaires, douleurs cliniques avec suspicion de fractures)
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie².**
 - Dysfonctions articulaires graves résultant d'une hémophilie, de maladies héréditaires du tissu conjonctif (ostéogénèse imparfaite de types III et I, syndrome d'Ehlers-Danlos, chondrodysplasies, syndrome de Marfan).
 - Scoliose évolutive d'au moins 15° d'angle de courbure (ou angle de Cobb) chez des bénéficiaires de moins de 18 ans ; arthrogrypose.
 - Polyarthrites chroniques inflammatoires d'origine immunitaire telles que l'arthrite rhumatoïde, spondyloarthropathies, arthrite rhumatoïde juvénile, lupus érythémateux, sclérodermie, syndrome de Sjögren primaire.
 - Anomalie structurelle du système locomoteur, occasionnant de graves troubles fonctionnels.
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent un traitement kinésithérapeutique intensif pendant une courte période³.**
 - Maladies post-traumatiques ou postopératoires
 - Situations dans le domaine de l'orthopédie - traumatologie : fractures, luxations, entorses graves avec rupture totale ou partielle d'un ou plusieurs ligaments, capsulite rétractile (frozen shoulder) caractérisée par un schéma capsulaire (limitation glénohumérale du mouvement).

¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Liste E

³ Liste Fa

⁴ Liste Fb

2. Situations dans le système cardiorespiratoire

C1

- ◆ **Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés¹ de la fonction respiratoire et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.**
 - Schémas, symptômes, signes ou situations qui indiquent des troubles et problèmes de fonctionnement légers et modérés d'origine respiratoire : troubles du schéma respiratoire normal, diminution de la profondeur respiratoire, hyperventilation et respiration paradoxale.
- ◆ **Conseils et éducation à la toilette bronchique**
 - Enseignement de techniques respiratoires, « incentive breathing », entraînement des muscles respiratoires, relaxation.
- ◆ **Poursuite de l'entraînement cardiorespiratoire sous la supervision du kinésithérapeute**
 - Après les phases I (rééducation pendant l'hospitalisation) et II (programme de réadaptation cardiaque prescrit en milieu ambulatoire ou polyclinique), les patients cardiaques stabilisés ont besoin d'un programme d'entretien structuré (phase III) pour maintenir la condition physique atteinte et les changements de mode de vie initiés, sous la supervision du kinésithérapeute (prévention secondaire). L'entraînement cardiorespiratoire a un impact positif majeur sur la morbidité et la mortalité des patients cardiaques.

C2

- **Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères et complets¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système cardiorespiratoire, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.**
 - Schémas, symptômes, signes ou situations susceptibles d'indiquer une problématique cardiorespiratoire sévère et/ou non fonctionnelle totale, et/ou susceptibles de comporter des risques vitaux pour la santé : angine de poitrine, troubles respiratoires liés au sommeil, endurance physique réduite, capacité aérobie réduite, fatigabilité (diminution de la tolérance à l'effort, troubles des fonctions associées à la capacité respiratoire et cardiovasculaire nécessaire pour endurer l'effort physique).
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie².**
 - Maladies pulmonaires (mucoviscidose ; bronchiectasies ; affections pulmonaires obstructives ou restrictives ; infections pulmonaires récidivantes ; dysplasie broncho-pulmonaire avec oxygénéodépendance.
- **Traitement kinésithérapeutique post-soins intensifs³.**
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années⁴.**
 - Insuffisance respiratoire.

¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Liste E

³ Liste Fa

⁴ Liste Fb


3. Situations dans le système nerveux

C1

- ◆ **Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système nerveux, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.**
 - Schémas, symptômes, signes ou situations qui indiquent des troubles et problèmes de fonctionnement légers et modérés : douleurs, variations de la sensibilité (troubles sensitifs et tactiles), troubles de la coordination, troubles du contrôle moteur, troubles de l'équilibre et du mouvement.

C2

- **Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères et complets¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système nerveux, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.**
 - Schémas, symptômes, signes ou situations susceptibles d'indiquer une problématique neurologique sévère et/ou fonctionnelle totale : chutes, vertiges, nausées liées à des étourdissements ou vertiges, problèmes auriculaires (pression sur l'oreille, tinnite), manifestations déficitaires et/ou symptômes et signes radiculaires chez des personnes souffrant de maux de tête, douleurs cervicales ou lombaires, troubles de l'équilibre comme symptôme de maladies neurologiques, anamnèse avec comorbidités (hypertension artérielle, surpoids, diabète).
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie².**
 - Paralysie périphérique étendue, monoplégie, syndrome de Guillain Barré.
 - Affections neurologiques centrales de caractère évolutif avec déficit moteur étendu (p. ex. sclérose en plaques, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique).
 - Séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire (p. ex. infirmité motrice cérébrale, hémiplégie, spina bifida, syndrome cérébelleux).
 - Myopathies, dystrophies musculaires progressives héréditaires, myotonie congénitale de Thomsen et polymyosite auto-immune.
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent un traitement kinésithérapeutique intensif pendant une courte période³.**
 - Maladies post-traumatiques ou postopératoires.
 - Déficit moteur et invalidité à la suite d'une mononeuropathie (par exemple pied tombant ou main tombante), d'une polyneuropathie motrice ou mixte, ou d'une myopathie.
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années⁴.**
 - Polyneuropathie chronique motrice ou mixte.
 - Dystonie cervicale primaire.


¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Liste E

³ Liste Fa

⁴ Liste Fb

4. Situations dans le système vasculaire, conjonctif et cutané

C1

- ◆ **Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système veineux et lymphatique, du tissu conjonctif et de la peau, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents.**
 - *Schémas, symptômes, signes ou situations qui indiquent des troubles et problèmes de fonctionnement légers et modérés : douleurs, raideurs articulaires, rigidité et limitation des mouvements consécutives à un œdème, rétractions cutanées, adhésies, contractures ou tissus cicatriciels hypertrophiques qui, secondairement, provoquent des limitations dans les activités.*

C2

- **Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères et complets¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques du système vasculaire, conjonctif et cutané, et des limitations dans les activités quotidiennes et problèmes de participation y afférents.**
 - *Schémas, symptômes, signes ou situations susceptibles d'indiquer une problématique sévère et/ou a fonctionnelle totale : thrombose veineuse profonde, insuffisance veineuse, problèmes cardiovasculaires, oncologiques, neurovasculaires (p. ex. TOS), claudication intermittente, anamnèse avec comorbidités (hypertension artérielle, surpoids, diabète).*
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie².**
 - *Lymphoedème.*
 - *Suites de brûlures graves au niveau des membres et/ou du cou pendant la phase évolutive.*
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années⁴.**
 - *Lymphoedème.*

¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Liste E

³ Liste Fa

⁴ Liste Fb

5. Kinésithérapie périnatale et rééducation périnéo-sphinctérienne

C1

- ◆ **Accompagnement kinésithérapeutique de la femme pendant la grossesse, l'accouchement et les 3 mois de post-partum.**
 - *On entend ici par accompagnement kinésithérapeutique les conseils et informations sur le travail et l'accouchement, les conseils en matière d'ergonomie concernant la posture et la manutention afin de prévenir les risques d'incontinence et de douleurs dorsales et pelviennes ultérieures, l'enseignement d'exercices qui maintiennent, améliorent ou rétablissent la condition générale, la circulation, la posture et la stabilité abdomino-pelvienne, et les exercices visant à optimiser la respiration, la relaxation et le travail pendant l'accouchement.*
- ◆ **Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents, propres à la période périnatale.**

