



Gemeenschappelijk advies over de directe toegang tot de kinesithherapie *

De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) en de Académie royale de Médecine de Belgique (ARMB) hebben een adviesvraag ontvangen van Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, Frank Vandenbroucke. De minister vraagt op korte termijn een gemeenschappelijk advies over: a) de invoering van de mogelijkheid van directe toegang tot de kinesithherapie zonder voorschrift van een arts of tandarts en b) de wenselijkheid van een herziening van de omschrijving van de kinesithherapie in art. 43 van de Wet van 10 mei 2015 inzake de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en de mogelijkheden van de uitbreiding van de competenties van kinesitherapeuten mits passende vorming.

Algemene uitgangspunten

De recente adviezen van zowel de **Federale Raad voor de Kinesithherapie (FRK)** als de **Hoge Raad Artsen** tonen aan dat er consensus bestaat over de wenselijkheid van een **gefaseerde en kwaliteitsvolle invoering** van directe toegang tot kinesithherapie (DTK).

De verschillen tussen beide adviezen hebben hoofdzakelijk betrekking op de **concretisering van voorwaarden** (indicaties, definitie van “red flags”, communicatie, organisatie), en niet op de fundamentele visie.

Het uitgangspunt blijft dat DTK enkel kan slagen binnen een **veilig, gestructureerd en interprofessioneel zorgmodel**.



Avis conjoint concernant l'accès direct à la kinésithérapie †

L'Académie royale de Médecine de Belgique (ARMB) et la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) ont reçu une demande d'avis du Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, Frank Vandenbroucke. Le ministre demande à bref délai l'avis conjoint concernant : a) l'introduction de la possibilité d'un accès direct à la kinésithérapie sans prescription par un médecin ou dentiste et b) l'opportunité d'une révision de la définition de la kinésithérapie à l'article 43 de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé et les possibilités d'une extension des compétences des kinésithérapeutes sous réserve d'une formation adéquate.

Principes généraux

Les avis récents du **Conseil Fédéral de la Kinésithérapie (CFK)** et du **Conseil Supérieur des Médecins** montrent qu'il existe un consensus sur l'opportunité d'une **introduction progressive et de qualité** de l'accès direct à la kinésithérapie (ADK).

Les différences entre les deux avis portent principalement sur la **concrétisation des conditions** (indications, définition des « signaux d'alerte », communication, organisation), et non sur la vision fondamentale.

Le principe de base reste que l'ADK ne peut réussir que dans le cadre d'un **modèle de soins sécurisé, structuré et interprofessionnel**.

* Het advies werd voorbereid door Hilde Bastiaens, Ivan Bautmans, Stefaan Callens, Julie De Backer, An De Sutter, Sebastiaan Engelborghs, Rik Gosselink, Mira Meeus (voorzitter), Mirko Petrovic, Dirk Van Raemdonck (voorzitter KAGB) en Paul Van Royen voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, en Olivier Bruyère, Georges Casimir (vast secretaris ARMB), Didier Cataldo, Elie Cogan, Oliver Cornu, Didier Giet, Frédéric Houssiau, Philippe Kolh, Dominique Lamy, Etienne Marbaix en Florence Roufosse voor de Académie royale de Médecine de Belgique. De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België en de Académie royale de Médecine de Belgique keurden het advies goed op 25 oktober 2025.

† L'avis a été préparé par Hilde Bastiaens, Ivan Bautmans, Stefaan Callens, Julie De Backer, An De Sutter, Sebastiaan Engelborghs, Rik Gosselink, Mira Meeus (présidente), Mirko Petrovic, Dirk Van Raemdonck (président KAGB) et Paul Van Royen pour la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, et Olivier Bruyère, Georges Casimir (secrétaire perpétuel ARMB), Didier Cataldo, Elie Cogan, Oliver Cornu, Didier Giet, Frédéric Houssiau, Philippe Kolh, Dominique Lamy, Etienne Marbaix et Florence Roufosse pour l'Académie royale de Médecine de Belgique. La Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België et l'Académie royale de Médecine de Belgique ont approuvé l'avis en date du 25 octobre 2025.

Er wordt gepleit voor een **gefaseerde invoering**: zowel qua indicaties (eerst enkel binnen het locomotorisch stelsel) als qua profielen van kinesitherapeuten die in aanmerking komen, en met een goede rapportering en overleg tussen kinesitherapeut en (tand)arts.

Het principe van directe toegang impliceert dat patiënten rechtstreeks bij de kinesitherapeut terecht kunnen, een klinisch onderzoek én behandelplan krijgen, en dat de behandeling meteen kan starten.

