

SENAT DE BELGIQUE

SESSION DE 1993-1994

21 JUIN 1994

Proposition de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, en vue de la réglementation de l'exercice de la kinésithérapie

Proposition de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, en vue de la réglementation de l'exercice de la kinésithérapie

Proposition de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, en vue de la réglementation de l'exercice de la kinésithérapie

Proposition de loi tendant à attribuer un statut professionnel aux kinésithérapeutes

RAPPORT

**FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE L'ENVIRONNEMENT PAR MME CREYF**

Ont participé aux travaux de la commission :

1. Membres effectifs : MM. Diegenant, président, Arts, Barzin, Mme Cornet d'Elzuis, MM. Cuyvers, De Meyer, Dighneef, Evrard, Mme Gijbrechts-Horckmans, MM. Lahaye, Lenfant, Leroy, L. Martens, Meesters, Poulain, Swinnen, Timmermans, Vandermeulen, Mme Van der Wildt, M. Van Hooland et Mme Creyf, rapporteuse.

2. Membres suppléants : Mme Delcourt-Pètre, M. Hofman, Mme Maes, MM. Mairesse, Matthijs, Mme Maximus, M. Moens, Mme Van Cleuvenbergen, MM. Vancrombruggen et Vanlerberghe.

3. Autres sénateurs : MM. Bosman, Gevenois et Valkeniers.

R. A 16469 - 15982 - 16089 - 16178

Voir :

Documents du Sénat :

944-1 (1993-1994) Proposition de loi
426-1 (S.E. 1991-1992) Proposition de loi
541-1 (1992-1993) Proposition de loi
636-1 (1992-1993) Proposition de loi

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 1993-1994

21 JUNI 1994

Voorstel van wet tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, met het oog op de regeling van de uitoefening van de kinesithérapie

Voorstel van wet tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, met het oog op de regeling van de uitoefening van de kinesithérapie

Voorstel van wet tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, met het oog op de regeling van de uitoefening van de kinesithérapie

Voorstel van wet houdende toekenning van een eigen statuut aan de kinesithérapeuten

VERSLAG

**NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID EN HET LEEFMILIEU
UITGEBRACHT DOOR MEVROUW CREYF**

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

1. Vaste leden : de heren Diegenant, voorzitter, Arts, Barzin, mevr. Cornet d'Elzuis, de heren Cuyvers, De Meyer, Dighneef, Evrard, mevr. Gijbrechts-Horckmans, de heren Lahaye, Lenfant, Leroy, L. Martens, Meesters, Poulain, Swinnen, Timmermans, Vandermeulen, mevr. Van der Wildt, de heer Van Hooland en mevr. Creyf, rapporteur.

2. Plaatsvervangers : mevr. Delcourt-Pètre, de heer Hofman, mevr. Maes, de heren Mairesse, Matthijs, mevr. Maximus, de heer Moens, mevr. Van Cleuvenbergen, de heren Vancrombruggen en Vanlerberghe.

3. Andere senatoren : de heren Bosman, Gevenois en Valkeniers.

R. A 16469 - 15982 - 16089 - 16178

Zie :

Gedr. St. van de Senaat :

944-1 (1993-1994) Voorstel van wet
426-1 (B.Z. 1991-1992) Voorstel van wet
541-1 (1992-1993) Voorstel van wet
636-1 (1992-1993) Voorstel van wet

I. INTRODUCTION

La Commission de la Santé publique et de l'Environnement a consacré trois réunions à la discussion des différentes propositions de loi qui visent à doter d'un statut propre les praticiens de la kinésithérapie.

Au cours de la législature précédente, la commission avait déjà consacré un débat à ce problème, en se basant sur la proposition de loi n° 400-1 (S.E. 1988), déposée par M. Diegenant.

A présent, la commission se trouvait confrontée à deux orientations pour ce qui est du statut de la kinésithérapie. Il y avait, d'une part, les deux propositions de loi déposées respectivement par Mme Delcourt-Pêtre (doc. Sénat n° 541-1, 1992-1993) et par MM. Gevenois et Taminiaux (doc. Sénat n° 636-1, 1992-1993), qui proposaient d'accorder aux kinésithérapeutes un statut analogue à celui des infirmiers. De ce fait, la kinésithérapie ne relèverait plus du chapitre II — L'exercice des professions paramédicales —, et plus particulièrement de l'article 22 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, mais un chapitre 1^{er}ter (nouveau) serait inséré pour cette profession dans ce même arrêté royal.

D'autre part, il y avait deux propositions de loi, déposées l'une par M. Diegenant (doc. Sénat n° 426-1, S.E. 1991-1992) et l'autre par MM. Diegenant et Mahoux (doc. Sénat n° 944-1, 1993-1994).

Ces deux propositions « intègrent la kinésithérapie dans le premier chapitre de l'arrêté royal n° 78, et plus particulièrement dans son article 2, consacré à l'art médical, art que les kinésithérapeutes exercent partiellement, au même titre que les accoucheuses », ainsi qu'on peut le lire dans les développements de l'article 1^{er} de la proposition de loi citée en dernier lieu.

Pour bien comprendre le présent rapport, il importe de noter qu'en fait, la proposition n° 426 n'a pas été discutée; son auteur a défendu exclusivement sa proposition n° 944-1, qu'il avait déposée conjointement avec un autre sénateur.

Cette dernière proposition a du reste servi de base à la discussion et les auteurs des autres propositions ont finalement adopté cette proposition n° 944-1, amendée ainsi qu'on le verra ci-après.

Enfin, notons encore qu'au cours de la discussion et à la demande de plusieurs commissaires, la commission a organisé deux auditions.

Au cours d'une première audition, le 16 février 1994, la commission a entendu les représentants des organisations professionnelles et des instituts de formation de kinésithérapeutes. Lors d'une seconde audition, le 30 mars 1994, un échange de vues a été organisé avec les représentants des académies de

I. INLEIDING

De Commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu heeft vier commissievergaderingen gewijd aan de bespreking van de verschillende wetsvoorstellen die beogen een eigen statuut te geven aan de beoefenaars van de kinesitherapie.

Reeds tijdens de vorige legislatuur wijdde de Commissie een bespreking aan deze problematiek, namelijk op basis van het wetsvoorstel nr. 400-1 (B.Z. 1988), ingediend door de heer Diegenant.

Nu werd de Commissie geconfronteerd, wat het statuut van de kinesitherapie betreft, met twee oriëntaties. Er waren enerzijds de twee wetsvoorstellen respectievelijk ingediend door mevr. Delcourt-Pêtre [Gedr. St. nr. 541-1 (1992-1993)] en door de heren Gevenois en Taminiaux [Gedr. St. nr. 636-1 (1992-1993)], die voorstelden aan de kinesitherapeuten een statuut te verlenen analoog met dat van de verplegers. Daardoor zou de kinesitherapie niet meer onder hoofdstuk II — De uitoefening van de paramedische beroepen — en meer bepaald artikel 22 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 — vallen, maar zou voor dit beroep een hoofdstuk 1^{ter} (nieuw) in hetzelfde koninklijk besluit worden ingevoegd.

Anderzijds waren er twee wetsvoorstellen, het ene ingediend door de heer Diegenant [Gedr. St. nr. 426-1 (B.Z. 1991-1992)], het andere door de heren Diegenant en Mahoux [Gedr. St. nr. 944-1 (1993-1994)].

Beide voorstellen plaatsen « de kinesitherapie onder hoofdstuk I van het koninklijk besluit nr. 78, inzonderheid in het artikel 2, gewijd aan de geneeskunde, een kunde die de kinesitherapeuten gedeeltelijk uitoefenen, op dezelfde wijze als de vroedvrouwen », zoals te lezen staat in de toelichting bij artikel 1 van laatstgenoemd wetsvoorstel.

Voor een goed begrip van dit verslag zij opgemerkt dat het voorstel nr. 426 in feite niet ter sprake is gekomen; de indiener heeft uitsluitend zijn voorstel nr. 944-1 verdedigd dat hij samen met een andere senator had ingediend.

Dit laatste voorstel heeft trouwens als basis voor de discussie gediend en de indieners van de andere voorstellen hebben tenslotte dit voorstel nr. 944-1, na amendering zoals hierna zal blijken, mee goedgekeurd.

Tenslotte zij nog vermeld dat de Commissie, in de loop van de bespreking en op verzoek van verscheidene commissieleden, twee hoorzittingen heeft georganiseerd.

Tijdens een eerste hoorzitting, op 16 februari 1994, werden vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties en van de vormingsinstituten van kinesitherapeuten gehoord. Tijdens een tweede hoorzitting, gehouden op 30 maart 1994, werd van gedachten gewisseld met vertegenwoordigers van de Academies

médecine, des facultés universitaires de médecine et du Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes.

Le rapport de ces auditions est joint en annexe au présent rapport.

II. COMMENTAIRE DE L'AUTEUR DE LA PROPOSITION DE LOI N° 944-1

L'auteur fait remarquer qu'à ce jour, la profession de kinésithérapeute n'a pas été réglementée par la loi. Il existe seulement une réglementation dans le cadre de la sécurité sociale. Au cours de la précédente législature déjà, tous les groupes politiques ont exprimé le vœu qu'une réglementation soit adoptée pour la kinésithérapie. C'est ainsi que la commission est saisie aujourd'hui de quatre propositions de loi.

L'auteur suggère de prendre sa proposition, qu'il a déposée avec un collègue d'un autre groupe politique, comme base de la discussion.

L'auteur ajoute qu'il existe une offre excédentaire de kinésithérapeutes et plusieurs types de formation. Il convient par conséquent d'élaborer un statut.

Compte tenu, notamment, de l'impératif de santé publique, il y a lieu de se demander quelle doit être la durée des études pour que la profession soit exercée comme il convient dans l'intérêt de la santé publique.

La définition de la kinésithérapie et de son contenu est pratiquement identique dans toutes les propositions. Après des années de concertation avec cette catégorie professionnelle, une unanimité s'est dégagée à ce sujet. Il y a également unanimité sur la manière dont la kinésithérapie s'exerce. Comme on constate que la kinésithérapie s'exerce sur envoi et non plus tellement sur prescription, on se retrouve automatiquement dans l'exercice de l'art médical.

La proposition envisage une formation de quatre années. L'Association des kinésithérapeutes de Belgique (A.K.B.) écrit dans une publication récente qu'il est primordial que la kinésithérapie soit rattachée à la médecine. C'est du reste la raison pour laquelle il faut légiférer. S'il s'agit de réglementer la kinésithérapie comme profession paramédicale, cela peut se faire par arrêté d'exécution de l'arrêté royal n° 78.

L'A.K.B., tout comme d'ailleurs la N.F.D.L.K. (*Nationale Federatie van de Doctors en Licentiaten in de kinesitherapie*) souhaitent que la formation dure au moins quatre ans et se situe au niveau universitaire ou à un niveau assimilé. L'A.K.B. suit en cela la recommandation adoptée à l'unanimité par la Confédération mondiale de la physiothérapie.

En Belgique, tout le monde ne partage pas ces points de vue. Le débat sur la question de savoir si la kinésithérapie est une profession médicale ou paramédicale n'est pas clos. 80 p.c. du corps médical se rallient au texte de la proposition; les 20 p.c. restants demandent que l'on puisse continuer à pratiquer la kinésithérapie dans un contexte paramédical.

voor Geneeskunde, de universitaire faculteiten voor geneeskunde en het Verbond der Belgische beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten.

Het verslag van beide hoorzittingen is als bijlage bij dit stuk gevoegd.

II. TOELICHTING VAN DE INDIENER VAN HET WETSVOORSTEL NR. 944-1

De indiener merkt op dat het beroep van kinesitherapeut tot nu toe niet wettelijk is geregeld; er is alleen een regeling binnen de sociale zekerheid. Reeds tijdens de voorgaande legislatuur hebben alle fracties de wens geuit om voor de kinesitherapie tot een regeling te komen. Vandaar dat de commissie nu geconfronteerd wordt met vier wetsvoorstellen.

De indiener stelt voor dat zijn wetsvoorstel dat hij samen met een collega van een andere fractie heeft ingediend, als discussiebasis zou dienen.

De indiener wijst er voorts op dat er een overaanbod aan kinesitherapeuten is en dat er een verscheidenheid is in de vorming. Het is derhalve aangewezen dat er een statuut wordt uitgewerkt.

Mede omdat de volksgezondheid voor ogen moet worden gehouden, rijst de vraag wat de studieduur moet zijn om tot een beroepsuitoefening te komen zoals die in de volksgezondheid wordt gewenst.

De bepaling van wat kinesitherapie is en inhoudt, is in alle voorstellen nagenoeg identiek. Na jaren overleg met de beroepsgroep is hierover een unanimité gegroeid. Die unanimité is er ook over de manier waarop kinesitherapie wordt uitgeoefend. Aangezien men vaststelt dat kinesitherapie op verwijzing wordt uitgeoefend en niet meer zozeer op voorschrift, komt men automatisch terecht in de uitoefening van de geneeskunst.

In het wetsvoorstel wordt een opleidingsduur van 4 jaar voorgesteld. De Algemene Kinesitherapeutenvereniging (A.K.B.) schrijft in een recente publikatie dat het primordiaal is dat de kinesitherapie opgenomen wordt bij de geneeskunde. Dat is overigens de reden waarom er gelegifereerd moet worden. Kinesitherapie als paramedisch beroep regelen kan bij uitvoeringsbesluit op het koninklijk besluit nr. 78.