Schémas, symptômes, signes ou situations qui indiquent des troubles fonctionnels légers et modérés: douleurs lombaires et de hanche d'origine musculaire, instabilité du bassin et troubles du périnée.
- ◆ **Traitement kinésithérapeutique de troubles légers et modérés¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques dans la région abdomino-pelvienne, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents.**
 - *Schémas, symptômes, signes ou situations qui indiquent des troubles fonctionnels légers et modérés des muscles et organes pelviens susceptibles d'entraver tant les AVQ que la participation à la vie sociale.*

C2

- **Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents, propres à la période périnatale.**
 - *Schémas, symptômes, signes ou situations susceptibles d'indiquer des troubles sévères et/ou une problématique fonctionnelle totale: douleurs intra-abdominales et intrapelviennes, instabilité pelvienne sévère, incontinence sévère.*
- **Traitement kinésithérapeutique de troubles sévères et complets¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques dans la région abdomino-pelvienne, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents.**
 - *Schémas, symptômes, signes ou situations qui indiquent une problématique fonctionnelle sévère et/ou complète d'origine uro-, gynéco-, colo- ou proctologique.*
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent un traitement kinésithérapeutique intensif pendant une courte période³.**
 - *Situations nécessitant une rééducation uro-, gynéco-, colo- ou proctologique*
 - *Neuropathie avérée, tant chez les femmes que chez les hommes.*
 - *Rééducation postopératoire du dysfonctionnement sphinctérien sur prostatectomie radicale ou adénomectomie, sur cystectomie totale avec entéro-cystoplastie chez des patients présentant une incontinence urinaire et/ou un déficit de sensibilité de réplétion vésicale, sur amputation d'une partie du système digestif avec maintien du sphincter anal.*
 - *Prolapsus vésical, rectal ou utérin après intervention chirurgicale.*
 - *Pathologies fonctionnelles de l'enfant jusqu'au 16^{ème} anniversaire dues à des dysfonctionnements ou des malformations (dyssynergie vésico-sphinctérienne, infections urinaires à répétition, syndrome des valves urétérales postopératoires, immaturité vésicale, encoprésie infantile).*

¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Liste E

³ Liste Fa

⁴ Liste Fb

6. Kinésithérapie de l'enfant et de l'adolescent jusqu'au 16^{ème} anniversaire

C1

Traitement kinésithérapeutique d'enfants et adolescents jusqu'au 16^{ème} anniversaire, présentant des troubles légers à modérés de fonctions et/ou de propriétés anatomiques, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents, propres au développement.

- Schémas, symptômes, signes ou situations qui indiquent des troubles fonctionnels légers et modérés : scolioses légères et modérées, anomalies de la marche, malpositions et troubles de l'appareil locomoteur liés à la croissance, schémas du mouvement erronés, accomplissement retardé des jalons moteurs, troubles dyspraxiques.

C2

Traitement kinésithérapeutique d'enfants et d'adolescents jusqu'au 16^{ème} anniversaire, présentant des troubles sévères ou complets¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents.

- Schémas, symptômes, signes ou situations susceptibles d'indiquer des troubles sévères et/ou une problématique fonctionnelle totale : anomalies sévères de la marche, malpositions congénitales ou acquises sévères, dysfonctions du développement moteur et handicaps moteurs graves.
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie².**
 - Séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire (infirmité motrice cérébrale « Cerebral Palsy », spina bifida).
 - Pied bot varus équin chez l'enfant de moins de 2 ans.
 - Dysfonction articulaire grave résultant d'une hémophilie, de maladies héréditaires du tissu conjonctif (ostéogénèse imparfaite de types III et IV, syndrome d'Ehlers-Danlos, chondrodysplasies, syndrome de Marfan), scoliose évolutive d'au moins 15° d'angle de courbure (ou angle de Cobb) sur arthrogrypose.
 - Polyarthrite chronique inflammatoire d'origine immunitaire (arthrite rhumatoïde juvénile).
 - Maladies pulmonaires chroniques (mucoviscidose).
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent un traitement kinésithérapeutique intensif pendant une courte période³.**
 - Situations néonatales.
 - Insuffisance respiratoire avec trachéo-, laryngo- ou bronchomalacie ou infections récidivantes des voies respiratoires inférieures.
 - Pathologies fonctionnelles dues à un(e) des dysfonctionnements ou malformations suivant(e)s: affections urinaires, dyssynergie vésico-sphinctérienne, infections urinaires à répétition, syndrome des valves urétérales postopératoires, immaturité vésicale, encoprésie infantile.
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années⁴.**
 - Troubles du développement psychomoteur.



¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Liste E

³ Liste Fa

⁴ Liste Fb

7. Kinésithérapie de la personne âgée

C1

- ◆ **Traitement kinésithérapeutique de personnes âgées présentant des troubles légers et modérés¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation.**
 - *Schémas, symptômes, signes ou situations de personnes âgées vivant à domicile ou en institution, avec ataxie, immobilité, diminution de la condition physique et/ou chutes répétées. Les personnes âgées et frêles ont un besoin croissant de participer régulièrement à un programme multifonctionnel structuré combinant entraînement cardiorespiratoire et musculation, pour leur permettre de rester indépendants et autonomes le plus longtemps possible.*

C2

- **Traitement kinésithérapeutique de personnes âgées présentant des troubles sévères ou complets¹ de fonctions et/ou de propriétés anatomiques, et des limitations dans les activités quotidiennes ou problèmes de participation.**
 - *Schémas, symptômes, signes ou situations susceptibles d'indiquer des troubles sévères et/ou une problématique a fonctionnelle totale : troubles de l'équilibre comme symptôme de maladies neurologiques, anamnèse avec comorbidités (hypertension artérielle, surpoids, diabète, insuffisance cardiovasculaire).*
- ◆ **Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années⁴.**
 - *Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche pour les bénéficiaires à partir de leur 65^{ème} anniversaire.*

¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Liste E

³ Liste Fa

⁴ Liste Fb

8. Kinésithérapie en santé mentale et troubles psychomoteurs

C1

- ◆ **Conception et mise au point de traitements kinésithérapeutiques pour enfants, adolescents et adultes présentant des troubles légers à modérés¹ des fonctions psychomotrices, et des limitations dans les activités quotidiennes et/ou problèmes de participation y afférents.**
 - Schémas, symptômes, signes ou situations qui indiquent un retard et/ou des troubles légers à modérés au niveau du développement moteur, de la coordination, de la latéralisation, de l'aptitude manuelle, de la praxie, du schéma corporel et de l'orientation dans l'espace. Ces troubles sont traités par le kinésithérapeute, par voie d'entraînement/thérapie fonctionnelle (optimisation des composantes motrices et cognitives) et/ou de kinésithérapie psychomotrice (optimisation de la motricité de précision et de déplacement, praxie, aptitudes spatiovisuelles et capacités de structuration intellectuelle).

C2

- **Traitement kinésithérapeutique d'enfants, adolescents et adultes souffrant de problèmes de fonctionnement graves¹ liés à des problèmes de santé mentale et/ou troubles psychomoteurs.**
 - Schémas, symptômes, signes ou situations qui indiquent un retard sévère au niveau du développement moteur, des handicaps moteurs, troubles du comportement et/ou maladies mentales sévères.
 - Les patients souffrant de douleurs chroniques qui interprètent de manière catastrophique la douleur, qui présentent des troubles du mouvement, la peur du mouvement, la phobie et le déconditionnement physique peuvent être traités par le kinésithérapeute dans le cadre d'un modèle bio-psycho-social (ICF, OMS).
- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années³.**
 - Troubles du développement psychomoteur.



¹ Quantification et caractérisation de la sévérité des troubles, handicaps et problèmes, conformément à l'ICF de l'OMS (voir annexe II).