1. Beperking tot het musculoskeletale (MSK) domein als eerste fase

Het is het **meest onderbouwde en klinisch geschikte** startpunt: er bestaan uitgebreide evidentie, richtlijnen en beslisbomen die klinische veiligheid waarborgen.

Binnen deze klachtenpopulatie zijn **kinesitherapeuten vaak het best geplaatst** om het functionele probleem te onderzoeken, te screenen op rode vlaggen en een gepaste behandeling voor te stellen.

In de huidige praktijk worden **MSK-klachten al vaak rechtstreeks** naar de kinesitherapeut geleid of met een **algemeen voorschrift** door de arts verwezen.

De formele erkenning van DTK zou deze **bestaande realiteit regulariseren** en de zorgketen efficiënter maken.

De **indicaties** binnen dit domein zijn al redelijk concreet uitgewerkt in het document van de Federale Raad voor de Kinesitherapie (FRK) en lijken veilig.

Er wordt echter voorgesteld om te werken met een ruimere umbrella-term **“locomotorisch stelsel”** i.p.v. een te enge lijst van MSK-klachten. Zo kunnen ook kwetsbare ouderen met locomotorische problemen of patiënten met bekkenbodempromblematiek (bv. pre- en postnataal) onder DTK vallen.

Door deze afbakening kunnen ook **specifieke populaties** (zoals kinderen, ouderen) veilig gebruikmaken van de DTK voor deze lichte locomotorische problematieken.

De indicatie voor kinesitherapie in de **meer gespecialiseerde revalidatie** (neuro-, cardio-respiratoire, pediatrische, oncologische...) blijft

Il est préconisé de procéder à une **mise en œuvre progressive**, tant en termes d'indications (initialement uniquement au sein du système locomoteur) que des profils des kinésithérapeutes, avec une bonne communication et une bonne concertation entre le kinésithérapeute et le médecin (dentiste).

Le principe de l'accès direct implique que les patients peuvent consulter directement le kinésithérapeute, bénéficier d'un examen clinique et d'un plan de traitement, et que le traitement peut commencer immédiatement.

1. Limitation au domaine musculo-squelettique (MSQ) dans un premier temps

Le domaine MSQ est le point de départ **le plus documenté et le plus approprié sur le plan clinique** : il existe des preuves, des directives et des arbres décisionnels détaillés qui garantissent la sécurité clinique.

Au sein de cette population de patients, les **kinésithérapeutes sont souvent les mieux placés** pour examiner le problème fonctionnel, dépister les signaux d'alerte et proposer un traitement approprié.

Dans la pratique actuelle, les troubles **MSQ sont déjà fréquemment traités** directement par un kinésithérapeute ou référés par un médecin avec une **prescription générale**.

La reconnaissance officielle d'ADK permettrait de **régulariser cette réalité existante** et de rendre la chaîne de soins plus efficace.

Les **indications** dans ce domaine sont déjà décrites de manière assez concrète dans le document du Conseil Fédéral de la Kinésithérapie (CFK) et semblent sans danger.

Il est toutefois proposé d'utiliser un terme générique plus large, « **système locomoteur** », plutôt qu'une liste trop restrictive de troubles MSQ. Ainsi, les personnes âgées fragiles souffrant de troubles locomoteurs ou les patient.e.s atteintes de problèmes pelviens (par exemple en période pré- et post-natale) peuvent également être prises en charge dans le cadre d'ADK.

Grâce à cette définition, **certaines populations** spécifiques (telles que les enfants et les personnes âgées) peuvent également utiliser l'ADK en toute sécurité pour ces **troubles locomoteurs** légers.

L'indication pour la kinésithérapie dans le cadre d'une **rééducation plus spécialisée** (neuro-, cardio-respiratoire, pédiatrique, oncologique, etc.) reste à

terecht **op voorschrift en na medische diagnose**, omdat die zorg typisch interdisciplinair en patiëntspecifiek is.

DTK binnen het MSK-domein kan bijdragen tot **vermindering van overmedicalisering en lager medicatiegebruik**, wat zowel de patiënt als het gezondheidsbudget ten goede komt.

2. Scholing, competenties en differentiatie volgens afstudeerjaar

Screening, klinisch redeneren en herkenning van rode vlaggen maken al integraal deel uit van de universitaire opleidingen kinesitherapie.

Voor **recent afgestudeerde kinesitherapeuten** (bv. <5 jaar na afstuderen) kunnen deze competenties **automatisch worden verwacht**.