De A.K.B., zoals uiteraard de N.F.D.L.K. (*Nationale Federatie van de Doctors en Licentiaten in de kinesitherapie*) wensen dat de opleiding ten minste 4 jaar zou duren op een universitair of gelijkgesteld niveau. A.K.B. volgde hierin de aanbeveling die unaniem door de Wereldconfederatie voor fysiotherapie werd aangenomen.

In België is niet iedereen het over deze standpunten eens. Het debat over de vraag of kinesitherapie een medisch dan wel een paramedisch beroep is, is niet beëindigd. Binnen het medisch korps gaat 80 pct. akkoord met de tekst van het voorstel, de overige 20 pct. vraagt dat ook in paramedisch verband aan kinesitherapie zou kunnen worden gedaan.

Le statut médical n'a pas que des avantages. Il présente aussi des inconvénients: le kinésithérapeute devra également respecter les obligations médicales, à savoir la présence permanente, la déontologie, le transfert des dossiers et l'interdiction d'exercer des activités commerciales. D'autre part, il y aura assimilation pour tous ceux qui exercent actuellement la profession sur la base des règles d'agrément de la sécurité sociale. La qualification la plus élevée serait donc reconnue à tous.

L'auteur donne encore les précisions suivantes au sujet de la proposition:

- la formation dure au minimum quatre ans, mais les communautés en définissent les modalités;
- la kinésithérapie est clairement définie;
- la kinésithérapie s'exerce toujours sur envoi par le médecin; le kinésithérapeute est censé effectuer un examen supplémentaire et, éventuellement, donner un avis au médecin concernant le diagnostic à poser par ce dernier;
- il est créé un conseil national de la kinésithérapie, dans lequel siègent des médecins; les décisions du conseil ne peuvent être prises sans les médecins.

L'auteur ajoute que la formation doit se faire sur la base de références internationales, mais que la concrétisation appartient aux communautés. La loi définit le cadre de l'exercice de la profession en se basant sur la situation existante. La gestion de la profession est analogue à ce qui a été prévu pour d'autres professions. A cet égard, les propositions sont parallèles.

La différence fondamentale qui sépare les propositions concerne la durée de la formation. Sur ce dernier point, un consensus doit être dégagé au sein de la commission.

III. POINT DE VUE DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

En février 1990, il y a donc un peu plus de 4 ans, la veille de l'installation du Conseil national des professions paramédicales par M. Busquin, alors ministre de tutelle, les deux principales associations de kinésithérapeutes — l'A.K.B. (Association des kinésithérapeutes belges) et la F.N.D.L.K. (Fédération nationale des docteurs et licenciés en kinésithérapie) — déclaraient, par voie de presse, qu'elles ne viendraient pas siéger dans cette instance et que leurs délégués, désignés par arrêté royal, ne participeraient pas aux travaux.

En effet, dans l'arrêté royal de désignation, parmi les 13 professions implicitement considérées comme paramédicales et invitées à définir leur statut, nous trouvons la kinésithérapie.

Het medisch statuut heeft niet alleen voordelen maar ook nadelen: de kinesitherapeut dient ook de medische verplichtingen na te leven, namelijk permanente aanwezigheid, deontologie, overdracht van dossiers en het verbod om commerciële activiteiten uit te oefenen. Het is zo dat er voor allen die nu het beroep uitoefenen op basis van de erkenningsregels van de sociale zekerheid, een gelijkschakeling komt. De hogere kwalificatie wordt dus aan een ieder toegerekend.

De indiener verstrekt nog de volgende preciseringen bij het wetsvoorstel:

- de opleiding beslaat minimum 4 jaar, maar de gemeenschappen bepalen op welke wijze;
- de kinesithérapie wordt duidelijk omschreven;
- de kinesithérapie wordt steeds na verwijzing door de arts uitgeoefend; de kinesithérapeut wordt geacht een bijkomend onderzoek te verrichten en eventueel advies te geven aan de arts in verband met de diagnose door deze laatste te stellen;
- er wordt een nationale raad voor de kinesithérapie opgericht, waarin artsen zitting hebben; beslissingen van de raad kunnen niet zonder de artsen tot stand komen.

De indiener merkt nog op dat de opleiding, op basis van internationale referenties, maar in te vullen door de gemeenschappen, dient plaats te vinden. De uitoefening van het beroep wordt ingekaderd in de wet, daarbij uitgaande van de feitelijke situatie. Het beheer van het beroep is analoog met wat voor andere beroepen werd ingevoerd. Op deze punten zijn de wetsvoorstellen gelijklopend.

Het fundamentele verschil tussen de voorstellen heeft betrekking op de duur van de opleiding. Wat dit laatste punt betreft, dient in de commissie een consensus te worden bereikt.

III. STANDPUNT VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID

In februari 1990, iets meer dan 4 jaar geleden dus, daags voor de installatie van de Nationale Raad van de Paramedische Beroepen door de heer Busquin, toenmalig toezichthoudend minister, gaven de A.K.B. (Algemene Kinesithérapeutenvereniging van België) en de N.F.D.L.K. (Nationale Federatie van de Doctors en Licentiaten in de Kinesithérapie) via de pers te kennen dat zij geen zitting zouden nemen in deze instelling en dat hun afgevaardigden, aangewezen bij koninklijk besluit, niet aan de werkzaamheden zouden deelnemen.

In het aanwijzings-koninklijk besluit, was een van de 13 beroepen die impliciet werden beschouwd als paramedische beroepen en werden uitgenodigd om hun statuut te definiëren, ook de kinesithérapie.

Malgré le souci des kinésithérapeutes de matérialiser un statut, et de combler un vide juridique préjudiciable notamment en perspective de la libre circulation, ils ne souhaitaient pas qu'il se situe dans la catégorie des auxiliaires, des paramédicaux, estimant que leur pratique quotidienne, leurs responsabilités dépassaient ce cadre.

Ils ne le souhaitaient pas et ne le souhaitent toujours pas.

En effet, 4 ans plus tard, alors que les technologues de laboratoire bénéficient, depuis la parution de l'arrêté royal du 2 juin 1993, du statut qu'ils attendaient, et que quatre autres professions (à savoir l'ergothérapie, la logopédie, l'imagerie médicale et les prothèse-bandage-orthèse) attendent l'entérinement en séance plénière de leurs travaux, les kinésithérapeutes n'ont toujours pas organisé leur groupe de travail.

Il est vrai que la définition donnée par l'arrêté royal n° 78 relatif à l'art de guérir, du personnel paramédical date des années 60, avec une vision des choses de l'époque qui ne correspond plus ni à la réalité, ni à l'exercice quotidien, ni aux attentes.

Sans vouloir personnaliser outre mesure, il faut bien reconnaître que, dans de nombreuses situations, ce personnel a cessé d'être le simple auxiliaire, l'exécutant, les soins s'envisageant davantage qu'auparavant dans un contexte d'équipe, en collaboration.

Cette réflexion s'applique particulièrement à la kinésithérapie et aux kinésithérapeutes, qui se sentent probablement à l'étroit dans une telle définition, qui reste dans sa formulation restrictive, ne permettant pas la prise en considération des réalités de la pratique journalière.

De plus, avec ses 25 000 prestataires agréés par les services de l'I.N.A.M.I. et les différentes facettes développées ces dernières années par la profession, il est à mon sens logique et légitime d'envisager un Conseil national spécifique pour cette seule discipline à l'instar de ce qui a été organisé en son temps pour les infirmières.

Bien qu'il appartienne, dans cette perspective, à mes services de prendre en charge et d'assumer cette nouvelle instance supplémentaire, je ne peux que me rallier à l'opportunité que cette idée présente dans l'ensemble des propositions de loi qui sont soumises à vos débats.

Néanmoins, la composition et l'organisation de ce conseil ne doivent pas nécessairement se calquer sur celles retenues à l'époque dans un but précis et en

Ondanks het streven van de kinesitherapeuten om hun statuut uit te dokteren en een juridische lacune aan te vullen die vooral uit een oogpunt van vrij verkeer nadelig was, wensten zij geen statuut in de categorie van het medische hulppersoneel, van de paramedische beroepen, aangezien zij van oordeel waren dat hun dagelijkse praktijk en verantwoordelijkheden dat kader overstijgen.

Zij wilden dat toen niet en nu nog steeds niet.

Vier jaar later, terwijl de laboratoriumtechnologen sedert het verschijnen van het koninklijk besluit van 2 juni 1993 het statuut hebben waar zij op wachtten en de 4 andere beroepen (namelijk ergotherapie, logopedie, medische beeldvorming en prothese-bandentherapie) wachten op de bekrachtiging in openbare vergadering van hun werkzaamheden, hebben de kinesitherapeuten nog steeds hun werkgroep niet gevormd.

Het is juist dat de definitie gegeven in koninklijk besluit nr. 78 betreffende de geneeskunst voor het paramedisch personeel dateert van de jaren 60, met een visie uit die tijd die niet meer aangepast is aan de werkelijkheid, de dagelijkse praktijk en de verwachtingen.

Zonder de zaken te persoonlijk te maken, moet worden erkend dat in tal van situaties, dit personeel niet meer louter hulppersoneel of uitvoerend personeel is, en dat de zorgverlening meer dan vroeger in groepsverband en in samenwerking met anderen geschiedt.

Deze bedenking is vooral van toepassing op de kinesithérapie en de kinesitherapeuten, die dergelijke definitie, die beperkend is geformuleerd en het niet mogelijk maakt rekening te houden met de werkelijkheid van de dagelijkse praktijk, als te knellend ervaren.

Met meer dan 25 000 zorgverleners erkend door de diensten van het R.I.Z.I.V. en gelet op de ontwikkelingen in het beroep de jongste jaren, is het volgens mij logisch en legitiem dat een specifieke Nationale Raad wordt ingesteld voor die discipline alleen, naar het voorbeeld van hetgeen destijds voor de verpleegsters werd gedaan.

Hoewel het vanuit dat oogpunt de taak van mijn diensten zou zijn om te zorgen voor die nieuwe bijkomende instelling en ze te beheren, kan ik mij alleen maar aansluiten bij het idee dat is neergelegd in alle wetsvoorstellen die ter bespreking zijn voorgelegd.

De samenstelling en de organisatie van deze raad moeten niet noodzakelijk een weerspiegeling zijn van die welke destijds — in die specifieke en welbepaalde

particulier pour le Conseil national de l'art infirmier, les spécificités et les enjeux actuels devant nécessairement être pris en compte.

En ce qui concerne la formation, il serait hasardeux, en tant que ministre fédéral, de m'exprimer, cette compétence relevant, comme vous le savez, des communautés.

Cependant, l'établissement des critères minimaux de qualification — permettant, seuls, l'accès à l'exercice d'une profession de la santé — dépend de mon département et, de ce fait, qu'on le veuille ou non, ce sont des paramètres étroitement liés.

Pour les raisons que vous imaginez, ces critères doivent régulièrement être adaptés à l'évolution de la technique et des besoins, sous peine de ne plus pouvoir continuer de garantir aux patients les prestations et les soins de qualité qu'ils sont en droit d'attendre.

A cet égard, comme ministre de tutelle, je dois avouer avoir été intéressé par la dernière proposition en date, déposée en décembre dernier par MM. les sénateurs Diegenant et Mahoux, portant le numéro 944.

En effet, elle tend à apporter certaines réponses à mon souci de meilleure garantie de la qualité des soins, et ce à plusieurs égards:

— Au niveau de la formation:

En permettant de renforcer les critères d'accès à la profession, tout en laissant bien sûr le soin aux communautés compétentes d'organiser l'enseignement de la kinésithérapie comme elles l'entendent, avec ou sans l'université.

A cet égard, je me permettrai de suggérer de laisser au Roi le soin de fixer la durée des études, voire celle des possibles spécialisations, dont on ne parle jamais, mais qui sont inscrites depuis décembre 1990 dans l'arrêté royal n° 78.

— Au niveau de l'exercice professionnel:

En intégrant le kinésithérapeute dans l'article 2 de l'arrêté royal n° 78. Elle le situe de manière réaliste au niveau qui est actuellement le sien, avec les devoirs et obligations inhérents à un tel statut.

— Au niveau de l'agrément:

En permettant au Roi de fixer les conditions et les règles pour l'obtention, mais également pour le maintien et le retrait de l'agrément.

context — werden uitgekozen voor de Nationale Raad voor de Verpleegkunde, aangezien acht moet worden geslagen op specifieke eigenschappen en streefdoelen van nu.

Wat de opleiding betreft is het voor mij, als federaal minister, een delicate zaak om daarover uitspraken te doen, aangezien dit een gemeenschapsbevoegdheid is.

Het vaststellen van minimumkwalificatiecriteria echter, die de enige criteria zijn voor de toegang tot het uitoefenen van een medisch beroep, is een bevoegdheid van mijn departement en daardoor zijn dit, of men het wil of niet, nauw met elkaar verbonden parameters.

Om redenen die u zich wel kunt indenken, moeten deze criteria telkens weer worden aangepast aan de evolutie van de techniek en van de behoeften, anders kan men de patiënten geen waarborgen meer bieden inzake de kwaliteit van de zorgverleners en van de zorg die zij redelijkerwijze mogen verwachten.

In dat verband moet ik als toezichthoudend minister toegeven dat het recentste voorstel, in december jongstleden door de heren senatoren Diegenant en Mahoux gezamenlijk ingediend met nummer 944, op mijn belangstelling kan rekenen.