² Liste E

³ Liste Fa

⁴ Liste Fb

⁵ Arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37vicies/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

9. Kinésithérapie pour maladies chroniques et comorbidités

C1

- **Poursuite du traitement kinésithérapeutique sur la base du diagnostic établi sur la prescription initiale.**

Les maladies chroniques et comorbidités précédées d'un diagnostic médical de pathologie sévère¹ ou de maladie chronique⁵ établi sur la prescription initiale entrent en ligne de compte pour des soins de kinésithérapie sans autre prescription au cours de la période de traitement approuvée.

Muni d'une prescription initiale mentionnant un diagnostic de pathologie chronique évolutive ou fonctionnelle (comme p. ex. Parkinson, SeP, capsulite rétractile, rééducation fonctionnelle de la marche pour 65+), le patient peut directement demander la poursuite du traitement kinésithérapeutique sans devoir chaque fois s'adresser au prescripteur.

C2

- **Traitement kinésithérapeutique de pathologies sévères qui ont un besoin accru de kinésithérapie² et de pathologies qui nécessitent des séances de kinésithérapie régulières pendant plusieurs années³.**



ANNEXE III : LA QUALIFICATION DU KINÉSITHÉRAPEUTE

Les exigences en matière de qualification sont déterminées par la Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

Chapitre 3. L'exercice de la kinésithérapie

Art. 43. § 1^{er}. Par dérogation à l'article 3, § 1^{er}, et sans restreindre la notion d'art médical visée à cet article, nul ne peut exercer la kinésithérapie s'il n'est titulaire d'un agrément délivré par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Les titulaires de l'agrément, visé à l'alinéa 1^{er}, qui répondent aux critères visés à l'article 92, §1^{er}, 4^o, peuvent obtenir l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1^o, c), de la loi du 14 juillet 1994 sur l'assurance maladie.

§ 2. Le Roi peut fixer les conditions et les règles pour l'obtention, le maintien et le retrait de l'agrément visé au paragraphe 1^{er} et de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

Cet agrément ne peut être accordé qu'au porteur d'un diplôme d'enseignement universitaire en kinésithérapie ou d'un diplôme d'enseignement supérieur non universitaire en kinésithérapie sanctionnant une formation dans le cadre d'un enseignement de plein exercice comportant au moins quatre années d'études.

§ 3. Nul ne peut porter le titre professionnel de kinésithérapie s'il n'est titulaire de l'agrément visé au paragraphe 1^{er}.

§ 4. Est considéré comme exercice illégal de la kinésithérapie, le fait pour une personne qui n'y est pas autorisée en vertu du paragraphe 1^{er} de procéder habituellement à :

1^o des interventions systématiques destinées à remédier à des troubles fonctionnels de nature musculo-squelettique, neurophysiologique, respiratoire, cardiovasculaire et psychomotrice par l'application d'une ou plusieurs des formes suivantes de thérapie :

- a) la mobilisation, qui consiste à faire exécuter des mouvements au patient, à des fins médicales, avec ou sans assistance physique ;
- b) la massothérapie, qui consiste à soumettre le patient à des techniques de massage, à des fins médicales;
- c) les thérapies physiques, qui consistent à appliquer au patient, à des fins médicales, des stimuli physiques non invasifs tels que les courants électriques, les rayonnements électromagnétiques, les ultra-sons, le chaud et le froid ou la balnéation ;

2^o des examens et des bilans de motricité du patient visant à contribuer à l'établissement d'un diagnostic par un médecin ou à instaurer un traitement constitué d'interventions visées au 1^o;

3^o la conception et la mise au point de traitements constitués d'interventions visées au 1^o; 4^o la kinésithérapie périnatale et la rééducation abdomino-pelvienne.

§ 5. Le Roi peut préciser les actes visés au paragraphe 4.

§ 6. Les personnes agréées en vertu du paragraphe 1^{er} ne peuvent exercer la kinésithérapie qu'à l'égard des patients qui sont envoyés sur la base d'une prescription faite par une personne habilitée à exercer l'art médical en vertu de l'article 3, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, ou, pour ce qui concerne la kinésithérapie en cas de dysfonction temporomandibulaire, qui sont envoyés par une personne habilitée à exercer l'art dentaire en vertu de l'article 4.

Cette prescription est écrite, éventuellement sous forme électronique ou par télécopie. Elle indique le diagnostic ou les éléments de diagnostic établis par le médecin, ou le cas échéant par le praticien de l'art dentaire, le nombre maximum de séances de traitement à effectuer par le kinésithérapeute et les contre-indications éventuelles pour certains traitements. Elle peut aussi indiquer la ou les prestations demandées par le médecin, ou le cas échéant par le praticien de l'art dentaire.

Avec l'accord du médecin prescripteur, ou le cas échéant du praticien de l'art dentaire, le kinésithérapeute peut accomplir d'autres prestations que celles prescrites ou s'abstenir de réaliser les prestations prescrites. À la demande du médecin prescripteur, ou le cas échéant du praticien de l'art dentaire, le kinésithérapeute lui communique un rapport sur la réalisation du traitement et les résultats obtenus.

Le Roi peut fixer la liste des motifs et des situations dans lesquelles les personnes agréées en vertu du paragraphe 1^{er} peuvent déroger à la condition visée à l'alinéa 1^{er}.

Art. 44. § 1^{er}. Il est institué, auprès du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, un Conseil fédéral de la Kinésithérapie.

§ 2. Le Conseil fédéral de la Kinésithérapie a pour mission de donner au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, à la demande de celui-ci ou d'initiative, des avis en toutes matières relatives à la kinésithérapie.

§ 3. Le Conseil fédéral de la Kinésithérapie peut également donner aux Gouvernements des communautés, à leur demande, des avis en toutes matières relatives aux études et à la formation des kinésithérapeutes.

§ 4. Le Conseil fédéral de la Kinésithérapie est composé de :

1° quatorze membres, kinésithérapeutes, pratiquant la kinésithérapie et ayant une expérience d'au moins dix ans, dont au moins quatre personnes exerçant leur profession depuis au moins dix ans dans le secteur de l'enseignement universitaire en kinésithérapie ou de l'enseignement supérieur non universitaire en kinésithérapie ;

2° six membres habilités à exercer l'art médical en vertu de l'article 3, § 1^{er}, dont trois pratiquent la médecine générale et trois pratiquent des spécialités médicales différentes, l'un de ces derniers pratiquant la médecine physique ;

3° deux fonctionnaires représentant le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Les fonctionnaires visés au 3° siègent avec voix consultative et assurent le secrétariat du conseil.

Chaque membre du conseil est pourvu d'un suppléant répondant aux mêmes conditions que lui.

§ 5. Les membres effectifs et suppléants du conseil sont nommés par le Roi pour une période de six ans, renouvelable une fois. Les membres visés au paragraphe 4, 1° et 2°, sont nommés sur des listes doubles présentées par les associations et organisations professionnelles représentatives des professions auxquelles ils appartiennent.

§ 6. Lors de la première constitution du Conseil fédéral de la Kinésithérapie, peuvent être considérés comme kinésithérapeutes les personnes agréées par le service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sur la proposition du Conseil d'agrément des kinésithérapeutes de cet institut.

§ 7. Le Roi règle l'organisation et le fonctionnement du Conseil fédéral de la kinésithérapie.

Celui-ci ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins de ses membres effectifs sont présents ou sont représentés par leur suppléant. Si les membres du Conseil fédéral de la kinésithérapie ne sont pas présents en nombre suffisant, le président convoque une deuxième réunion avec le même ordre du jour.