Er kan overwogen worden een **overgangsperiode** in te voeren na afstuderen, zodat de kinesitherapeuten eerst bv. twee jaar klinische ervaring hebben.

Voor **langer afgestudeerde kinesitherapeuten** is een **bijscholingstraject** verplicht, gericht op recente inzichten in screening en communicatie met artsen.

Er moet rekening worden gehouden met het feit dat **niet elke afgestudeerde kinesitherapeut een MSK-specialisatiejaar** volgde. Voor hen is bijkomende scholing ook noodzakelijk, behalve voor degenen die bepaalde specifieke opleidingen hebben gevolgd, zoals een certificaat in manuele therapie (75 ECTS).

Een duidelijke **overgangsregeling met termijnen** voorkomt ongelijkheid en zorgt voor een gefaseerde, veilige instap.

3. Organisatie van scholing

Scholing rond DTK wordt idealiter **ingericht door de universiteiten** of binnen erkende academische structuren, niet door commerciële aanbieders.

Inhoudelijke klemtonen:

- Screening (≠ diagnostiek)
- Patroonherkenning en beslisbomen
- Herkenning van rode vlaggen
- Communicatie en terugkoppeling met de huisarts of courante verwijzer

juste titre soumise **à prescription et requiert un diagnostic médical**, car ces soins sont généralement interdisciplinaires et spécifiques au patient.

Au sein du domaine MSQ, l'ADK peut contribuer à **réduire la surmédicalisation et la consommation de médicaments**, ce qui profite à la fois au patient et au budget de la santé.

2. Formation, compétences et différenciation selon l'année d'obtention du diplôme

Le dépistage, le raisonnement clinique et la reconnaissance des signaux d'alerte font déjà partie intégrante des programmes de kinésithérapie à l'université ou en haute école.

Pour les kinésithérapeutes **récemment diplômés** (par exemple, moins de 5 ans après l'obtention de leur diplôme), ces compétences peuvent être **automatiquement attendues**.

Il peut être envisagé d'introduire une **période de transition** après l'obtention du diplôme, afin que les kinésithérapeutes acquièrent d'abord, par exemple, deux ans d'expérience clinique.

Pour les **kinésithérapeutes diplômés depuis plus longtemps**, un **programme de formation continue** axé sur les dernières avancées en matière de dépistage et de communication avec les médecins est obligatoire.

Il faut tenir compte du fait que **tous les kinésithérapeutes diplômés n'ont pas suivi une année de spécialisation en MSQ**. Pour eux, une formation complémentaire est également nécessaire, sauf pour ceux qui auraient suivi certaines formations spécifiques comme un certificat en thérapie manuelle (75 ECTS).

Une **réglementation transitoire claire, assortie de délais**, évite les inégalités et garantit une mise en œuvre progressive et sûre.

3. Organisation de la formation

La formation relative à l'ADK devrait idéalement être **dispensée par les universités** ou au sein de structures académiques reconnues, et non par des prestataires commerciaux.

Points forts :

- Dépistage (≠ diagnostic)
- Reconnaissance de schémas et arbres décisionnels
- Reconnaissance des signaux d'alerte
- Communication et retour d'information avec le médecin généraliste ou le référent courant

Door te werken met **bestaande richtlijnen** worden ook de grenzen tussen lichte klachten en rode vlaggen duidelijker bepaald.

Scholing rond DTK binnen specifieke deelgebieden (bv. bekkenbodem) kan geïntegreerd worden in bestaande postgraduaatstructuren

4. Communicatie en samenwerking

Communicatie met de courante verwijzer (huisarts, tandarts, specialist) blijft essentieel om **dubbele onderzoeken of tegenstrijdige zorg** te vermijden.

Hiervoor is een **gestructureerde en tijdige terugkoppeling** via het **eHealth-platform** of het gedeeld patiëntendossier nodig, zodat alle betrokken zorgverleners toegang hebben tot dezelfde informatie. De communicatie is gericht naar de **courante zorgverlener** (meestal de huisarts).

De communicatie vindt plaats op twee vaste momenten: bij **aanvang van de behandeling** waarbij het probleem gedefinieerd wordt en het plan van aanpak voorgesteld wordt en op het **einde behandeling** om een korte terugkoppeling te voorzien met evaluatie, afronding of voorstel voor verdere opvolging

DTK mag nooit de **continuïteit van zorg** ondermijnen, maar moet deze net versterken binnen een **interdisciplinair kader**.