Zij pogen een aantal antwoorden te geven op mijn streven naar een betere kwaliteitswaarborg voor de zorgverlening en dit in verscheidene opzichten:

— Op het gebied van de opleiding:

Door het mogelijk te maken de toegangscriteria tot het beroep aan te scherpen en tegelijkertijd de bevoegde gemeenschappen de zorg op te dragen het onderwijs in de kinesithérapie zo in te richten als hun goeddunkt, met of zonder de universiteit.

In dat verband zou ik willen voorstellen om de Koning de zorg op te dragen de duur van de studie vast te stellen, respectievelijk de mogelijke specialisaties, waarvan nooit wordt gesproken, maar die sedert december 1990 opgenomen zijn in het koninklijk besluit nr. 78.

— Wat betreft de beroepspraktijk:

Door de kinesithérapeut op te nemen in artikel 2 van het koninklijk besluit nr. 78. Dit plaatst de kinesithérapeut op het niveau dat hem toekomt, met de rechten en verplichtingen die inherent zijn aan een dergelijk statuut.

— Wat de erkenning betreft:

Door de Koning in staat te stellen de voorwaarden en de regels vast te leggen voor het verkrijgen, maar eveneens voor het handhaven en intrekken van de erkenning.

Tout ceci est conforme à mon souci de garantir la meilleure qualité des soins qui seront dispensés dans le futur tout en garantissant aux prestataires actuels le respect des droits mais également de l'expérience et du savoir-faire acquis.

Aussi, sans vouloir préjuger du résultat du débat, je me réjouis de sa tenue tout en sachant que, pour des raisons tout aussi diverses que respectables, l'ensemble des membres ne partageront sans doute pas mon point de vue.

Je formule cependant le vœu que l'ensemble des discussions pourra déboucher le plus rapidement possible sur la définition d'un statut réaliste pour nos kinésithérapeutes et que le texte final pourra non seulement satisfaire l'ensemble des parties concernées, mais également garantir aux patients des soins adaptés, de qualité.

IV. DISCUSSION GENERALE

Dans les développements de la proposition de loi n° 944-1, on peut lire que la pratique actuelle montre en effet que le kinésithérapeute a cessé d'être l'auxiliaire technique du praticien de l'art de guérir.

De manière quasi systématique, le kinésithérapeute permet, par sa contribution, son évaluation, son bilan de la motricité, au médecin d'affiner son diagnostic.

Sur cette base et après que le médecin lui a envoyé le patient, il établira régulièrement son programme thérapeutique.

L'objet de la proposition de loi est d'inscrire dans la législation le processus qui s'est spontanément organisé et que personne ne songe à remettre en question.

Au départ, notamment, de ces considérations, cet article intègre la kinésithérapie dans le premier chapitre de l'arrêté royal n° 78, et plus particulièrement dans son article 2, consacré à l'art médical, art que les kinésithérapeutes exercent partiellement, au même titre que les accoucheuses.

La discussion en commission a porté principalement sur les conséquences de cette disposition pour le kinésithérapeute et le médecin et pour leurs relations réciproques.

La commission s'est également penchée sur l'incidence de la même disposition sur la formation des kinésithérapeutes.

1. La kinésithérapie après envoi ou sur prescription du médecin

Un commissaire souhaite que le statut des kinésithérapeutes soit discuté d'une façon approfondie, vu l'importance des enjeux. Il souligne aussi que le

Dit spoort met mijn streven de beste waarborg te bieden voor de zorg die in de toekomst zal worden verleend en tegelijkertijd de huidige zorgverleners de zekerheid te geven dat hun rechten worden gerespecteerd maar ook dat de opgedane ervaring en know how wordt behouden.

Zonder te willen vooruitlopen op de resultaten van dit debat, verheug ik mij over het feit dat het wordt gehouden, al geef ik mij er rekenschap van dat, om uiteenlopende maar achtenswaardige redenen, ongetwijfeld niet alle leden mijn standpunt delen.

Ik spreek echter de wens uit dat de besprekingen in hun geheel zo snel mogelijk zouden leiden tot het definiëren van een realistisch statuut voor onze kinesitherapeuten en dat de slottekst niet alleen alle betrokken partijen zal bevredigen, maar eveneens de patiënten aangepaste kwaliteitszorg zal waarborgen.

IV. ALGEMENE BESPREKING

In de toelichting bij het wetsvoorstel 944-1 staat te lezen dat de huidige praktijk steeds meer aantoonde dat de kinesitherapeut niet langer de technische hulpverlener van de beoefenaar van de geneeskunde is.

Op een quasi systematische manier, stelt de kinesitherapeut door zijn onderzoek, zijn evaluatie, zijn bilan van de motoriek, de arts in staat zijn diagnose te verfijnen.

Op deze basis en na verwijzing van de patiënt door dezelfde arts zal hij regelmatig zijn therapeutisch programma opmaken.

Het doel van het voorstel berust erin het proces dat zich spontaan ontwikkelde en dat niemand in vraag wenst te stellen, in de wetgeving te vertalen.

Uitgaande van onder meer deze overwegingen wordt de kinesitherapie geplaatst onder het eerste hoofdstuk van het koninklijk besluit nr. 78, inzonderheid in het artikel 2, gewijd aan de geneeskunde, een kunde die de kinesitherapeuten gedeeltelijk uitoefenen, op dezelfde wijze als de vroedvrouwen.

De discussie in de commissie heeft hoofdzakelijk betrekking gehad op de gevolgen die deze bepaling heeft voor de kinesitherapeut en de arts en voor de relatie tussen beide.

Ook op de consequenties van dezelfde bepaling voor de opleiding van de kinesitherapeuten werd door de commissie nader ingegaan.

1. Kinesitherapie na verwijzing of op voorschrift van de arts

Een commissielid wenst dat het statuut van de kinesitherapeuten grondig wordt besproken, gelet op wat er op het spel staat. Hij onderstreept eveneens dat het

problème des dépenses mérite une attention particulière: à partir du moment où les kinésithérapeutes — qui sont en surnombre en Belgique — auraient la liberté de prescription, on peut craindre une flambée des dépenses dans le secteur.

Le même commissaire trouve qu'il ne faut pas trop se fixer sur ce qu'on fait à l'étranger; les politiques sont très divergentes et il est très difficile de dire quelle est la meilleure.

Il y a des différences relativement considérables entre les formations médicale et paramédicale; il y a surtout une différence d'ordre de gravité entre ce que traite un kinésiste et ce que traite un chirurgien ou un gynécologue. Pour ce qui est des techniques, l'écart est encore plus important. Les conséquences d'une erreur en kinésithérapie ne sont pas très graves; la moindre erreur dans une intervention chirurgicale peut être catastrophique.

Le volume des savoirs et le poids des responsabilités sont différents aussi.

Il faut admettre aussi que le médecin-généraliste n'est pas capable de prescrire un traitement adéquat de kinésithérapie.

Faut-il résoudre ce problème en donnant plus de liberté au kinésithérapeute ou en améliorant la formation du généraliste?

Pour ce qui est de la situation globale de la kinésithérapie, le commissaire fait remarquer que les praticiens sont beaucoup trop nombreux. La Belgique est le pays du monde où il y a le plus de kinésistes. Ils sont par conséquent incités à pratiquer d'autres formes de traitement.

La proposition de loi contient des risques assez importants: les kinésithérapeutes pourraient avoir la possibilité de s'adjoindre des connaissances complémentaires. Or, certaines de ces connaissances, comme l'acupuncture, relèvent de la pratique médicale.

Les kinésithérapeutes veulent donc pouvoir faire plus, augmenter leurs compétences, ce qui est compréhensible et acceptable. Mais qu'en est-il du consommateur? Tous les consommateurs potentiels que nous sommes sont mal défendus.

En plus, la proposition donne ouverture aux associations professionnelles de kinésithérapeutes en matière d'orientation de santé publique. Où sont les spécialistes de santé publique dans les commissions concernées? Laisser aux groupes professionnels le soin de définir la politique de santé publique est inacceptable.

Le commissaire dit enfin que les kinésistes ont une aura extraordinaire. Cette aura s'explique par le fait

problème van de uitgaven aandachtig moet worden onderzocht: zodra de kinesitherapeuten — die in België veel te talrijk zijn — vrij mogen voorschrijven, valt te vrezen voor een plotselinge stijging van de uitgaven in de sector.

Hetzelfde commissielid is van mening dat men zich niet al te veel moet vastpinnen op wat er in het buitenland gebeurt. Het beleid in het buitenland is telkens weer anders en het is moeilijk te zeggen wat het beste beleid is.

Er zijn vrij aanzienlijke verschillen tussen de medische opleiding en de paramedische opleiding. Een chirurg of een gynaecoloog behandelt gewoonlijk ernstigere gevallen dan een kinesitherapeut. In de gebruikte technieken zijn de verschillen nog groter. De gevolgen van een vergissing in de kinesithérapie zijn niet zeer ernstig; de minste vergissing bij een chirurgische ingreep kan rampzalig zijn.

De omvang van de kennis en het gewicht van de verantwoordelijkheid zijn ook anders.

Er moet ook erkend worden dat de huisarts niet in staat is een adequate kinesitherapeutische behandeling voor te schrijven.

Moet dit probleem worden opgelost door meer vrijheid te geven aan de kinesitherapeut of door de opleiding van de huisarts te verbeteren?

In verband met de algemene situatie waarin de kinesithérapie verkeert, merkt het commissielid op dat er veel te veel kinesitherapeuten zijn. België is in de hele wereld het land dat de meeste kinesitherapeuten telt. Bijgevolg worden zij ertoe aangezet andere behandelingsvormen toe te passen.

Het wetsvoorstel houdt vrij belangrijke risico's in: de kinesitherapeuten zouden aanvullende disciplines kunnen beoefenen. Doch sommige van die disciplines, zoals de acupunctuur, behoren tot de medische praktijk.

De kinesitherapeuten willen dus meer kunnen doen, ze willen hun bevoegdheden uitbreiden, wat begrijpelijk en aanvaardbaar is. Maar hoe staat het met de consument? Als potentiële consumenten worden wij slecht verdedigd.

Het voorstel houdt voor de beroepsverenigingen van kinesitherapeuten de mogelijkheid in betrokken te worden bij de bepaling van het gezondheidsbeleid. Waar zijn in de betrokken commissies de deskundigen inzake volksgezondheid? Het is onaanvaardbaar dat de bepaling van het beleid inzake volksgezondheid wordt overgelaten aan beroepsverenigingen.

Het commissielid verklaart ten slotte dat de kinesitherapeuten een buitengewone aura hebben, die

que les kinésistes, lors du traitement, « parlent » avec leurs patients, ils écoutent activement, ce que les médecins, en général, ne font pas.

L'auteur fait observer qu'il faut faire la clarté sur l'exercice de la kinésithérapie; c'est pourquoi il est proposé d'élaborer un statut légal.

Cette clarté servira également la cause de la santé du consommateur.

Il est exact qu'une certaine « aura » est liée à la profession; cela provient notamment du fait que, dans notre pays, la kinésithérapie se base sur une formation scientifique et une recherche scientifique dans le domaine de la rééducation fonctionnelle.

L'auteur estime qu'il faut d'abord procéder à une définition des tâches du kinésithérapeute; tant que cela n'aura pas été fait, tout débat restera stérile.

Un autre commissaire, qui a l'impression que le ministre a déjà choisi la formule qu'il défendra, trouve que la question principale est de savoir si le malade y trouvera son compte.

L'intervenant pense que tel ne sera pas le cas, étant donné que l'on fera de tous les kinésistes des pseudo-médecins, mais sans aucune obligation de formation complémentaire. Ils feront ce qu'ils font maintenant avec un statut amélioré. Il y aura une surprescription considérable d'actes techniques sauf si on établit un forfait par consultation qui est le même quel que soit le type de traitement.

Le même commissaire se dit inquiet de la promotion du kinésithérapeute dans le domaine médical. Peut-on certifier que si l'on accorde l'autoprescription aux kinésithérapeutes, les coûts diminueront ou, du moins, n'augmenteront pas?

Selon ce commissaire, il n'est pas clair non plus comment les kinésithérapeutes, passant au statut supérieur, seront mieux à même de poser des diagnostics et, le cas échéant, de faire savoir aux médecins qu'ils ne sont pas sur la bonne voie.

Le commissaire souhaite une solution plus réaliste que celle de la proposition de loi et propose une formule intermédiaire entre celle des paramédicaux et celle des médecins.

Il s'oppose à l'autorisation de prescription.

Il peut marquer son accord sur l'assimilation des kinésithérapeutes à condition qu'une décision soit prise quant à la qualification demandée à ceux qui veulent obtenir un statut supérieur.

L'intervenant suivant croit pouvoir déduire de la position du ministre qu'il souhaite introduire des

verklard wordt door het feit dat de kinesitherapeuten bij de behandeling met hun patiënten praten. Zij luisteren actief, wat de geneesheren over het algemeen niet doen.

De indiener merkt op dat er duidelijkheid moet worden geschapen inzake de uitoefening van de kinesithérapie, vandaar het voorstel om een wettelijk statuut uit te werken.

Die duidelijkheid is meteen in het belang van de gezondheid van de consument.

Het is juist dat er een zekere « aura » aan het beroep verbonden is; dat komt mede doordat de kinesithérapie in ons land gebaseerd is op een wetenschappelijke vorming en op wetenschappelijk onderzoek in het domein van de revalidatie.

De indiener meent dat er eerst een taakomschrijving van de kinesitherapeut moet komen; zolang dat niet is gebeurd, blijft elk debat zonder resultaat.

Een ander commissielid, dat de indruk heeft dat de minister reeds weet welke formule hij zal verdedigen, is van mening dat de hamvraag is of de zieke daarbij gebaat zal zijn.