Le Conseil peut alors délibérer valablement quel que soit le nombre des membres présents. Le Conseil se prononce à la majorité des membres présents. En cas de parité des voix, le point qui a été soumis au vote n'est pas adopté.

Les décisions du conseil sont, en ce qui concerne les avis visés à l'article 143, alinéa 1^{er}, prises à la majorité des deux tiers des membres visés au paragraphe 4, alinéa 1^{er}, 1° et 2°, pour autant que cette majorité comprenne au moins un membre visé au paragraphe 4, alinéa 1^{er}, 2°.



Accès direct à la kinésithérapie (ADK¹).

Cogneau Y., Németh T., Stappaerts K., Vermeeren L.

Introduction

Par accès direct à la kinésithérapie ou auto-adressage par le patient, il faut comprendre le droit légal de dispenser des soins de kinésithérapie à un patient sans que celui-ci ne doive être en possession d'une prescription ou être envoyé par un médecin ou dentiste.

À l'heure actuelle, l'accès direct à la kinésithérapie est impossible du point de vue légal. L'article 43, § 6, de la Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé prévoit que le kinésithérapeute ne peut exercer la kinésithérapie qu'à l'égard des patients qui sont envoyés sur la base d'une prescription faite par un médecin. Le texte précise toutefois aussi que le Roi peut fixer la liste des motifs et des situations dans lesquelles les kinésithérapeutes peuvent déroger à la condition précitée.

Dans la pratique de tous les jours, on constate très régulièrement que des patients se présentent au cabinet du kinésithérapeute sans prescription médicale. Il s'agit souvent de patients qui souffrent d'une affection musculo-squelettique caractérisée par des troubles légers à modérés.

La Loi coordonnée susmentionnée stipule que le kinésithérapeute est compétent pour effectuer des examens et des bilans de motricité du patient visant à contribuer à l'établissement d'un diagnostic par un médecin ou à instaurer un traitement constitué d'interventions de mobilisation, de massothérapie ou de thérapies physiques. La conception et la mise au point de traitements par le kinésithérapeute sont donc légalement ancrées.

Dans de nombreux pays, où le niveau de formation en kinésithérapie est souvent moins élevé qu'en Belgique, l'accès direct est possible. Selon une étude de la World Confederation of Physical Therapy (WCPT), plus de 50% des pays européens membres de ladite confédération appliquent l'une ou l'autre forme d'accès direct (4).

Le Conseil fédéral de la kinésithérapie (CFK) souhaite rendre un avis concernant une liste des motifs et des situations qui permettent aux kinésithérapeutes d'exercer sans la condition d'une prescription médicale. Cette donnée sera examinée au regard de la littérature internationale.

ADK, une réalité au quotidien

Les soins de santé de première ligne *en Belgique* connaissent une augmentation progressive de la demande d'interventions directes du kinésithérapeute sans renvoi préalable par un médecin. Le kinésithérapeute est quotidiennement confronté à des patients qui souhaitent choisir librement leur traitement et leur thérapeute. Le patient ou demandeur de soins d'aujourd'hui reconnaît le kinésithérapeute comme un expert de l'appareil locomoteur et souhaite recourir à cette expertise spécifique dans le processus de traitement. Dans le cadre de notre évolution vers une société de la connaissance plus accessible, les patients sont capables de juger de mieux en mieux pour quels problèmes musculo-squelettiques ils peuvent s'adresser directement au kinésithérapeute.

Douleurs aiguës et chroniques, récurrences de pathologie déjà connue, soins directs et atténuation de la douleur suite à des problèmes musculaires et articulaires, taping, prévention des chutes, hygiène du mouvement, traitement préventif, examen à titre consultatif, conseils en matière d'ergonomie... ce ne sont là

¹ Version du 17 février 2015, avec mise à jour et rédaction finale par le groupe de travail ADK du CFK, en concertation avec le premier auteur.



que quelques-uns des nombreux exemples pour lesquels le kinésithérapeute est aujourd'hui sollicité directement par le patient.

Malgré cette évolution sociétale, le kinésithérapeute, au jour d'aujourd'hui, ne peut pas donner d'initiative les conseils souhaités ni les soins nécessaires. Ajoutons à cela le fait que sans prescription médicale, le kinésithérapeute enfreint la législation en vigueur et peut être poursuivi pour exercice illégal de son titre professionnel. En effet, en vertu de l'article 43, § 6, de la Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, la kinésithérapie en Belgique peut être pratiquée uniquement sur prescription d'un médecin, aussi longtemps qu'aucune liste fixée par AR ne prévoit les motifs et les situations dans lesquelles il peut y être dérogé.

Le législateur prévoit néanmoins dans la nomenclature INAMI la possibilité que le kinésithérapeute puisse effectuer un examen kinésithérapeutique du patient de manière autonome, faisant suite à une proposition de traitement. L'« examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif » ne peut cependant être demandé que par un médecin/dentiste, et non par le patient (34). Le CFK constate que, dans la pratique, les médecins ne font que rarement, voire jamais, usage de cette possibilité.

L'obligation de prescription médicale a des conséquences à divers niveaux et dans de nombreux domaines.

- Il semble assez évident que dans le contexte actuel, il n'est pas possible d'exploiter de manière optimale les compétences, les connaissances scientifiquement fondées et les aptitudes cliniques acquises par les kinésithérapeutes au cours de leur formation et de leur curriculum professionnel.
- Outre l'accès et la continuité, l'accessibilité financière des soins de kinésithérapie est également mise en péril. Par exemple, la rééducation postopératoire et les sessions de rééducation fonctionnelle de maladies complexes et invalidantes en institution sont régulièrement interrompues suite à une sortie précoce. La kinésithérapie de première ligne est néanmoins en mesure de garantir une telle continuité. Elle offre des soins de kinésithérapie sur mesure, en fonction des besoins du patient, et par conséquent à un prix final plus avantageux (19).
- Le passage obligé par le médecin complique souvent le choix de la thérapie et du thérapeute. Cela entraîne des temps d'attente inutilement longs (35) et des dépenses supplémentaires pour le patient et les soins de santé (23).
- Pour certains problèmes de santé, plusieurs populations de patients font peu appel à la kinésithérapie de première ligne. Nous le constatons dans :
 - les soins curatifs de *maladies chroniques*. Celles-ci touchent 27,2 % de la population belge et augmentent chaque année (43). Dans le top 5 des douleurs chroniques, on retrouve l'arthrose (27, 32, 41) et les affections dorsales et cervicales chroniques (28, 42). Celles-ci peuvent être traitées efficacement par le kinésithérapeute notamment au moyen d'exercices physiques ;
 - la formulation d'avis et les soins curatifs pour des *troubles musculo-squelettiques légers*, comme lors d'activités sportives, problèmes liés au travail (RSI) et récurrences de douleurs antérieures ;
 - la formulation d'avis, la thérapie par exercices physiques et la thérapie du mouvement *en cas de déconditionnement physique et de rareté des mouvements*.
- Les compétences du kinésithérapeute sont exploitées tardivement et de manière insuffisante dans les *soins de santé préventifs*.
- Nombreux sont ceux qui souhaitent obtenir, par l'intermédiaire de leur kinésithérapeute, un programme d'entraînement supervisé par un professionnel, qui tient compte des facteurs de risques et pathologies existants. Cela concerne entre autres les personnes diabétiques, obèses, atteintes de déconditionnement physique au style de vie sédentaire, et présentant des facteurs de risques cardiovasculaires.
- Le kinésithérapeute a en effet pour mission sociale d'informer le patient/demandeur de soins, de l'accompagner et de le guider si nécessaire (26).
- Étant donné que la prescription, dans la pratique, apporte généralement peu, voire aucune valeur ajoutée du point de vue diagnostique ou thérapeutique (3), le patient reporte plus facilement une visite chez le médecin. Cela constitue un frein au rétablissement rapide du patient et peut contribuer à la chronicité du problème.