5. Professionele rolafbakening

Kinesitherapeuten voeren binnen DTK enkel handelingen uit die behoren tot hun **wettelijke competenties**. DTK vormt **geen kader voor andere disciplines** (zoals bv. osteopathie). Duidelijke rolafbakening verhoogt de transparantie en versterkt het vertrouwen van andere zorgverstrekkers.

6. Toegankelijkheid en transparantie voor patiënten en zorgverleners

Het moet duidelijk zijn **welke kinesitherapeuten bevoegd** zijn om onder DTK te werken. Voor specifieke deelgebieden (zoals bijvoorbeeld bekkenbodemtherapie) moet de **specialisatiegraad zichtbaar** zijn voor patiënten en artsen, zodat gerichte DTK en/of doorverwijzing mogelijk blijft.

7. Aantal sessies en overlegmomenten

En travaillant avec les **directives existantes**, les limites entre les symptômes légers et des signaux d'alerte sont également mieux définies.

La formation relative à l'ADK dans des domaines spécifiques (par exemple, le plancher pelvien) peut être intégrée dans les structures postuniversitaires existantes.

4. Communication et coopération

La communication avec le référent courant (médecin généraliste, dentiste, spécialiste) reste essentielle pour éviter **les examens en double ou les soins contradictoires**.

Cela nécessite un retour d'information **structuré et rapide** via la **plateforme eHealth** ou via le dossier patient partagé, afin que tous les prestataires de soins concernés aient accès aux mêmes informations. La communication est destinée au **prestataire de soins habituel** (généralement le médecin généraliste).

La communication a lieu à deux moments fixes : **au début du traitement**, lorsque le problème est défini et le plan d'action proposé, et **à la fin du traitement**, afin de fournir un bref retour d'information avec une évaluation, une conclusion ou une proposition de suivi.

L'ADK ne doit jamais compromettre la **continuité des soins**, mais doit au contraire la renforcer dans un **cadre interdisciplinaire**.

5. Délimitation professionnelle des rôles

Au sein de l'ADK, les kinésithérapeutes n'effectuent que des actes relevant de leurs **compétences légales**. L'ADK **n'est pas un cadre pour d'autres disciplines** (telles que l'ostéopathie, par exemple). Une délimitation claire des rôles augmente la transparence et renforce la confiance des autres prestataires de soins.

6. Accessibilité et transparence pour les patients et les prestataires de soins

Il doit être clairement indiqué **quels kinésithérapeutes sont habilités** à travailler sous l'ADK. Pour certains domaines spécifiques (tels que la thérapie du plancher pelvien), **le degré de spécialisation doit être annoncé** pour les patients et les médecins, afin que l'ADK ciblé et/ou l'orientation vers un spécialiste restent possibles.

7. Nombre de séances et de réunions de concertation

Het voorstel van **maximaal 7 of 9 sessies (cfr. de huidige beperking)** binnen DTK, waarna overleg of voorschrift nodig is, lijkt logisch om **veiligheid en overleg** te garanderen.

Het exacte aantal is best **evidence-based en afgestemd op internationale voorbeelden** (waar vaak 6-9 sessies gehanteerd worden).

Belangrijk is dat kinesitherapeuten **feedback geven** bij aanhoudende klachten of wanneer een medische herevaluatie (soms ook eerder dan het maximale aantal sessies) aangewezen is.

8. Gefaseerde invoering

Kinesitherapeuten kunnen **vrij kiezen om in te stappen** in het DTK-systeem, op voorwaarde dat zij hun competenties aantonen via een recent diploma en de nodige werkervaring, al dan niet na verplichte scholing. Dit laat een **geleidelijke en gecontroleerde invoering** toe, met ruimte voor bijsturing en monitoring.

9. Veiligheid, effectiviteit en kostenefficiëntie

Internationaal onderzoek toont dat DTK **veilig, effectief en kostenefficiënt** is. Er is geen reden om aan te nemen dat de Belgische context hierin zou afwijken van andere Europese landen.

Vroegtijdige kinesitherapeutische interventie bij MSK-klachten verlaagt het risico dat de klachten **chronisch** worden, evenals de **medische consumptie en werkverzuim**.

La proposition d'**un maximum de 7 ou 9 séances (cf. la limitation actuelle)** dans le cadre de l'ADK, après quoi une consultation ou une prescription est nécessaire, semble logique pour garantir **la sécurité et la concertation**.

Le nombre exact est **basé sur des preuves scientifiques et aligné sur les exemples internationaux** (où 6 à 9 séances sont souvent utilisées).