Spreker is van oordeel dat dat niet het geval zal zijn daar men van alle kinesitherapeuten pseudo-geneesheren zal maken zonder dat betrokkenen verplicht zullen zijn zich bij te scholen. Zij zullen doen wat zij nu al doen doch met een verbeterd statuut. Er zullen veel te veel technische behandelingen worden voorgeschreven, behalve wanneer men een forfait per raadpleging invoert dat hetzelfde is voor elke soort behandeling.

Hetzelfde commissielid zegt verontrust te zijn over de bevordering van de kinesitherapeut tot pseudo-geneesheer. Kan men de verzekering krijgen dat wanneer men de kinesitherapeuten vrij behandelingen laat voorschrijven, de kosten zullen dalen of minstens op hetzelfde peil zullen blijven?

Volgens dit commissielid is het ook niet duidelijk hoe de kinesitherapeuten met een beter statuut, beter in staat zullen zijn diagnoses te stellen en in voorkomend geval, de geneesheren zullen kunnen laten weten dat zij het verkeerd voor hebben.

Het commissielid wenst een oplossing die van meer realisme getuigt dan de oplossing waarin het wetsvoorstel voorziet. Hij stelt een tussenoplossing voor tussen artsen en paramedische beroepen.

Hij kant zich tegen de voorschrijfbevoegdheid van de kinesitherapeuten.

Hij kan akkoord gaan met de gelijkstelling van de kinesitherapeuten op voorwaarde dat een beslissing wordt genomen in verband met de vereiste kwalificatie van degenen die een hoger statuut willen.

Een volgende spreker meent uit het standpunt van de minister te mogen afleiden dat hij minimum kwali-

conditions de qualité minimales. Or, la proposition instaure des conditions de qualité maximales. Pourquoi une catégorie de kinésithérapeutes, lesquels constituent d'ailleurs la majorité, doit-elle faire place à une autre catégorie ?

L'auteur fait observer qu'il est nécessaire, pour la clarté du débat, de faire une distinction entre l'aspect « santé publique » et l'aspect « sécurité sociale ». La proposition en discussion traite des conditions d'accès à la profession; l'accès du malade aux dispensateurs de soins est une question de sécurité sociale.

En ce qui concerne la liberté de prescription, l'auteur souligne que le traitement du kinésithérapeute fait suite à un envoi du médecin. Cet envoi comporte les indications de ce dernier. Le kinésithérapeute procède à un examen complémentaire et prend ses responsabilités dans son domaine. Un échange de vues devra avoir lieu entre le médecin et le kinésithérapeute, étant donné qu'aux termes de la proposition de loi, ce dernier devient actif sur le plan médical. Il faudra donc procéder à une répartition des tâches, notamment parce que les médecins considèrent la rééducation motrice et la kinésithérapie clinique comme des domaines de la médecine.

Pas plus que les pharmaciens ou les dentistes, les kinésithérapeutes ne deviennent des pseudo-médecins.

A propos de la demande d'instauration d'un « statut intermédiaire », l'auteur répond qu'en vertu de la législation existante, tout est considéré comme relevant de l'art de guérir et que l'auxiliaire paramédical est celui qui peut accomplir des actes techniques ou médicaux qui lui ont été confiés par le médecin et qu'il exécute sous le contrôle de ce dernier.

En ce qui concerne les praticiens de l'art infirmier, la législation qui a vu le jour n'est pas intermédiaire; ils ont un statut qui les place parmi les auxiliaires paramédicaux au sein des organes de concertation avec les médecins. La proposition de loi en discussion touche à un territoire commun revendiqué par les médecins et les kinésithérapeutes. Compte tenu de la structure de la législation, un statut intermédiaire ne va pas de soi.

Le grand problème à l'égard du médecin est que le kinésithérapeute opère également sur le terrain du médecin. Il n'en reste pas moins que le domaine de la kinésithérapie comporte l'exercice d'une profession médicale pour lequel le kinésithérapeute assume, après avoir consulté le médecin, ses propres responsabilités dans le cadre assigné par le médecin, mais qu'il existe parallèlement un exercice, par le kinésithérapeute, d'une profession paramédicale de technique professionnelle, sous la surveillance du médecin. L'évolution, tant nationale qu'internationale, va dans le sens de l'exercice d'une profession médicale.

teitseisen wenst in te voeren. Welnu, het voorstel stelt maximum kwaliteitseisen in. Waarom moet een categorie van kinesitherapeuten, die dan nog de meerderheid vormen, het veld ruimen voor een andere categorie ?

De indiener merkt op dat het noodzakelijk is, voor de duidelijkheid van het debat, een onderscheid te maken tussen het aspect volksgezondheid en het aspect sociale zekerheid. In dit voorstel gaat het om de voorwaarden voor de toegang tot het beroep; de toegang van de zieke tot de zorgverstrekker is een aangelegenheid van de sociale zekerheid.

Wat de vrijheid van voorschrijven betreft, wijst de auteur erop dat de kinesitherapeut behandelt na verwijzing door de arts. Die verwijzing houdt de indicaties in van de arts. De kinesist voert een bijkomend onderzoek uit en draagt verantwoordelijkheid op zijn domein. Tussen de arts en de kinesitherapeut zal een debat moeten worden gevoerd aangezien, luidens het wetsvoorstel, de laatstgenoemde actief wordt op het medische domein. Er moet dus een taakverdeling komen mede omdat ook de artsen de motorische revalidatie, de klinische kinantropologie als domeinen van de geneeskunde aanzien.

De kinesisten worden geen pseudo-geneesheren, net zo min als de apothekers of de tandartsen.

Op de vraag naar de instelling van een « tussenstatuut » antwoordt de auteur dat volgens de bestaande wetgeving alles beschouwd wordt als geneeskunst en de paramedicus is degene die beroeps-technische of medische handelingen mag stellen die hem zijn toevertrouwd door de arts en die hij onder diens controle stelt.

Wat de verpleegkundigen betreft, is er wetgeving tot stand gekomen die niet intermediair is; zij hebben een statuut dat hen in de overlegorganen met de artsen bij de paramedici onderbrengt. In het voorliggende wetsvoorstel gaat het om een gemeenschappelijk territorium door artsen en kinesitherapeuten geclaimd. Gelet op de structuur van de wetgeving, is een tussenstatuut niet vanzelfsprekend.

Het grote probleem ten aanzien van de arts is dat de kinesitherapeut eveneens op het terrein van de arts werkzaam is. Het is evenwel ook zo dat er in het domein van de kinesitherapie een medische beroepsuitoefening is, waar de kinesitherapeut, na overleg met de arts, eigen verantwoordelijkheid opneemt binnen het raam getekend door de arts, maar dat er daarnaast ook beroepstechnische paramedische beroepsuitoefening is door de kinesitherapeut onder het toezicht van de arts. De evolutie, zowel nationaal als internationaal, gaat in de richting van een medische beroepsuitoefening.

La question de savoir si l'on peut traiter sur un pied d'égalité tous les kinésithérapeutes et leur accorder l'accès à l'exercice de la profession médicale est pertinente. Il en est ainsi *de facto*, mais on ne peut nier que les médecins s'interrogent à ce sujet. Dans le passé, ceux qui avaient accès à l'exercice d'une profession n'en étaient pas exclus au moment où l'on introduisait une réglementation statutaire (*cf.* les dentistes).

L'intervenant suivant estime qu'il faut d'urgence trouver une solution au problème qui se pose. On demande un statut *sui generis* qui ne catalogue pas la kinésithérapie comme branche de l'art de guérir, mais qui ne l'assimile pas davantage à l'art infirmier. Certaines propositions de loi vont dans ce sens.

En ce qui concerne la capacité de prescrire soi-même des traitements, les kinésithérapeutes ne sont pas demandeurs. Ils demandent à travailler sur prescription et envoi du médecin. Quant au traitement proprement dit, ils souhaitent une concertation préalable avec le médecin.

Pour ce qui est de la durée des études, l'intervenant estime qu'il n'est pas possible d'assimiler la matière en trois ans; une période de quatre ans constitue une durée raisonnable.

S'agissant des organes de concertation, les kinésithérapeutes souhaitent la création d'un conseil de discipline.

Enfin, l'intervenant fait observer qu'il faut éviter l'apparition de deux sortes de kinésithérapeutes.

Un des préopinants ne peut marquer son accord sur ce qu'a dit l'auteur au sujet de la relation entre sa proposition de loi et la politique de santé. L'intervenant observe que le Conseil de la kinésithérapie, qui donnera avis en toute matière qui concerne son art, est pour le moins un interlocuteur privilégié, d'autant plus que la composition de ce conseil donne la majorité absolue aux kinésistes. Il y a donc manifestement une incidence sur la politique de santé.

Selon l'auteur de la proposition de loi, le kinésiste prend conseil auprès du médecin en vue du traitement; d'un autre côté, il dit que le kinésiste fait son propre examen. Cet examen est donc fait pour modifier le traitement ou apporter un complément.

L'intervenant estime que l'on n'aurait pas les problèmes que l'on connaît actuellement si les médecins-généralistes n'étaient pas autorisés à prescrire de la kinésithérapie.

L'intervenant s'insurge enfin contre l'urgence avec laquelle on veut régler ce dossier.

De vraag of men alle kinesitherapeuten kan gelijkshakelen en toegang verlenen tot de medische beroepsuitoefening, is pertinent. De facto is zulks het geval, maar er valt niet te ontkennen dat de medici hierover vragen hebben. In het verleden is het zo geweest dat zij die toegang hadden tot een beroepsuitoefening daarvan niet werden uitgesloten op het ogenblik dat een statutaire regeling werd ingevoerd (*cf.* de tandartsen).

Een volgende spreker vindt dat er dringend een oplossing moet komen voor het bestaande probleem. Er is vraag naar een statuut *sui generis* dat de kinesitherapie niet als geneeskunst catalogeert maar evenmin gelijkstelt met de verpleegkunde. Sommige wetsvoorstellen gaan die richting uit.

Wat betreft de bevoegdheid om zelf behandelingen voor te schrijven, is er geen vraag vanwege de kinesitherapeuten. Zij vragen te werken op voorschrift en na verwijzing van de arts. Wat de behandeling zelf betreft wensen zij een voorafgaand overleg met de arts.

Wat de studieduur betreft, meent spreker dat het niet mogelijk is de leerstof in 3 jaar te assimileren; 4 jaar is een redelijke termijn.

Met betrekking tot de overlegorganen, wensen de kinesisten dat een tuchtraad wordt opgericht.

Spreker merkt ten slotte op dat men moet vermijden dat er twee soorten van kinesisten zouden zijn.

Een van de vorige sprekers kan niet akkoord gaan met wat de indiener gezegd heeft over het verband tussen zijn voorstel van wet en het gezondheidsbeleid. Spreker meent dat de Natioanle Raad voor de Kinesitherapie, die advies zal verstrekken over alles wat verband houdt met zijn kunde, op zijn minst een bevoorrechte gesprekspartner is, te meer omdat de absolute meerderheid van deze raad uit kinesitherapeuten bestaat. Er is dus duidelijk een verband met het gezondheidsbeleid.

Volgens de indiener van het wetsvoorstel gaat de kinesitherapeut te rade bij de arts met het oog op de behandeling; anderzijds zegt hij dat de kinesitherapeut zijn eigen onderzoek doet. Hij verricht dit onderzoek dus om de behandeling te wijzigen of aan te vullen.

Spreker meent dat men de problemen die men thans kent, niet zou hebben indien de huisartsen niet gemachtigd waren om kinesitherapie voor te schrijven.

Spreker verzet zich ten slotte tegen de spoedbehandeling die aan dit dossier wordt gegeven.

Le ministre observe que, depuis longtemps, il est question du statut du kinésithérapeute. L'absence de statut propre à la kinésithérapie a créé des problèmes qui sont de plus en plus aigus.

Le ministre renvoie à la position qu'il a prise au sujet de la proposition de loi en mettant en évidence ses attentes en matière de santé publique. Ce qu'il a exprimé ne concerne que la santé publique.

Le ministre donne la préférence à la proposition n° 944-1. Cette proposition reflète l'expérience professionnelle des deux auteurs; elle donne une réponse à une série de questions posées antérieurement.

En ce qui concerne le problème de l'envoi, mis en évidence par plusieurs intervenants, le ministre remarque que celui-ci n'est pas à considérer comme la porte ouverte à l'autoprescription.

La proposition inscrit dans l'arrêté royal n° 78 relatif à l'art de guérir la possibilité d'un autre mode de communication entre médecin et kinésithérapeute que celui existant actuellement. On ne doit pas oublier non plus qu'au-delà de l'arrêté royal n° 78, il existe toute la législation propre à l'I.N.A.M.I., qui exige une prescription en bonne et due forme du médecin-prescripteur. Les risques de dérapage budgétaire sont donc extrêmement limités. Il n'est pas question de dépasser les objectifs budgétaires tels qu'ils ont été fixés; l'enveloppe budgétaire consacrée à la kinésithérapie est de 13 milliards de francs. L'expérience des dernières années a démontré que la corporation des kinésithérapeutes respectait, grâce aux mécanismes conventionnels, cet objectif budgétaire. La convention qui lie les kinésithérapeutes et les organismes assureurs prévoit, pour l'assuré ordinaire, 60 séances par an et par bénéficiaire. Ce cadenas permet de museler les dépenses.

2. Le problème de la formation

Un membre demande quel est le point de vue des ministres compétents en matière d'enseignement et des commissions concernées des conseils en ce qui concerne la formation des kinésithérapeutes.