Dans de très nombreux pays, l'ADK est une réalité au quotidien et est repris dans la législation nationale.

La demande d'accès direct est appuyée par plusieurs études internationales (3, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 31). Ces études présentent aussi les avantages et la plus-value de l'AD pour les demandeurs d'aide, les kinésithérapeutes, les médecins et les autorités.

Conclusion

Les dispositions de l'art. 43, § 6, de la Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé limitent le kinésithérapeute dans l'exécution optimale des compétences acquises dans le domaine de la kinésithérapie.

De même, ces dispositions ne lui permettent pas de dispenser des soins kinésithérapeutiques d'urgence quand l'état du patient l'exige. Là où le profil professionnel et de compétences du kinésithérapeute parle expressément d'actes préventifs et de conseils, éléments qui sont également repris de manière explicite dans les résultats d'apprentissage spécifiques des formations en kinésithérapie, le cadre légal reste quant à lui à la traîne par rapport à l'évolution sociétale.

Il est difficile de comprendre que, d'une part, des non-professionnels puissent donner des conseils, donner des entraînements et accompagner des demandeurs de soins sans prescription médicale, et que d'autre part, des kinésithérapeutes formés à ces pratiques de manière professionnelle puissent être poursuivis s'ils ne disposent pas de cette prescription.

Le niveau de formation élevé du kinésithérapeute, la nouvelle vision du patient concernant son trajet de santé, les évolutions dans la politique de santé actuelle, et last but not least, la réalité quotidienne de l'accès direct au champ d'action du kinésithérapeute, démontrent que la Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, dans sa version actuelle, est fortement dépassée pour ce qui est de la kinésithérapie, et qu'il faut encourager l'idée de le reconsidérer dans le contexte d'aujourd'hui.

Adapter la législation au principe de l'ADK est une demande légitime et indispensable, non seulement pour le kinésithérapeute afin d'éviter toute pratique illégale, mais en particulier aussi pour le patient/demandeur de soins qui demande, de plus en plus souvent de sa propre initiative et de façon opportune, des soins et conseils optimaux de la part du kinésithérapeute.

Les autorités devraient prendre des mesures en vue d'encadrer légalement l'exercice de la kinésithérapie au moyen d'une réglementation mieux adaptée au profil professionnel et de compétences du kinésithérapeute (26) et à la pratique contemporaine.

En 2013, le Conseil national de la Kinésithérapie (CNK) et AXXON avaient proposé cette thématique comme point d'attention. En conséquence de quoi, un groupe de travail chargé d'adapter l'AR n°78 (devenu aujourd'hui la Loi coordonnée du 10 mai 2015) a vu le jour au sein du CNK (devenu aujourd'hui le CFK).

L'ADK du point de vue du demandeur de soins

Il va de soi que l'ADK offre au patient un meilleur accès aux soins ainsi qu'une plus grande liberté au niveau du choix du kinésithérapeute. L'ADK réduit également le temps d'attente pour les soins de kinésithérapie par rapport à la procédure de renvoi par un médecin (14,15).

Le problème pour lequel une intervention kinésithérapeutique est indiquée pourra être pris en charge plus rapidement avec l'ADK. Cela a ses avantages. Selon certains auteurs, il y a moins de séances de traitement avec l'ADK en comparaison avec le renvoi (11, 16, 22, 23). Brooks et al. (3) n'ont cependant trouvé aucune différence significative dans le nombre de traitements des douleurs lombaires entre l'ADK et la kinésithérapie sur prescription. Quoi qu'il en soit, l'idée que l'ADK augmente le nombre de séances de traitement n'est nullement confirmée dans la littérature. Une prise en charge plus rapide du problème donne également lieu à moins d'absences au travail. Selon Holdsworth et al. (14), l'absentéisme au travail pour les patients traités dans le système de l'ADK est en moyenne de 2,5 jours, pour 9 jours dans le système de renvoi. Les données qui précèdent montrent que l'ADK permet de réduire les coûts (16, 23). Dans le système de l'ADK, on observe par ailleurs une nette diminution du nombre d'exams complémentaires demandés, et les soins complémentaires prodigués sont moindres (16). Daker-White et al. (8) ont constaté qu'il y avait moins d'interventions chirurgicales et d'exams d'imagerie médicale chez des patients qui avaient été traités dans le cadre de l'ADK par rapport à des patients qui avaient été vus par un chirurgien orthopédiste.

Une autre réserve formulée à l'égard de l'ADK est le risque d'effectuer des traitements à tort ou d'ignorer une pathologie grave sous-jacente. Dans une étude rétrospective de Moore et al. (25) réalisée sur 472 013 visites de patients, dont 45,1% dans le système de l'ADK, aucun effet négatif n'a été rapporté que ce soit en termes de diagnostic ou de traitement. Selon Deyle (10), des études cliniques ont révélé que pour certaines maladies musculo-squelettiques, le résultat du traitement kinésithérapeutique est comparable à celui de traitements à base de médicaments oraux, injections ou chirurgie, et que la kinésithérapie diminue le risque pour les patients en réduisant le besoin de traitements invasifs plus risqués. Brooks et al. (3) ont constaté

que pour le traitement des douleurs lombaires, lorsque le kinésithérapeute pouvait lui-même évaluer et traiter le patient, les résultats étaient nettement meilleurs que lorsque le médecin prescrivait les modalités de traitement ou la fréquence, la durée ou l'intensité du traitement. D'après une étude de Deyle (10), les kinésithérapeutes, dans leur diagnostic des indications entrant en ligne de compte pour la kinésithérapie, étaient aussi précis que les chirurgiens orthopédistes, et les patients étaient plus satisfaits après avoir été vus par un kinésithérapeute. Dans l'étude de Durant et al. (11), 46,6% des patients estimaient même que le kinésithérapeute les examinait le mieux en comparaison avec d'autres prestataires de soins, et 74,0% des patients examinés étaient d'avis que le kinésithérapeute les informait le mieux pour contrôler ou prévenir la réapparition de symptômes.

Selon Holdsworth et Webster (15), Swinkels, Kooijman et Leemrijse (40), l'ADK permet à un plus grand nombre de patients d'atteindre les objectifs finaux fixés. Cela peut s'expliquer par une meilleure compliance au traitement chez les patients qui choisissent l'ADK (14, 15). On ne s'étonnera donc pas que la littérature fasse état d'une satisfaction plus importante chez les patients qui choisissent l'ADK (10, 14).

Le patient est-il demandeur d'un tel système d'accès direct à la kinésithérapie ? Certains patients le sont certainement. Aux Pays-Bas, l'ADK est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2006. En instaurant ce système, le ministère néerlandais de la Santé publique, du Bien-être et des Sports visait notamment à offrir des soins davantage centrés sur le patient et la demande. Au cours des trois premiers mois de 2006, 28% des patients firent usage de cette possibilité. En 2007 et 2009, ce pourcentage était respectivement monté à 35 et 38%. Ce sont principalement les patients jeunes et hautement qualifiés qui optaient pour l'ADK. La connaissance du problème de santé et les expériences antérieures vécues avec le kinésithérapeute sont d'autres éléments qui ont également influencé positivement le choix en faveur de l'ADK (21, 22, 38, 39). En Indiana (États-Unis), 82,8% des patients étaient, par principe, en faveur du système de l'ADK, mais dans la pratique, ce sont finalement 71,5% qui ont préféré l'évaluation et le traitement d'un même mal dans le système de l'ADK. Pour un mal non encore ressenti, ce pourcentage baissait à 59,6% (11). Les patients, bien que tous n'en aient pas besoin, apprécient la liberté de choisir le prestataire de soins (21).