Il est important que les kinésithérapeutes **fournissent un retour d'information** en cas de symptômes persistants ou lorsqu'une réévaluation médicale (parfois même avant le nombre maximal de séances) est indiquée.

8. Introduction progressive

Les kinésithérapeutes peuvent choisir librement d'adhérer au système d'ADK, à condition de prouver leurs compétences au moyen d'un diplôme récent et de l'expérience professionnelle requise, après avoir suivi une formation obligatoire ou non. Cela permet une **introduction progressive et contrôlée**, avec possibilité d'ajustements et de suivi.

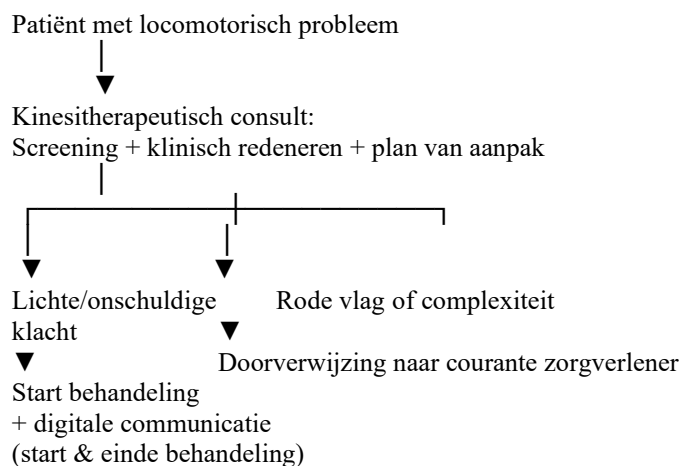
9. Sécurité, efficacité et rentabilité

Des études internationales montrent que l'ADK est **sûre, efficace et rentable**. Il n'y a aucune raison de penser que la situation belge diffère de celle des autres pays européens à cet égard.

Une intervention kinésithérapeutique précoce en cas de troubles musculo-squelettiques réduit le risque que ces troubles deviennent **chroniques**, ainsi que la **consommation médicale et l'absentéisme au travail**.

Element	Omschrijving / Afspraak	Opmerkingen
Indicaties	Locomotorisch domein (incl. kwetsbare ouderen en bekkenbodembij specialisatie)	Gespecialiseerde revalidatie blijft op voorschrift
Wie kan DTK uitvoeren	Geregistreerde kinesitherapeuten met aantoonbare competenties (recent afgestudeerden of na scholing)	Register / transparantie vereist
Scholing	Universitaire opleiding (recent), verplichte bijscholing (oudere lichten)	Binnen academische structuren, niet commercieel
Communicatie	Start: probleem + plan van aanpak. Einde: korte terugkoppeling.	Bij DTK naar courante zorgverlener (meestal huisarts), digitaal platform aanbevolen
Rol kinesitherapeut	Enkel wettelijke handelingen, geen osteopathie of andere disciplines	Helder kader versterkt samenwerking
Aantal sessies	7 à 9 sessies zonder voorschrift	Evidence-based afstemmen, verplichte feedback nodig
Transparantie	Zichtbaar maken van erkende DTK-kinesitherapeuten en specialisaties	Belangrijk voor patiënt en arts
Gefaseerde invoering	Vrijwillige instap mits aantonen competenties	Monitoring en bijsturing voorzien

Schematisch beslialgoritme DTK



Élément	Description / Accord	Remarques
Indications	Domaine locomoteur (y compris les personnes âgées fragiles et le plancher pelvien dans le cadre d'une spécialisation)	La rééducation spécialisée reste soumise à prescription
Qui peut exécuter l'ADK ?	Kinésithérapeutes agréés ayant des compétences avérées (jeunes diplômés ou après formation)	Registre / transparence requise
Formation	Formation universitaire/haute école (récent), formation continue obligatoire (anciennes promotions)	Au sein des structures académiques, à des fins non commerciales
Communication	Début : problème + plan d'action. Fin : bref retour d'information.	Vers le prestataire de soins habituel (généralement le médecin généraliste), plateforme numérique recommandée
Rôle du kinésithérapeute	Uniquement des actes légaux, pas d'ostéopathie ni d'autres disciplines	Un cadre clair renforce la coopération
Nombre de séances	7 à 9 séances sans ordonnance	Harmonisation "evidence based", retour d'information obligatoire
Transparence	Mise en évidence des kinésithérapeutes ADK agréés et de leurs spécialisations	Important pour le patient et le médecin
Introduction progressive	Participation volontaire sous réserve de démontrer ses compétences	Prévoir un suivi et des ajustements

Algorithme décisionnel schématique ADK