L'intervenant se demande également quelles seront les répercussions financières de l'allongement de la formation, qui sera portée à 4 ans en ce qui concerne les budgets de l'Enseignement et le budget de la Prévoyance sociale.

Un autre membre souhaiterait que l'on fasse toute la clarté sur la formation. La durée de la formation est un élément important pour les communautés: une

De minister merkt op dat er sinds lange tijd gesproken wordt over het statuut van de kinesitherapeut. Het uitblijven van een statuut dat eigen is aan de kinesitherapie, heeft tot steeds scherper wordende problemen geleid.

De minister verwijst naar het standpunt dat hij ingenomen heeft in verband met het wetsvoorstel en waarin hij zijn verwachtingen inzake de volksgezondheid duidelijk maakt. Zijn uitspraken hebben alleen betrekking op de volksgezondheid.

De minister geeft de voorkeur aan voorstel nr. 944-1. Dit voorstel weerspiegelt de beroepservaring van de twee indieners en biedt een antwoord op een reeks vragen die vroeger gerezen zijn.

Met betrekking tot het probleem van de verwijzing, dat door verschillende sprekers werd aangehaald, merkt de minister op dat deze verwijzing niet moet beschouwd worden als een aanzet tot zelfvoorschrijven.

Het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de geneeskunst maakt aldus een andere wijze van communicatie mogelijk tussen de arts en de kinesitherapeut dan de thans bestaande. Men mag ook niet vergeten dat er naast het koninklijk besluit nr. 78 een hele wetgeving bestaat met betrekking tot het R.I.Z.I.V. waarin vanwege de voorschrijvende arts een behoorlijk voorschrift wordt gevraagd. Het gevaar voor ontsporing van de begroting is dus zeer beperkt. De vastgelegde begrotingsdoelstellingen zullen geenszins worden overschreden; het begrotingskrediet dat bestemd is voor de kinesitherapie, bedraagt 13 miljard frank. De ervaring van de jongste jaren heeft aangetoond dat de beroepscategorie van de kinesitherapeuten dank zij de mechanismen in de overeenkomsten deze begrotingsdoelstelling is nagekomen. De overeenkomst, die bindend is voor de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen, voorziet voor de gewone verzekerde in 60 sessies per jaar en per rechthebbende. Met deze grendel kan men de uitgaven in toom houden.

2. Het probleem van de opleiding

Een lid vraagt wat het standpunt is van de ministers bevoegd voor het onderwijs en van de betreffende commissies van de Raden inzake de opleiding van kinesitherapeuten.

Het lid vraagt zich ook af wat de financiële repercuïssies zullen zijn van de verlenging van de opleiding tot 4 jaar, zowel wat de begrotingen van onderwijs betreft, als wat de begroting van Sociale Voorzorg betreft.

Een ander lid wenst eveneens dat duidelijkheid wordt geschapen inzake de opleiding. De duur van die opleiding is belangrijk voor de gemeenschappen:

durée de 3 ans signifie un enseignement supérieur de type court, une durée de 4 ans signifie un enseignement supérieur de type long, ce qui a des implications budgétaires non négligeables. Les communautés doivent adopter un point de vue unanime en ce qui concerne cet aspect de la question.

Selon un troisième intervenant, les propositions doivent être considérées avant tout du point de vue de la santé publique. Il faut se demander si la durée et le contenu de la formation, que l'on veut renforcer à présent, répondent aux besoins en matière de santé publique. Il serait bon qu'on communique à la commission une note objectivant l'évolution de la profession.

Consacrer le débat relatif à l'enseignement à la seule question de savoir si la formation est ou non de niveau universitaire et si elle doit durer trois ou quatre ans, ne suffit pas. Il faut examiner également le problème du contenu de cette formation de quatre ans.

L'intervenant estime qu'il faut également prendre en compte la dimension européenne. La commission devrait avoir une idée de la durée et de la nature de la formation dans les autres pays européens.

L'intervenant remarque, enfin, que le groupe professionnel a besoin d'un statut. Suivant la proposition n° 944-1, la profession est classée sous les dispositions relatives à l'art de guérir. En conséquence, les intéressés ne pourraient plus exercer d'activités commerciales.

Le ministre précise que le Gouvernement a mené un dialogue informel avec les représentants des deux ministres de l'Enseignement.

Bien que la Communauté flamande vienne de voter un décret qui inscrit la formation des kinésithérapeutes dans les grades académiques, le représentant du ministre Van den Bossche estimait que ce type de formation devrait quitter l'université. Sur la durée des études, il trouvait qu'une durée de 4 ans ne poserait pas de problème si on pouvait en démontrer la nécessité.

Le représentant du ministre Lebrun a dit qu'il tenait à tout prix garder la possibilité d'organiser une formation en dehors de l'enseignement universitaire. Il était un peu plus ouvert que le représentant de la Communauté flamande sur la possibilité d'étendre la durée des études.

Le ministre souligne qu'il faut, à l'égard de ce problème, bien situer les compétences fédérales et les compétences fédérées. Les Communautés organisent l'enseignement. Sauf si le Gouvernement fédéral trouve que des impératifs de santé publique prescrivent que la formation soit nécessairement donnée dans un type d'enseignement plutôt que dans un autre, il doit s'abstenir d'intervenir dans le choix des

drie jaar betekent hoger onderwijs van het korte type, vier jaar betekent hoger onderwijs van het lange type met niet te verwaarlozen budgettaire implicaties. De gemeenschappen dienen wat dit aspect betreft, een eensluidend standpunt in te nemen.

Volgens een derde spreker moeten de voorstellen in de eerste plaats vanuit het oogpunt van de volksgezondheid worden bekeken. De vraag moet worden gesteld of de opleiding die nu wordt verstrekt, inzake duur en inhoud, beantwoordt aan de noden op het vlak van de volksgezondheid. Het zou goed zijn dat de commissie in het bezit wordt gesteld van een nota waarin de evolutie van het beroep wordt geobjectiverd.

Het debat in relatie tot onderwijs beperken tot de vraag of de opleiding al dan niet van universitair niveau is, drie of vier jaar moet duren, is niet voldoende. Er is ook een inhoudelijk probleem: hoe worden de vier jaren opgevuld?

Ook de Europese dimensie moet volgens de spreker in aanmerking worden genomen. De commissie zou inzicht moeten krijgen in de duur en de aard van de opleiding in de andere Europese landen.

De spreker merkt ten slotte op dat er nood is aan een statuut voor de beroepsgroep. Door het voorstel nr. 944-1 wordt het beroep ondergebracht onder de bepalingen die de geneeskunst betreffen. Dat heeft tot gevolg dat de betrokkenen geen commerciële activiteiten meer mogen hebben.

De minister verklaart dat de Regering een informele dialoog heeft gevoerd met de vertegenwoordigers van de twee ministers van Onderwijs.

Hoewel de Vlaamse Gemeenschap pas een decreet heeft aangenomen om de kinesitherapie te erkennen als een opleiding met een academische graad, was de vertegenwoordiger van minister Van den Bossche van mening dat dit soort opleiding niet meer aan de universiteit moest worden georganiseerd. Wat de studieduur betreft, vond hij dat vier jaar geen problemen zou doen rijzen indien men de noodzaak daarvan kon aantonen.

De vertegenwoordiger van minister Lebrun verklaarde dat hij te allen prijze de mogelijkheid wilde behouden om een opleiding buiten het universitair onderwijs te organiseren. Hij toonde iets meer openheid dan de vertegenwoordiger van de Vlaamse Gemeenschap in verband met de mogelijkheid om de duur van de studie te verlengen.

De minister verklaart vervolgens dat men op dat vlak duidelijk de bevoegdheden van de federale Staat en van de deelgebieden moet onderscheiden. De Gemeenschappen organiseren het onderwijs. De federale Regering moet niet tussenkomen in de keuze van de Gemeenschappen, tenzij ze van oordeel is dat met het oog op de volksgezondheid, de opleiding beter gegeven wordt in een bepaalde onderwijsvorm dan in

Communautés. Pour l'instant, le Gouvernement estime qu'il n'est pas indiqué de privilégier la voie universitaire par rapport à la voie non universitaire.

Par contre, le ministre fédéral de la Santé publique fixe le niveau de formation nécessaire pour exercer une profession relevant de l'art de guérir.

Le ministre estime que la solution présentée dans la proposition n° 944-1 est une solution équilibrée. En effet, elle prescrit une durée d'études de quatre années; l'évolution de la profession, des types de traitement, des situations dans lesquelles la kinésithérapie intervient, impose un renforcement du contenu de la formation. Dans un premier temps, une durée d'études de quatre années peut couvrir l'ensemble des matières reprises et donner aux kinésithérapeutes la formation de base. Il faut aussi, dans un premier temps, laisser aux organisations des établissements d'enseignement le soin de définir le contenu de ces études.

Un commissaire constate qu'on souhaite allonger les études parce que les kinésithérapeutes n'ont pas une qualité suffisante compte tenu de l'évolution des techniques et méthodes. Seront-ils meilleurs après des études de quatre ans? Le commissaire estime que tel ne sera pas le cas; le domaine médical en fournit la preuve: les études sont allongées parce que les infrastructures existantes ne sont pas suffisantes et parce qu'une série de maîtres de stage ont pour but non pas de former des jeunes, mais d'avoir de la main-d'œuvre à bon marché.

Une autre intervenante souligne que la plupart des pays européens organisent des études de kinésithérapie en 3 ans dans des écoles et non pas dans des universités. Même dans les pays où les études sont pratiquées en 4 ans, le nombre de cours et d'heures de stage ne dépasse pas le nombre d'heures prévues en Belgique sur quatre années, comme le prouve le tableau ci-dessous.

*Tableau comparatif sur la formation
en kinésithérapie dispensée
dans les pays de la Communauté*

	Allemagne — Duitsland	Belgique — Belgie	Danemark — Denemarken	Espagne — Spanje	France — Frankrijk	Grande- Bretagne — Groot- Brittanje	Pays-Bas — Nederland	Irlande — Ierland
Durée études. — <i>Duur van de opleiding</i>	2 + 1	3/4	3	3	3	3	4	4
Total heures cours. — <i>Totaal aantal lesuren</i>	3 680	3 540/4 000	3 620	3 535	3 132	2 492	3 928	3 074
Cadre. — <i>Kader</i>	Ecole School	Ecole/Univ. School/Univ.	—	Univ.	Ecole School	Ecole School	Ecole School	Ecole School

Références: - Le journal du Médecin -, 12^e année, n° 527, du 25.1.1991.

L'intervenante observe aussi qu'actuellement, 80 p.c. des kinésithérapeutes sont des gradués, les autres étant des universitaires.

een andere. Op dit ogenblik vindt de Regering dat het niet raadzaam is voorrang te geven aan het universitair onderwijs boven het niet-universitair onderwijs.

De federale minister van Volksgezondheid bepaalt daarentegen welk niveau een opleiding moet hebben die leidt tot een beroep dat tot de geneeskunst behoort.

De minister meent dat voorstel nr. 944-1 een evenwichtige oplossing biedt. Hierin wordt immers een studieduur van vier jaar voorgesteld; de ontwikkeling van het beroep, van de vormen van behandeling, van de domeinen waarin kinesitherapeuten moeten optreden, vereisen een inhoudelijk sterkere opleiding. Binnen een studieduur van vier jaar kunnen aanvankelijk alle vakken worden gegeven en krijgen de kinesitherapeuten een basisopleiding. Men moet de onderwijsinstellingen die het onderwijs organiseren, de eerste tijd ook de kans geven om de inhoud van deze studie te bepalen.

Een commissielid stelt vast dat men de studie wenst te verlengen omdat de kinesitherapeuten onvoldoende gekwalificeerd zijn, rekening houdende met de ontwikkeling van de technieken en methodes. Zullen zij beter zijn na een studie van vier jaar? Volgens het commissielid zal dat niet het geval zijn. De geneeskunde levert hiervan het bewijs: de studie wordt verlengd omdat de bestaande infrastructuur ontoereikend is en omdat een reeks stagemeesters niet de bedoeling hebben jongeren op te leiden maar wel over goedkope werkkrachten te beschikken.

Een andere spreker onderstreept dat de meeste Europese landen voorzien in een driejarige opleiding tot kinesitherapeut in instellingen voor hoger onderwijs en niet aan de universiteiten. Zelfs in de landen waar de opleiding vier jaar duurt, bedraagt het aantal les- en stage-uren niet meer dan het aantal uren van de vierjarige opleiding in België, zoals blijkt uit onderstaande tabel.

*Vergelijkende tabel over de opleiding
tot kinesitherapeut in de verschillende
landen van de Gemeenschap*

Uit: - Le journal du Médecin -, twaalfde jaargang, nr. 527 van 25.1.1991.

Spreker merkt op dat vandaag de dag 80 pct. van de kinesitherapeuten gegradueerden zijn. De anderen zijn universitair geschoolden.

Si le contenu de la formation est modifié, il faut veiller à tenir compte du concept même des études de licence. Celles-ci font davantage place aux aspects théoriques de la formation et moins aux stages et à l'approche pratique des personnes à soigner. Selon l'intervenante, une symétrie du statut des kinésithérapeutes avec la profession des infirmières est indiquée.

En plus, la commission devra réfléchir sur les conséquences de la disparition de l'enseignement du type court. Cette disposition n'est pas sans incidence ni sur la santé publique, ni sur les coûts budgétaires.