L'ADK du point de vue du prescripteur

La Loi coordonnée actuelle relative à l'exercice des professions des soins de santé stipule que toute prestation kinésithérapeutique doit être prescrite par un médecin. Outre le fait que cette obligation restreint fortement le déploiement des capacités et responsabilités du kinésithérapeute, elle signifie aussi souvent pour le médecin une charge administrative supplémentaire, pas toujours pertinente. En tant que coordinateur des soins de première ligne, c'est précisément le médecin qui, en sa qualité de gardien de l'offre de soins au patient, ne peut plus exercer correctement sa fonction en raison des tâches de surveillance supplémentaires dans le cadre de la responsabilité imposée (35).

Tant les médecins que les kinésithérapeutes s'accordent de plus en plus à dire que certaines, si pas toutes les prestations de kinésithérapie, compte tenu du niveau de formation actuel, pourraient s'effectuer sans prescription. L'accès direct a pour avantage de faire collaborer plus étroitement le médecin et le kinésithérapeute (7). La relation du prescripteur et de l'exécutant devient plus nuancée et les responsabilités peuvent être mieux réparties dans les possibilités propres à la profession. Les médecins soutiennent l'accès direct à la kinésithérapie, à condition que les kinésithérapeutes qui souhaitent entrer en ligne de compte répondent à certaines exigences. Le groupe professionnel des kinésithérapeutes juge précisément aussi que des critères de contrôle de la qualité sont une condition sine qua non à la mise en place d'un accès direct. Les principaux items sont l'expérience professionnelle, la formation, la participation à un registre de contrôle de la qualité et une forme dûment encadrée de collaboration inter- et intradisciplinaire. Il est absolument indispensable pour le kinésithérapeute de pouvoir reconnaître les contre-indications pour un traitement. Grâce au profil de formation du kinésithérapeute, un diagnostic plus différencié peut être établi au niveau de la fonctionnalité (39). Un accès direct à la kinésithérapie permet de correctement prioriser les soins rationnels et économes chez le médecin (36).

L'accès direct à la kinésithérapie a pour effet de réduire sensiblement la charge de travail administrative pour le médecin dans le domaine de la kinésithérapie, en déplaçant ladite charge de travail administrative vers une communication davantage axée sur le contenu entre le kinésithérapeute et le médecin. Le dossier joue un rôle central dans cette communication entre le médecin et le kinésithérapeute. Le dossier du patient, qui deviendra de plus en plus un dossier informatisé dans le cadre d'eHealth, doit être tenu à jour et complété avec soin par les différents intervenants qui administrent des soins au patient à un moment donné. Dans le cadre des responsabilités attribuées sur la base des capacités de formation, le kinésithérapeute peut, en qualité d'expert, superviser la partie fonctionnelle et, en concertation avec le médecin, dispenser les soins

adéquats, au moment adéquat, dans le cadre d'une évolution de l'état du patient. Une bonne communication et un rapportage correct des interventions kinésithérapeutiques sont indispensables pour permettre un accès direct à la kinésithérapie (1).

Un accès direct à la kinésithérapie n'altère en aucun cas le rôle central du médecin tel que mentionné plus haut. Le médecin sera et pourra toujours être le point de contact du patient pour toute douleur de quelque nature que ce soit. Le kinésithérapeute sera et pourra être le point de contact pour le médecin, mais aussi pour le patient, pour les troubles de l'appareil locomoteur et les limitations fonctionnelles. Le kinésithérapeute aide le médecin et/ou le patient dans sa demande de soins sur mesure pour ces limitations fonctionnelles, et intègre ces soins dans un plan de traitement contenant des objectifs (6).

Pour la mise en œuvre d'un accès direct à la kinésithérapie, il est important que les médecins, mais aussi les patients, soient bien informés de la nature des douleurs et maux pour lesquels on peut se rendre directement chez le kinésithérapeute. Il importe également de laisser une liberté de choix suffisante au patient, tant pour ce qui concerne le kinésithérapeute à consulter que pour la possibilité de toujours consulter un médecin (généraliste). Dans la foulée, la communication du médecin vers le kinésithérapeute et vice-versa doit être claire et efficace¹ (21).

En résumé, la tâche du médecin dans un système d'accès direct à la kinésithérapie prendra, en partie, une toute autre forme, sans pour autant toucher à la fonction première de responsable central. Le médecin aura la possibilité de déléguer des responsabilités et aura, ce faisant, plus de temps pour se concentrer sur ses missions de base. L'utilisation d'une plate-forme de communication, électronique de préférence, entre le médecin et le kinésithérapeute permettra de réduire la surcharge administrative. Le dossier du patient occupe ici une position centrale. L'accès direct à la kinésithérapie fait en sorte que le patient reste libre de consulter le kinésithérapeute de son choix, et aussi de consulter un médecin à tout moment.

Que représente l'ADK pour les autorités (INAMI) et les organismes assureurs ?

Dans le contexte socio-économique actuel, l'ADK peut jouer un rôle important de régulateur dans la maîtrise des coûts des soins de santé. Selon bon nombre d'études internationales, l'ADK permet à l'assurance-maladie de réaliser des économies par patient : baisse considérable du nombre de traitements de kinésithérapie par pathologie (12, 22, 29, 44), moins de consultations chez le médecin généraliste et le spécialiste (12, 23, 29), moins d'examens techniques et de médicaments (16, 22, 23). Au niveau de l'ensemble du groupe professionnel aussi, on constate des points positifs par rapport aux coûts : l'ADK ne fait pas augmenter le nombre de patients recevant des soins de kinésithérapie (20, 23, 44). On peut aussi observer que les patients qui optent pour l'ADK bénéficient plus rapidement d'une intervention kinésithérapeutique pour leurs affections aiguës et chroniques. Ce qui résulte en une incapacité de travail plus courte et/ou une reprise plus rapide des activités de la vie quotidienne (30, 35). De plus, le risque de développer des maladies chroniques et des handicaps permanents diminue. On épargne ainsi au patient une augmentation des coûts de traitement, une perte d'aptitudes fonctionnelles et des frustrations inutiles (16, 23, 30). L'ADK optimise la rentabilité : le coût pour l'assurance-maladie diminue, mais le coût de la facture pour le patient et l'employeur aussi.

L'ADK comporte-t-il d'autres risques financiers pour les autorités et les assurances ? Aux États-Unis, 43 états ont déjà implémenté l'ADK depuis plusieurs décennies dans les soins de santé, et la Health Providers Service Organization (leader du marché de l'assurance en responsabilité professionnelle pour kinésithérapeutes) précise ce qui suit : « Direct access is not a risk factor that we specifically screen for in our program because it has not negatively impacted our claims experience in any way. In addition, we do not have a premium differential for physical therapists in direct access states » (13).

Les autorités américaines ont également fait réaliser une analyse de risque dans les hôpitaux militaires en rapport avec l'accès direct, et la conclusion était que le risque de mauvais traitement médical par des kinésithérapeutes, avec ou sans prescription médicale, est minime. La valeur de ce constat est davantage encore mise en exergue par le fait que les kinésithérapeutes militaires sont également responsables pour les demandes d'imagerie médicale, d'analyses EMG, d'examens de laboratoire, et la prescription de certains médicaments (25).

¹ Voir aussi le projet d'avis du CFK concernant eHealth en kinésithérapie

L'ADK facilite l'accès aux soins de kinésithérapie et confère au kinésithérapeute une place essentielle dans les soins de santé préventifs de première ligne. Le kinésithérapeute est spécialisé dans le domaine du mouvement et de la posture. En donnant au citoyen la possibilité de s'adresser directement au kinésithérapeute avec des questions spécifiques en la matière (posture au travail, sport, loisirs...), on réduit les risques de pathologies. Des études montrent que l'ADK permet au kinésithérapeute d'accorder une plus grande attention à la prévention secondaire dans son plan de traitement (2).

La Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, dans sa formulation actuelle, enlève au kinésithérapeute hautement qualifié une part importante de son autonomie professionnelle. Le fait d'imposer une prescription médicale pour tous les actes de kinésithérapie a pour effet notamment de chasser le kinésithérapeute hors des soins de santé préventifs, alors que le profil professionnel et de compétences du kinésithérapeute met précisément l'accent sur ce domaine dans le cadre de la kinésithérapie contemporaine. La prévention fait d'ailleurs aussi partie de diverses qualifications professionnelles particulières en kinésithérapie. En autorisant l'ADK, les autorités peuvent permettre au kinésithérapeute de participer à un système de soins préventifs et curatifs de haute qualité, équitables, efficaces et accessibles à l'ensemble de la population, c'est-à-dire une politique de santé plus axée sur le patient et la demande (2).

L'ADK exige une collaboration et une coordination entre médecins généralistes et kinésithérapeutes. Une plate-forme de communication électronique peut faciliter cette collaboration. Parallèlement à cela, les kinésithérapeutes doivent répondre à certains critères de contrôle de la qualité pour pouvoir être consultés par le biais de l'ADK (p. ex. formation complémentaire et/ou continue si nécessaire, enregistrement dans un registre de contrôle de la qualité) (10, 14). Depuis quelques années, le groupe professionnel, en collaboration avec différents services publics, travaille sur un projet « Promotion de la qualité », où une grande attention est accordée aux objectifs ADK précités. Il est donc très important que les autorités aident ce projet à se développer en un processus continu.

ADK : quel sera le futur rôle du kinésithérapeute ?

La mise en place de l'ADK a un impact qualitatif, organisationnel et personnel sur le kinésithérapeute.

L'ADK renforce l'autonomie professionnelle du kinésithérapeute. Cela implique une plus grande responsabilité du kinésithérapeute vis-à-vis du patient et de la société (37).

Il en résulte un partenaire multidisciplinaire qui met mieux en valeur les compétences du kinésithérapeute. Des études montrent en effet qu'à l'instar d'autres prestataires de soins, le kinésithérapeute a lui aussi le sentiment que le médecin ne connaît pas suffisamment les possibilités de la kinésithérapie (16). La conséquence en est souvent un comportement prescripteur stéréotypé, qui limite le champ d'action (« scope of practice »), de sorte que le domaine d'indication de la kinésithérapie est sous-utilisé (6). L'ADK peut apporter une solution et contribuer à la reconnaissance des compétences, des aptitudes cliniques et de l'expérience du kinésithérapeute acquises tout au long de sa formation et de son curriculum professionnel (22). Cela rend la profession plus attrayante pour le kinésithérapeute et le motive davantage à se former en permanence.

Dans le cadre de l'ADK, le kinésithérapeute est confronté à un patient potentiel. Dans les pays où l'ADK est déjà d'application, il s'avère qu'aucun élément essentiel (pathologie) n'est manqué. On constate même que le kinésithérapeute, de par son savoir-faire, propose une meilleure analyse des maladies musculo-squelettiques (5, 10). Combiné à la liberté thérapeutique, cela permet de générer de meilleures données probantes pour le traitement de troubles fonctionnels et limitations pour lesquels la kinésithérapie est indiquée. Dans cette perspective, le kinésithérapeute vise clairement un meilleur « management » des maladies aiguës et chroniques (18, 38, 39).

L'ADK est pour le kinésithérapeute un incitant supplémentaire pour offrir des soins adéquats et de qualité au patient. Une autonomie renforcée et une responsabilité accrue invitent le kinésithérapeute à une concertation indispensable et ciblée avec le médecin (généraliste) et/ou d'autres prestataires de soins. L'ADK confère au kinésithérapeute des compétences managériales en termes d'organisation et de budgétisation des soins.



Conclusion

Il ressort de cette revue de la littérature internationale que l'ADK présente des avantages, et ce du point de vue du demandeur de soins, du médecin, des organismes assureurs et du kinésithérapeute.

Il semble dès lors souhaitable d'instaurer l'accès direct à la kinésithérapie pour des raisons spécifiques et dans des conditions spécifiques en Belgique. Le niveau de formation élevé du kinésithérapeute en Belgique par rapport à l'étranger doit rendre cet accès direct possible. Une attention particulière est accordée aux drapeaux jaunes et rouges. Aux Pays-Bas, où une formation de bachelier suffit pour exercer la profession de physiothérapeute (lisez kinésithérapeute), le système de l'ADK est déjà en vigueur depuis 2006. Cela devrait dès lors être possible pour les kinésithérapeutes belges. En effet, en Belgique, depuis 1995, l'agrément de kinésithérapeute ne peut être accordé qu'au porteur d'un diplôme d'enseignement universitaire en kinésithérapie (ou d'un diplôme d'enseignement supérieur non universitaire en kinésithérapie) sanctionnant une formation dans le cadre d'un enseignement de plein exercice comportant au moins quatre années d'études (art. 43, § 2, de la Loi coordonnée du 10 mai 2015). Le kinésithérapeute n'est plus un paramédical depuis 1995. La Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé mentionne de manière explicite que la conception du traitement relève de la compétence du kinésithérapeute, et la nomenclature de kinésithérapie de l'INAMI prévoit une intervention pour l'examen de kinésithérapie à titre consultatif. L'acte intellectuel du kinésithérapeute est ainsi implicitement reconnu. La kinésithérapie est prête à devenir une profession à accès direct conditionné. Bon nombre de patients le reconnaissent déjà car ils consultent parfois directement le kinésithérapeute, sans prescription médicale.

L'ADK nécessite une bonne communication entre le médecin (généraliste) et le kinésithérapeute sur l'état du patient, son traitement et son évolution (6, 38). Un système de communication électronique de qualité est, bien entendu, indispensable à cette fin.

Dans la littérature internationale, on fait remarquer que le rôle préventif du kinésithérapeute dans le cadre de l'ADK implique une réduction importante des coûts de l'assurance-maladie. Pour ce faire, les autorités belges sont contraintes d'adapter la Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, de façon à ce que les soins préventifs relèvent de la compétence du kinésithérapeute.

Selon Deyle (10), la preuve la plus convaincante en faveur de l'ADK est que dans 43 états des États-Unis, le politique a choisi d'instaurer l'ADK et qu'on n'a jamais tenté d'abolir ces lois. À notre connaissance, aucun cas n'a été rapporté en la matière.

Il va de soi que l'ADK ne peut pas être imposé au kinésithérapeute. Ce dernier doit pouvoir lui-même décider d'entrer ou non dans le système. Le patient est lui aussi libre de recourir ou non à l'ADK, dans les possibilités prévues par le législateur. Quoi qu'il en soit, si l'ADK est implémenté, tout kinésithérapeute devra impérativement avoir suivi ou suivre une formation qui lui (ré)enseignera les conditions cliniques et la systématique du processus de screening et de diagnostic dans le cadre de l'ADK.