Encore un autre intervenant fait remarquer que l'infirmier est limité dans ses actes et qu'il est presque toujours en contact avec le médecin. Il n'en est pas de même pour un kinésithérapeute, que ce soit en milieu hospitalier ou à domicile.

L'intervenant rejoint la proposition n° 944-1, qui, en son article 1^{er}, met les kinésithérapeutes dans le chapitre 1^{er} de l'arrêté royal n° 78. Il compare donc les kinésithérapeutes aux accoucheuses, pour ce qui est du placement dans l'arrêté royal n° 78.

L'intervenant, bien qu'il n'en voie pas la nécessité, est d'accord sur une quatrième année d'études pour autant qu'un système de spécialisation soit instauré.

Plusieurs commissaires traitent des implications financières de la proposition de loi, tant pour les communautés (prolongation de la durée des études) que pour le budget de la Prévoyance sociale.

L'une d'eux dit avoir l'impression que l'on minimise les implications financières de la proposition de loi dans le cadre du budget de la Sécurité sociale. L'intégration de la kinésithérapie dans le cadre du chapitre 1^{er} de l'arrêté royal n° 78 aura bel et bien des conséquences, notamment en ce qui concerne le calcul du ticket modérateur. Certains en évaluent l'effet à 1,7 milliard de francs. L'intervenante propose de consulter des experts en la matière.

Enfin, l'on réclame, une nouvelle fois, des précisions au sujet du point de vue des ministres et des commissions de l'Enseignement. Sont-ils disposés à se conformer à la réglementation proposée dans la proposition de loi en discussion, pour ce qui est de la durée de la formation?

L'auteur souligne que c'est l'autorité fédérale qui a compétence pour fixer les critères en matière d'accès à la profession, mais qu'en ce qui concerne la formation, qui doit répondre à ces critères, ce sont les communautés qui sont compétentes. Il est exact que la proposition prévoit une amélioration de la qualité de la formation. La question qu'il faut se poser est de savoir si toutes les écoles qui organisent actuellement un enseignement de type court doivent subsister et

Indien de inhoud van de opleiding gewijzigd wordt, moet er voor gezorgd worden dat rekening gehouden wordt met het concept van de licentiaatsopleiding. Daarin wordt meer aandacht besteed aan de theoretische aspecten van de opleiding en minder aan de stages en aan de praktische benadering van de te verzorgen personen. Volgens spreekster is het wenselijk het statuut van de kinesitherapeuten af te stemmen op dat van de verpleegkundigen.

Daarenboven zal de commissie moeten nadenken over de gevolgen van de verdwijning van het onderwijs van het korte type. Die maatregel zal zeker gevolgen hebben voor de volksgezondheid en voor de begroting.

Nog een andere spreker merkt op dat de verpleegkundige beperkt is in de behandelingen die hij kan stellen, hoewel hij bijna steeds contact houdt met de geneesheer. Dat is niet zo voor een kinesitherapeut of hij nu in een ziekenhuis dan wel thuis werkt.

Spreker onderschrijft voorstel nr. 944-1, dat in artikel 1 de kinesitherapeuten onderbrengt in Hoofdstuk I maar niet in artikel 1 van het koninklijk besluit nr. 78. De kinesitherapeuten worden dus vergeleken met de vroedvrouwen wat de inpassing in het koninklijk besluit nr. 78 betreft.

Hoewel hij er de noodzaak niet van inziet, is spreker het eens met de invoering van een vierde opleidingsjaar voor zover een specialisering wordt ingevoerd.

Verscheidene commissieleden handelen over de financiële implicaties van het wetsvoorstel, zowel voor de gemeenschappen (verlenging van de studieduur) als voor de begroting van Sociale Voorzorg.

Een van die sprekers heeft de indruk dat de financiële implicaties van het wetsvoorstel op de begroting van sociale zekerheid worden geminimaliseerd. Het onderbrengen van de kinesithérapie in Hoofdstuk I van het koninklijk besluit nr. 78 zal wel degelijk gevolgen hebben, met name op de berekening van het remgeld. Sommigen ramen het effect op 1,7 miljard frank. Spreker stelt voor hierover deskundigen te raadplegen.

Ten slotte wordt nogmaals gevraagd dat meer duidelijkheid zou worden verstrekt over het standpunt van de onderwijsministers en -commissies. Zijn zij bereid zich te schikken naar de regeling die in het ter discussie liggende wetsvoorstel wordt voorgesteld wat de duur van de opleiding betreft?

De indiener wijst erop dat de federale overheid bevoegd is om de criteria inzake de toegang tot het beroep te bepalen. Wat de opleiding betreft, die daaraan moet beantwoorden, zijn de gemeenschappen bevoegd. Het is juist dat het voorstel voorziet in een verhoging van de kwaliteit van de opleiding. De vraag kan worden gesteld of alle scholen die er thans zijn en die hoger onderwijs van het korte type organiseren, moeten blijven bestaan en op

doivent passer à l'enseignement de type long. En effet, l'on peut se demander si 26 instituts de formation, ce n'est pas un peu trop.

Les critères d'accès à la profession n'ont pas été fixés d'une manière abstraite; la proposition de loi a fait l'objet de nombreuses consultations. Il est vrai que les avis formulés à cet égard n'étaient pas unanimes. Mais si l'on veut imposer les qualifications prévues dans la proposition n° 944-1, trois années d'études ne suffiront pas.

L'auteur estime que l'on peut s'attendre à une amélioration de la qualité des kinésithérapeutes après un allongement de la durée des études. Il faut tenir compte, en outre, du fait que les études seront non seulement plus longues, mais également d'un autre niveau. Au niveau mondial, l'on évolue vers une formation académique du kinésithérapeute.

En ce qui concerne le budget, l'auteur remarque que, jusqu'à présent, les kinésithérapeutes n'ont aucune influence sur celui-ci. Toutes les prescriptions sont rédigées par les médecins. On ne peut donc pas responsabiliser les kinésithérapeutes si on ne leur accorde pas un statut.

L'introduction du statut de la kinésithérapie dans le cadre de la santé publique — accès à la profession et exercice de celle-ci — n'alourdira pas nécessairement les dépenses. La kinésithérapie travaille en fonction d'enveloppes qu'on pourra respecter grâce à la responsabilisation.

Plusieurs membres se demandent s'il appartient au législateur national de fixer la durée de la formation.

L'une d'entre eux estime que si les autorités fédérales définissent les critères d'accès à la profession, il ne leur appartient pas pour autant de fixer la durée des études. Elle note, à cet égard, que la durée de la formation des accoucheuses diffère en Flandre et en Wallonie.

Le ministre observe que la sensibilité du dossier est due en partie aux interventions des différents groupes de pression.

Le ministre constate ensuite que la notion de personnel paramédical est une notion qui remonte à 1960 et il est temps de l'adapter. Les kinésithérapeutes, déjà en 1990, ont refusé d'entrer dans la catégorie des auxiliaires. Depuis lors, ils n'ont pas changé d'avis.

En tant que responsable du Département de la Santé publique, le ministre se doit de veiller à ce que la santé des personnes soit assurée. Cela peut se faire en organisant une formation optimale et en fixant des règles d'accès à la profession.

Les mesures prises par l'autorité fédérale, pour des raisons de santé, doivent être tributaires d'un accord préalable avec les communautés.

onderwijs van het lange type overschakelen. Men kan zich namelijk afvragen of 26 opleidingsinstituten niet van het goede te veel is.

De criteria voor de toegang tot het beroep zijn niet op abstracte wijze bepaald; over het wetsvoorstel hebben heel wat consultaties plaatsgehad. Het is juist dat de verstrekte adviezen niet eensluidend zijn. Maar wanneer men de kwalificaties wil opleggen waarin het voorstel nr. 944-1 voorziet, volstaan 3 jaar studie niet.

Volgens de indiener mag men verwachten dat de kwaliteit van de kinesitherapeuten na een langere studieduur beter zal zijn; het gaat niet alleen om een langere opleiding, maar ook om een opleiding van een ander niveau. Wereldwijd is er een evolutie naar een academische vorming van de kinesitherapeut.

Wat de begroting betreft, merkt de indiener op dat de kinesitherapeuten hierop tot nu toe geen enkele invloed hebben. Alle voorschriften gaan uit van de arts. De kinesitherapeuten kunnen dus niet geresponsabiliseerd worden, tenzij een statuut wordt opgemaakt.

Het statuut van de kinesithérapie in het kader van de volksgezondheid — toegang tot en uitoefening van het beroep — zal niet noodzakelijk tot hogere uitgaven leiden. De kinesithérapie werkt met enveloppes en de responsabilisering zal tot gevolg hebben dat die enveloppes niet worden overschreden.

Enkele leden vragen zich af of het de federale wetgever wel toekomt de duur van de opleiding te bepalen.

Volgens een van hen worden de criteria voor de toegang tot het beroep weliswaar door de federale overheid bepaald, maar die overheid komt het niet toe de duur van de studies te bepalen. Zij verwijst naar de opleiding van de vroedvrouwen die, wat de duur betreft, in Vlaanderen en Wallonië verschillend is.

De minister merkt op dat het dossier zo gevoelig ligt, onder meer omdat verschillende pressiegroepen zich ermee bemoeid hebben.

De minister stelt vervolgens vast dat het begrip paramedisch personeel een begrip is uit 1960 dat dringend moet worden aangepast. Reeds in 1990 hebben de kinesitherapeuten geweigerd opgenomen te worden in de categorie van het medisch hulppersoneel. Sederdien zijn zij niet van mening veranderd.

Als hoofd van het departement Volksgezondheid moet de minister ervoor zorgen dat de gezondheidsbelangen van de mensen behartigd worden. Dat kan onder meer door een optimale opleiding te organiseren en door regels te bepalen voor de toegang tot het beroep.

De maatregelen die door de federale overheid inzake volksgezondheid worden genomen, moeten vooraf met de gemeenschappen worden overlegd.

Le ministre souligne encore que la corporation des kinésithérapeutes souhaite que la durée des études soit fixée à 4 ans.

Pour les accoucheuses, la formation est également de 4 ans, conformément aux directives européennes.

La formation d'accoucheuse en Flandre ne correspond pas à cette directive et les futures accoucheuses risquent de ne plus avoir accès à la profession.

Au cours d'une réunion suivante, l'auteur de la proposition réagit plus en détail à toute une série d'observations.

Il partage l'avis d'un des commissaires qui a déclaré que la proposition de loi est importante pour la santé publique et pour les patients. Ses arguments sont les suivants :

1. Il est important qu'il y ait un statut et que le titre de kinésithérapeute devienne un titre protégé, de manière que les pseudo-prestataires de soins ne puissent plus être actifs dans ce secteur. Il faut aussi que la profession puisse continuer à évoluer et que l'on puisse se spécialiser dans différents domaines dans le cadre de celle-ci.

2. On voit s'engager une évolution dans le sens d'une amélioration de la qualité des prestations de soins kinésithérapeutiques, grâce :

— à la prolongation des études;

— aux contacts que le kinésithérapeute entretient, d'une part, avec le secteur de l'enseignement et, d'autre part, avec le monde professionnel, par l'intermédiaire du Conseil national de la kinésithérapie.

La qualité est améliorée de surcroît grâce aux contacts permanents entre le kinésithérapeute et le médecin au sein de ce Conseil national. Des contacts sont également possibles par l'intermédiaire des académies de médecine et des commissions médicales provinciales.

3. Par rapport à ce qui est actuellement le cas, l'agrément des kinésithérapeutes sera soumis à des normes plus sévères. Le Roi peut fixer d'autres normes que les normes relatives au diplôme. Le contrôle de l'exercice de la profession par les commissions médicales provinciales est un autre élément nouveau. Ces commissions délivrent un visa et peuvent également le retirer.

4. Dans la proposition à l'examen, l'autorité et le rôle du médecin dans le domaine de la kinésithérapie sont totalement respectés dans l'intérêt du patient.

5. L'on valorise le rôle du kinésithérapeute au niveau du diagnostic et du traitement et la compé-

De minister onderstreept nog dat de beroepsvereniging van de kinesitherapeuten wenst dat de opleiding vier jaar zou duren.

Voor de vroedvrouwen duurt die opleiding eveneens vier jaar, overeenkomstig de Europese richtlijnen.

De opleiding tot vroedvrouw in Vlaanderen stemt niet met die richtlijn overeen en het gevaar bestaat dat de toekomstige vroedvrouwen hun beroep niet mogen uitoefenen.

Tijdens een volgende vergadering gaat de indiener nader in op een reeks gemaakte opmerkingen.

Hij is het eens met een van de leden die gezegd heeft dat het wetsvoorstel belangrijk is voor de volksgezondheid en voor de patiënten. Hij staft zulks met de volgende argumenten :

1. Het is belangrijk dat er een statuut komt en dat kinesitherapeut een beschermde titel wordt, zodanig dat pseudo-zorgverstrekkers niet langer in die sector actief kunnen zijn. Tegelijk moet de evolutie in het beroep mogelijk blijven en moet specialisatie binnen dit beroep mogelijk worden.

2. Er ontstaat een evolutie naar kwaliteitsverbetering in het verstrekken van kinesitherapeutische verzorging door :

— de verlenging van de studieduur;

— het contact dat de kinesitherapeut heeft enerzijds met het onderwijs en anderzijds met de beroeps wereld, via de Nationale Raad voor de Kinesithérapie.

De kwaliteitsverbetering wordt ook onderstreept door het permanent contact tussen de kinesitherapeut en de arts dat in deze nationale raad wordt georganiseerd. Bovendien kunnen er contacten zijn via de Academiën voor Geneeskunde en via de provinciale geneeskundige commissies.

3. In vergelijking met de huidige situatie komt er een strengere normering voor de erkenning van kinesitherapeut. Naast het diploma, kunnen door de Koning bijkomende normen worden bepaald. Ook nieuw is dat de provinciale geneeskundige commissies toezicht houden over de uitoefening van het beroep. Deze commissies verlenen een visum; zij kunnen dit visum ook intrekken.

4. In het voorstel zoals het ter discussie ligt, en met het oog op het belang van de patiënt, wordt het gezag en de inbreng van de arts in het domein van de kinesithérapie ten volle gerespecteerd.

5. De inbreng van de kinesitherapeut in de diagnose en de behandeling, zijn specifieke

tence spécifique qui est la sienne. Le médecin peut également s'appuyer totalement sur l'un et l'autre. Il se crée, à différents niveaux, un dialogue entre le kinésithérapeute et le médecin dont l'intensité dépend du vœu du médecin.

6. L'on peut mieux définir les responsabilités respectives du médecin et du kinésithérapeute en ce qui concerne le traitement commun et l'accompagnement du patient.

7. L'on combat les abus qui sont commis dans l'exercice de la profession. Pas plus que le médecin, le kinésithérapeute ne peut conclure d'accords commerciaux au détriment de son patient. Le kinésithérapeute ne peut plus charger un personnel non qualifié d'administrer les soins qu'il doit prodiguer.

8. Il y a lieu de mieux garantir la continuité de l'administration des soins qu'à l'heure actuelle. Autrement dit, le niveau de qualité des soins doit être constant, puisque le kinésithérapeute est tenu de communiquer les données de son dossier à celui qui poursuit le traitement.

9. La proposition de loi permettra d'améliorer la qualité de la profession et de remédier à la pléthore de kinésithérapeutes, dont on sait qu'elle constitue une menace pour chacun d'eux, mais aussi et surtout pour les patients. Cette évolution sera donc indéniablement bénéfique à la santé publique.

L'auteur de la proposition souligne ensuite que, lors de la rédaction du texte de celle-ci, il a dû concilier de nombreuses conceptions contradictoires à propos d'une profession qui évolue fortement, et ce dans le cadre cohérent de l'arrêté royal n° 78.

Il fallait trouver, dans le cadre de cet arrêté royal, une solution conciliant deux tendances. Les uns souhaitent voir instaurer un statut paramédical offrant une certaine autonomie au kinésithérapeute et ouvrant dans une certaine mesure, au patient, l'accès à celui-ci. Les autres souhaitent voir instaurer un statut médical en imposant toutefois la référence au médecin.

Il y avait également divergence de vues au sein du corps médical. D'une part, on demandait de maintenir le kinésithérapeute dans son rôle subalterne, purement paramédical. Cette demande émanait principalement des médecins spécialistes. En revanche, les omnipraticiens souhaitent pouvoir compter sur un kinésithérapeute plus autonome, dans une sorte de relation de partenariat.

Il y avait également des points de vue opposés concernant la délimitation du champ d'activité

bekwaamheid, worden gevaloriseerd en kan ook door de arts ten volle worden aangesproken. Er ontstaat tussen beide een dialoog die op verschillende niveaus en in verschillende intensiteiten kan worden gevoerd naargelang van de wens van de arts.

6. De wederzijdse verantwoordelijkheden van de arts en de kinesitherapeut in het gemeenschappelijk behandelen en begeleiden van de patiënt kunnen beter worden achterhaald.

7. Misbruiken in de beroepsuitoefening worden tegengegaan. Zoals de arts, kan de kinesitherapeut geen commerciële afspraken maken op de rug van zijn patiënt. De kinesitherapeut kan geen beroep meer doen op niet gekwalificeerden om verzorging die hij moet verstrekken, te laten toedienen.

8. De continuïteit van de zorgverstrekking moet beter worden gegarandeerd dan nu het geval is. Er moet met andere woorden permanentie in de zorgverstrekking zijn op een kwalitatieve wijze aangezien de kinesitherapeut verplicht is gegevens uit zijn dossier mee te delen aan degene die de behandeling voortzet.

9. Het wetsvoorstel betekent, naast de kwalitatieve verbetering van het beroep, ook een rem op de evolutie inzake de plethora, waarvan bekend is dat zij een bedreiging vormt voor de kinesitherapeut maar vooral voor de patiënt. Deze evolutie is dus zeker ten bate van de volksgezondheid.

De indiener wijst er vervolgens op dat bij het opstellen van de tekst van het wetsvoorstel, heel wat tegenstrijdige opvattingen moesten worden verzoend in een beroep dat sterk evolutief is. Die verzoening diende te geschieden in een coherent concept binnen het koninklijk besluit nr. 78.

Er moest binnen dit koninklijk besluit een oplossing worden gevonden tussen twee strekkingen. De enen wensten een paramedisch statuut in te voeren waarbij aan de kinesitherapeut een zekere autonomie en aan de patiënt een zekere toegankelijkheid tot de kinesitherapeut wordt verleend. De anderen opteerden voor een medisch statuut maar met referte naar de arts.

Binnen het medisch korps waren er ook verschillende inzichten. Enerzijds was er de vraag om de kinesitherapeut als zuivere paramedicus in een ondergeschikte rol te houden. Die vraag ging vooral uit van de geneesheren-specialisten. De omnipratici daarentegen, wensten te kunnen bouwen op een kinesitherapeut met meer autonomie in een soort partnerrelatie.

Tegengestelde inzichten waren er ook over de bepaling van het beroepsveld van de kinesitherapie

professionnelle de la kinésithérapie, la question étant de savoir comment en permettre l'accès aux médecins et aux kinésithérapeutes, chacun avec leurs compétences propres.

La diversité des points de vue s'est aussi exprimée dans celle des formations: d'une part, la formation universitaire et, d'autre part, la formation professionnelle technique. Le débat sur cette question remonte à 1964. Dans le monde de la kinésithérapie, il existe également une manière différente de concevoir la responsabilité à assumer par les kinésithérapeutes. L'association professionnelle demande par ailleurs que l'on élabore un même statut pour tout un chacun.

Au niveau de l'Union européenne, on demande de classer la kinésithérapie parmi les professions paramédicales ayant une formation bac + 3; d'autre part, les confédérations européenne et mondiale de kinésithérapie demandent une formation bac + 4, de préférence de niveau universitaire.

L'auteur souligne ensuite que les compétences fédérales et communautaires doivent également être harmonisées dans le concept global. Le législateur fédéral fixe les critères d'accès à la profession. La formation aux qualifications nécessaires relève des communautés.

En Flandre, la loi, le décret et l'arrêté royal ont organisé deux filières de formation. En Communauté française, la formation est réglée par arrêté royal; à côté de cela, on confère un titre scientifique.

Le pouvoir fédéral s'est préoccupé de maîtriser le financement de l'accès aux soins kinésithérapeutiques (I.N.A.M.I.) et de prévenir l'explosion des prescriptions et de la consommation.

Récemment, une concertation a eu lieu entre tous les intéressés. Elle a débouché sur une série d'amendements (voir ci-après la discussion des articles) qui peuvent être commentés comme suit.

On a opté pour un statut se situant dans la sphère médicale, mais présentant des caractéristiques paramédicales. La sphère médicale doit permettre une amélioration qualitative; les caractéristiques paramédicales doivent faire en sorte que quiconque exerce la profession puisse continuer à le faire à son niveau et conformément aux souhaits du médecin.

La kinésithérapie fait partie du domaine de la médecine; le médecin peut la pratiquer.

Le kinésithérapeute peut pratiquer la kinésithérapie, à condition que le patient lui soit envoyé par le médecin. Cet envoi se fait pour examen et traitement.

L'envoi par le médecin pour traitement chez le kinésithérapeute se fait sur la base d'une prescription

met de vraag hoe artsen en kinesitherapeuten, elk met hun eigen bekwaamheid, tot dit beroepsveld kunnen worden toegelaten.

De verscheidenheid van inzichten kwam ook tot uiting in de verscheidenheid van de opleidingen: enerzijds de academische, anderzijds de beroeps-technische opleiding. Het debat hierover duurt sedert 1964. In de wereld van de kinesithérapie is er ook een verschillend inzicht in de verantwoordelijkheid die de kinesitherapeuten wensen op te nemen; tegelijk vraagt de beroepsvereniging een zelfde statuut voor eenieder te ontwerpen.

Binnen de Europese Unie vraagt men de kinesithérapie te rangschikken onder de paramedische beroepen met een opleiding bac + 3; van de andere kant vragen de Europese en de Wereldconfederatie voor kinesithérapie een opleiding bac + 4 liefst van academisch niveau.

De indiener wijst er vervolgens op dat de federale en de gemeenschapsbevoegdheden in het globaal concept ook op mekaar dienden te worden afgestemd. De federale wetgever bepaalt de criteria voor de toegang tot het beroep. De opleiding tot de noodzakelijke kwalificaties is de taak van de gemeenschappen.

In Vlaanderen zijn bij wet, decreet en koninklijk besluit twee opleidingsvormen geregeld. In de Franstalige Gemeenschap is de opleiding geregeld bij koninklijk besluit; daarnaast wordt er een wetenschappelijke titel verleend.

Het was de zorg van de federale overheid de financiering van de toegang tot de kinesithérapeutische verzorging (R.I.Z.I.V.) in de hand te houden en te voorkomen dat men tot een explosie zou komen van de voorschriften en van de consumptie.

Recent werd overleg gepleegd tussen alle betrokkenen. Dit overleg heeft geleid tot een reeks amendementen (zie hierna artikelsgewijze bespreking) die als volgt kunnen worden toegelicht.

Er wordt geopteerd voor een statuut binnen de medische sfeer maar met paramedische kenmerken. De medische sfeer moet ervoor zorgen dat de kwaliteitsverbetering wordt gerealiseerd; de paramedische kenmerken moeten ervoor zorgen dat eenieder die het beroep uitoefent, dat op zijn niveau kan blijven doen en in overeenstemming met de wensen van de arts.

Kinesithérapie behoort tot het domein van de geneeskunde; de arts mag ze beoefenen.

De kinesithérapeut mag de kinesithérapie beoefenen mits de patiënt door de arts naar hem wordt verwezen. Deze verwijzing geschiedt voor onderzoek en behandeling.

De verwijzing door de arts voor behandeling door de kinesithérapeut geschiedt op basis van een voor-

établie par le médecin, qui contient le diagnostic de celui-ci, les techniques à appliquer et le nombre maximum de traitements. Le terme « envoi » se réfère au contexte médical, le terme « prescription » au contexte paramédical et à l'autorité du médecin.

La prescription du médecin déterminera la marge de manœuvre laissée au kinésithérapeute.

Le traitement du kinésithérapeute s'effectue après un examen complémentaire par ce dernier et l'établissement d'un bilan de la motricité du patient et, éventuellement, après une nouvelle concertation avec le médecin qui a envoyé le patient.

L'envoi peut également se faire pour examen en vue de l'instauration éventuelle, par le médecin, d'un traitement et de l'établissement de sa prescription.

La prescription du médecin doit être écrite, sauf en cas d'urgence et dans le contexte de ces cas d'urgence (aide urgente en cas d'hospitalisation ou d'accident sportif).

Le kinésithérapeute doit tenir un dossier pour faire rapport sur l'efficacité du traitement au médecin qui lui a envoyé le patient. Il s'agit, là aussi, d'une mesure qui est prise dans l'intérêt de la qualité des soins et, en même temps, destinée à garder la maîtrise du nombre des traitements.

Un commissaire, auteur d'une des propositions de loi, se rallie aux arguments développés par l'auteur de la proposition de loi à l'examen. Depuis longtemps, les différents auteurs de propositions de loi sont d'accord sur la nécessité de doter la profession de la kinésithérapie, qui a pris une importance considérable, d'un statut légal.

Le commissaire rappelle qu'il était opposé à l'idée de l'auteur en ce qui concerne le parallélisme entre la kinésithérapie et la médecine. A son avis, le kiné devait rester un auxiliaire, mais il devait également sortir du monde paramédical dans lequel il se trouve dès le départ.

La solution trouvée qui place le kinésithérapeute entre les deux doit permettre de donner des garanties essentielles aux patients et aux kinésithérapeutes.

La commission a recueilli des avis de plusieurs organisations de la santé, avis qui n'étaient pas toujours concordants.

La solution proposée par voie d'amendement vise à garantir que le patient soit traité dans les meilleures conditions et que l'accord se fasse autour de lui entre le médecin et le kinésithérapeute, comme vient de l'expliquer l'auteur de la proposition de loi.

schrift opgesteld door de arts, dat de diagnose van de arts, de toe te passen technieken en het maximum aantal behandelingen bevat. Het woord « verwijzing » verwijst naar de medische context, het woord « voorschrift » naar de paramedische context en naar het gezag van de arts.

Het voorschrift van de arts zal de ruimte bepalen die aan de kinesitherapeut wordt gelaten.

De behandeling van de kinesitherapeut geschiedt na bijkomend onderzoek van deze laatste en opstelling van een bilan van de motoriek van de patiënt en na eventueel nieuw overleg met de verwijzende arts.

De verwijzing kan ook gebeuren voor onderzoek met het oog op het eventueel instellen, door de arts van een behandeling en het opstellen van zijn voorschrift.

Het voorschrift van de arts dient schriftelijk te zijn, tenzij in dringende gevallen en binnen de context van die dringende gevallen (nl. spoedeisende hulp bij ziekenhuisopname of hulp bij sportongevallen).