Bibliographie

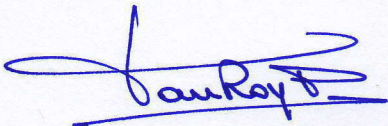
1. Aarts M, Bakemans R, van Beers L, van den Broek N, Meeuwissen K. *Hand in hand: communicatie tussen fysiotherapeut en huisarts in het kader van de directe toegankelijkheid fysiotherapie*. Eindhoven: Fontys Paramedische Hogeschool – Fysiotherapie. (thèse de bachelor ; promoteurs Verhulst F et Simons A). 2007
2. Annemans L., Daue F. *10 actiedomeinen en 30 voorstellen voor het gezondheids(zorg)beleid van de toekomst*. 2011. www.itinerainstitute.org.
3. Brooks G, Dripchac S, Vanbeveren P, Allaben S. *Is a prescriptive or an open referral related to physical therapy outcomes in patients with lumbar spine-related problems?* *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008;38(3):109-115.
4. Bury TJ, Stokes EK. *Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union*. *Physiotherapy.* 2013.
5. Childs DJ, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. *A description of physical therapist's knowledge in managing musculoskeletal conditions*. *BMC Musculoskelet Disord.* 2005;Jun 17:6-32.
6. Clemence ML, Seamark DA. *GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions - a qualitative study*. *Fam Pract.* 2003;20(5):578-582.
7. Crout KL, Tweedie JH, Miller DJ. *Physical therapists' opinions and practices regarding direct acces*. *Phys Ther.* 1998; 78(1): 52-61.



8. Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, Woolhead G, Bannister G, Nelson I, Kammerling M. A randomized controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(10):643-650.
9. De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mélard F, Mertens R, Piérart J, Robays J, Schmitz O, Vinck I, Kohn L. État des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 148B. D/2010/10.273/92.
10. Deyle GD. Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: the risk-to-benefit ratio. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2006;36(9):632-634.
11. Durant TL, Lord LJ, Domholdt E. Outpatient views on direct access to physical therapy in Indiana. *Phys Ther*. 1989;69(10):850-857.
12. Fordham R., Hodkinson C. A cost-benefit analysis of open access to physiotherapy for G.P.s. University of York, Centre for Health Economics: Discussion Paper 29. 1986.
13. Health Providers Service Organization. Letter to the American Physical Therapy Association. March 22, 2011. www.apta.org.
14. Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future. *Physiotherapy*. 2004;90(2):64-72.
15. Holdsworth LK, Webster VS, McFayden AK, the Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GP's? Results of a national trial. *Physiotherapy*. 2006;92(1):26-33.
16. Holdsworth LK, Webster VS, McFayden AK, the Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. What are the costs tot NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy*. 2007;93(1):3-11.
17. Kenny DT, Adamson B. Medicine and the health professions: issues of dominance, autonomy and authority. *Aust Health Rev*. 1992;15(3):319-334.
18. Lebec MT, Jogodka CE. The physical therapist as a musculoskeletal specialist in the emergency department. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2009;39(3):221-229.
19. Leclercq A, De Gauquier K, Ceuppens A, Boly J, Van Den Steen D, Paulus D. Consommation de kinésithérapie et de médecine physique et de réadaptation en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 87B (D/2008/10.273/55) https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027355.pdf
20. Leemrijse CJ, Swinkels IC, de Bakker D. Effects of direct access to physiotherapy in the Netherlands in 2006. Utrecht: NIVEL, 2006. *Eur J Public Health*. 2006;16(1):14-15.
21. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Priters MF, de Balbe D, Veenhof C. Directe toegang fysiotherapie: de keus is aan de patiënt. *Ned Tijdschr Fysiotherapie*. 2008;11(3):62-67.
22. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther*. 2008;88(8):936-946.
23. Mitchell JM, de Lissevoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Phys Ther*. 1997;77(11):10-16.
24. Mokveld P, Smit A. Gevolgen invoering directe toegankelijkheid fysiotherapie. VEKTIS Rapport 2007 iov Zorgverzekeraars Nederland. www.vektis.nl.
25. Moore JH, McMillian DJ, Rosenthal MD, Weishaar MD. Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. ? *J Orthop Sports Phys Ther*. 2005;35(10):674-678.
26. Conseil national de la kinésithérapie. Profil professionnel et de compétences du kinésithérapeute en Belgique. Bruxelles: SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, mars 2010.
27. Nederlandse Orthopaedische Vereniging. Richtlijn diagnostiek en behandeling van heup- en knieartrose. Nijmegen: Nederlandse Orthopaedische Vereniging 2007:137p. http://www.cbo.nl/Downloads/363/rl_heup_knie_07.pdf
28. Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, et al. Lombalgie chronique. Good Clinical practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 48B (D/2006/10.273/64).
29. Ooijendijk W, van Hespren A, Pronk M, de Vries S. Pilot DT Fysiotherapie. TNO-rapport PG/B&G2004.075 iov College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Projectnr.011.41296. 2004.
30. Pinnington A, Miller J, Stanley I. An evaluation of prompt access to physiotherapy in the management of low back pain in primary care. *Family Practice*. 2004;21(4):372-380.
31. Pendergast J, Kliethermes SA, Freburger JK, Duffy PA. A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. *Health Serv Res*. 2012; 47(2):633-654.
32. Peter WF, Jansen MJ, Bloo H, Dekker-Bakker LM, Dilling RG, Hilberdink WK, et al. Herziening van de KNGF-richtlijn Artrose heup-knie. *Ned Tijdschr Fysiother*. 2010;120(1):2-15
33. INAMI. Nomenclature des prestations de santé. ?2011; http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart07_20140501_01.pdf
34. INAMI. Infobox INAMI – La réglementation décryptée pour le médecin généraliste. 3^{ème} partie: La prescription Bruxelles: INAMI. Infobox 2009 (3^{ème} éd). <http://www.inami.fgov.be/care/fr/infos/infobox/pdf/part3.pdf>
35. Robert G, Stevens A. Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? *Br J Gen Pract*. 1997;47(418):314-318.
36. Rose SJ. Direct access: the need for an educational component. *Phys Ther*. 1988; 68(9):1329.
37. Sandstrom RW. The meanings of autonomy for physical therapy. *Phys Ther*. 2007;87(1):98-106.
38. Swinkels IC, Kooijman MK, Leemrijse CJ. Steeds meer fysiotherapiepatiënten komen zonder verwijfsbrief. Facsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009.
39. Swinkels IC, Kooijman MK, Leemrijse CJ. Patiënten die rechtstreeks bij de fysiotherapeut komen behalen vaker de behandeldoelen. Utrecht: NIVEL, 2009.
40. Swinkels IC, Kooijman MK, Tol J, Veenhof C. Beschouwingen jaarcijfers LIPZ 2009. Utrecht: NIVEL, 2010.

41. The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. [NICE clinical guideline 59: Osteoarthritis: the care and management of osteoarthritis in adults](#). London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008 February: 25p. <http://guidance.nice.org.uk/CG59/NICEGuidance/pdf/English>
42. Tsakitzidis G, Remmen R, Peremans L, Van Royen P, Duchesnes C, Paulus D, Eyssen M. Douleurs cervicales atypiques : diagnostic et traitement. Good Clinical practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2009. KCE reports 119B (D/2009/10.273/55)? http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=12647&CREF=14201
43. Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Enquête de santé Belgique, 2008. Rapport I – État de santé. Direction opérationnelle Santé publique et surveillance, 2010; Bruxelles: Institut scientifique de santé publique. ISSN:2032-9180 – Numéro de dépôt: D/2010/2505/07 – IPH/EPI REPORTS N° 2010/005. <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epifir/index4.htm>
44. Van de Scheur S. [Experiment DTF: de evaluatie. Rapport College voor Zorgverzekeringen \(CVZ\). Projectnr.24070320. 2004](#)

Pour le Conseil Fédéral de la Kinésithérapie



P. VAN ROY
Président