De kinesitherapeut dient een dossier bij te houden om verslag uit te brengen over de doelmatigheid van de behandeling bij de verwijzende arts. Ook dit is een maatregel in het belang van de kwaliteit van de zorgverstrekking en die tegelijk bedoeld is om het aantal behandelingen in de hand te houden.

Een commissielid, auteur van een van de wetsvoorstellen, is het eens met de argumenten van de indiener van het in bespreking zijnde wetsvoorstel. De verschillende indieners van wetsvoorstellen zijn het reeds lang eens over de noodzaak het beroep van kinesitherapeut, dat aan belang gewonnen heeft, een wettelijk statuut te verlenen.

Het commissielid herinnert eraan dat hij gekant was tegen het idee van de indiener dat er een parallelisme moet zijn tussen de kinesithérapie en de geneeskunde. Volgens hem moet de kinesitherapeut een paramedicus blijven maar moet hij tevens de paramedische sector waarvan hij van bij het begin deel uitmaakt, verlaten.

De oplossing die de kinesitherapeut tussen het medisch en het paramedische niveau plaatst, moet het mogelijk maken de patiënten en de kinesitherapeuten essentiële waarborgen te bieden.

De commissie heeft het advies van verschillende gezondheidsorganisaties ingewonnen; die adviezen waren niet altijd gelijkluidend.

De bij amendement voorgestelde oplossing wil ervoor zorgen dat de patiënt in de beste omstandigheden behandeld wordt en dat de arts en de kinesitherapeut het eens zijn over hem, zoals de indiener van het wetsvoorstel heeft toegelicht.

Un autre commissaire, après avoir souligné qu'il défend le point de vue des consommateurs, formule les considérations générales suivantes.

Il n'est pas certain que la prolongation des études mènera à une augmentation de la qualité pour la simple raison que, dans la profession de kinésithérapeute, les progrès procèdent essentiellement des années de pratique. C'est au cours des premières années de pratique qu'on se forme à haut niveau et non pas au cours des études. Dans la situation actuelle en tout cas, l'année supplémentaire de licencié est fondée sur l'étude de la physique et de la chimie dont on peut se demander quel est le rapport avec la kinésithérapie.

L'intervenant estime aussi que le contact entre le médecin et le kinésithérapeute au niveau du Conseil national ne peut être que fort réduit étant donné le surnombre des kinésistes dans ce conseil, d'une part, et le peu de qualification des médecins qui se trouvent dans le secteur de la kiné, d'autre part.

Quant au rapport du kinésithérapeute au médecin à la fin du traitement, l'intervenant trouve qu'il est utile mais pas strictement nécessaire.

Il observe ensuite que le Conseil national de la kinésithérapie a des missions plus importantes que d'établir le statut des kinésithérapeutes qui, par ailleurs, est indispensable.

Ce conseil aura des pouvoirs d'orientation sur la politique générale de santé en matière de kinésithérapie et ouvrira la porte à une série de dérives qui sont fort dans l'esprit du temps.

L'intervenant trouve aussi que le partage des responsabilités conduira à des conflits entre les kinésistes et les médecins.

Il doute aussi fortement de la possibilité d'éviter des abus; dès à présent, il y a une forte pression des kinésithérapeutes sur les médecins en milieu de pratique privée pour que le kinésithérapeute puisse faire plus que le traitement ne prescrit.

L'intervenant observe enfin que la kinésithérapie concerne rarement des cas urgents et graves dans les pratiques privées.

L'auteur convient que la pratique permet d'améliorer les capacités professionnelles, mais il souligne que la formation est tout aussi importante et constitue un critère du niveau auquel on aborde le patient dans une première phase.

Le Conseil national a une mission consultative. Il est vrai que dans ce conseil siègent plus de kinésithérapeutes que de médecins, mais il s'agit après tout d'un conseil de la kinésithérapie. Les décisions sont prises à la majorité des trois quarts et moyennant une participation garantie du groupe des médecins. Le

Een ander commissielid onderstreept dat hij het standpunt van de consumenten verdedigt en formuleert de volgende algemene opmerkingen.

Het is niet zeker dat de verlenging van de opleiding tot een verhoging van de kwaliteit zal leiden om de eenvoudige reden dat de beoefenaars van de kinesitherapie voornamelijk beter worden door de ervaring die zij in de praktijk verwerven. Het is in de eerste praktijkjaren dat men een hoog niveau bereikt en niet tijdens de opleiding. Nu is de toestand in ieder geval zo dat het bijkomende licentiaatsjaar vooral besteed wordt aan de studie van de fysica en de chemie en men kan zich dus afvragen wat het verband is tussen die studie en de kinesitherapie.

Spreker is ook van mening dat het contact tussen de geneesheer en de kinesitherapeut op het niveau van de nationale raad slechts zeer beperkt kan zijn gelet op de oververtegenwoordiging van de kinesitherapeuten in die raad, enerzijds en het gebrek aan kwalificatie van de artsen in die raad met betrekking tot de sector van de kinesitherapie, anderzijds.

Spreker vindt dat het verslag van de kinesitherapeut voor de arts op het einde van de behandeling nuttig is doch niet strikt noodzakelijk.

Hij merkt vervolgens op dat de Nationale Raad voor de Kinesitherapie belangrijker opdrachten heeft dan het opstellen van het statuut van de kinesitherapeuten, dat weliswaar onontbeerlijk is.

Die raad zal het algemeen gezondheidsbeleid inzake kinesitherapie in een bepaalde richting kunnen sturen en zal de deur openzetten voor een aantal ontsporingen die erg « in » zijn.

Spreker is ook van mening dat de verdeling van de verantwoordelijkheid zal leiden tot conflicten tussen kinesitherapeuten en geneesheren.

Hij vreest ook dat het niet mogelijk zal zijn misbruiken te voorkomen; nu reeds wordt er door de kinesitherapeuten heel wat druk uitgeoefend op de artsen, vooral in het geval van privépraktijken, om de kinesitherapeuten meer te laten doen dan de voorgeschreven behandeling.

Spreker merkt ten slotte op dat de kinesitherapie zelden in de privépraktijk wordt toegepast op dringende en ernstige gevallen.

De indiener is het ermee eens dat de praktijk leidt tot een grotere beroepsbekwaamheid, maar de opleiding is eveneens belangrijk en is een criterium voor het niveau waarop men in een eerste fase de patiënt tegemoet treedt.

De Nationale Raad heeft een adviserende taak. In die Raad zetelen weliswaar meer kinesitherapeuten dan artsen, maar het is dan ook een raad voor de kinesitherapie. De besluitvorming geschiedt met een drievierde meerderheid en met een gegarandeerde deelname van de groep van de artsen. Het verslag van de

rapport que le kinésithérapeute adresse au médecin constitue une contribution essentielle, non seulement au dialogue, mais également à l'évaluation de la méthode de traitement.

Selon l'auteur, l'organisation et la surveillance de la profession constituent la meilleure garantie contre d'éventuels abus et l'application de pseudo-thérapies.

L'auteur convient que la responsabilité doit être mieux délimitée. Il renvoie aux amendements déposés par certains collègues (voir ci-après).

Il est vrai que les kinésithérapeutes exercent une pression sur les médecins, mais la proposition remédie à cette situation en disposant que c'est le médecin qui fixe le nombre maximum des traitements. Un bon kinésithérapeute restera sous ce nombre.

Le kinésithérapeute ne peut d'ailleurs dépasser le nombre des traitements prescrits par le médecin. Toutefois, il peut discuter avec ce dernier de la méthode de traitement.

Un membre demande si, dans la nouvelle conception, l'on garantit aux kinésithérapeutes qui ont suivi une formation de gradué qu'ils pourront continuer à exercer leur métier.

L'auteur répond que la proposition de loi prévoit que toute personne ayant actuellement accès à la profession ou ayant commencé sa formation en 1994 conserve cet accès ou l'obtient dans le cadre du nouveau statut. Il s'agit d'une mesure inspirée par des considérations démocratiques, qui a également été appliquée à d'autres professions.

Cela n'empêche pas que celui qui a accès à la profession a l'obligation morale de garantir la qualité des soins. Le contrôle de cette qualité sera exercé, d'une part, par la commission médicale provinciale et, d'autre part, par le Roi, qui peut fixer des critères sur la proposition du Conseil supérieur de la kinésithérapie. Les kinésithérapeutes qui exercent déjà leur profession et ceux qui suivent actuellement une formation, peuvent accéder au statut. Ils doivent toutefois en faire la demande.

Ce système présente deux avantages:

- l'on connaîtra avec précision le nombre des kinésithérapeutes;
- le kinésithérapeute qui prendra connaissance du nouveau statut sera responsabilisé, ce qui présente également un avantage pour le patient.

Un kinésithérapeute qui ne souhaite pas accéder au statut peut continuer à exercer sa profession. Il peut continuer à travailler sur la base de prescriptions détaillées du médecin et ne peut, dès lors, bénéficier des compétences supplémentaires qu'accorde la loi proposée.

kinesitherapeut aan de arts is een essentiële bijdrage, niet alleen in de dialoog maar ook in de evaluatie van de behandelingsmethode.

De organisatie en de bewaking van het beroep is volgens de indiener de beste garantie tegen mogelijke misbruiken en de toepassing van pseudo-therapieën.

De indiener is het ermee eens dat de verantwoordelijkheid beter dient te worden afgebakend. Hij verwijst naar de amendementen die door een aantal collega's werden ingediend (zie hierna).

Het is juist dat de kinesitherapeuten druk uitoefenen op de arts, maar het voorstel verhelpt dit door te bepalen dat de arts het maximum aantal behandelingen bepaalt. Een goede kinesitherapeut zal beneden dit aantal blijven.

De kinesitherapeut mag overigens het door de arts bepaalde aantal behandelingen niet overschrijden. Hij kan wel met de arts in dialoog treden over de behandelingsmethode.

Een lid vraagt of in het nieuwe concept de garantie wordt gegeven dat de kinesitherapeuten met een graduaatopleiding hun beroep kunnen blijven uitoefenen.

De indiener antwoordt dat het wetsvoorstel bepaalt dat al wie thans toegang heeft tot het beroep of zijn opleiding begint in 1994, die toegang behoudt of krijgt in het nieuw statuut. Dit is een maatregel voorgesteld uit democratische overwegingen, die ook in andere beroepen werd toegepast.

Dat neemt niet weg dat op degene die toegang heeft tot het beroep de morele verplichting weegt om de kwaliteit van de zorgverstrekking te garanderen. De controle daarop zal enerzijds uitgeoefend worden door de provinciale geneeskundige commissie en anderzijds door de Koning, die criteria kan bepalen op voorstel van de Hoge Raad voor de Kinesithérapie. De huidige kinesitherapeuten en degenen die nu worden opgeleid kunnen tot het statuut toetreden. Zij moeten daartoe evenwel een aanvraag doen.

Die regeling heeft twee voordelen:

- men zal het aantal kinesitherapeuten nauwkeurig kennen;
- de kinesitherapeut die zal kennis nemen van het nieuwe statuut, zal worden geresponsabiliseerd, hetgeen ook voor de patiënt een voordeel is.

Een kinesitherapeut die niet tot het statuut wenst toe te treden, kan zijn beroep verder blijven uitoefenen. Hij kan blijven werken op basis van nauwkeurige voorschriften van de arts en derhalve geen gebruik maken van de bijkomende bevoegdheden die door dit wetsvoorstel worden verleend.

L'intervenant demande ensuite quelles seront les répercussions sur le budget du Ministère de la Santé publique.

Le ministre répond que ces répercussions seront extrêmement limitées. Il n'y aura pas non plus de modification en ce qui concerne la sécurité sociale. La proposition ne vise à réglementer que les actes pouvant être accomplis par des kinésithérapeutes. En outre, l'on évite le piège qui consisterait à créer deux catégories de kinésithérapeutes. Une telle solution conduirait inévitablement à une demande de revalorisation d'une de ces deux catégories.

Un autre membre remarque qu'il y aura bel et bien des frais supplémentaires. Ces frais seront à la charge des communautés (prolongation de la durée des études).

Selon l'intervenante, il faut laisser aux instituts de formation le temps de s'adapter. Le délai prévu à l'article 18 lui semble un peu court.

Le ministre souligne que les frais supplémentaires pour la Communauté française sont évalués à 34 millions de francs. Ils seront d'un même ordre de grandeur pour la Communauté flamande.

V. DISCUSSION DES ARTICLES

Article premier

M. Martens, Mme Creyf, MM. Gevenois, Leroy, Lenfant, Mmes Delcourt-Pêtre et Van der Wildt et M. Moens déposent une série d'amendements tendant à insérer les articles 2bis et 2ter proposés dans un chapitre 1^{er} bis (nouveau) de l'arrêté royal n° 78, et à les renuméroter respectivement en articles 21bis et 21ter. Ces amendements apportent également une série de modifications au contenu des articles proposés.

Les amendements à l'article 1^{er} de la proposition de loi sont libellés comme suit :

« A) Faire précéder cet article par un nouvel article, libellé comme suit :

« Article premier (nouveau). — Dans l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, modifié par les lois des 26 avril 1973, 17 décembre 1973, 20 décembre 1974, 13 décembre 1976 et 30 décembre 1977, l'arrêté royal du 8 juin 1983, les lois des 14 mai 1985 et 26 décembre 1985, l'arrêté royal du 26 décembre 1985, les lois des 19 décembre 1990 et 26 juin 1992 et

Hetzelfde lid vraagt voorts wat de weerslag zal zijn op de begroting van het ministerie van Volksgezondheid.

De minister antwoordt dat die weerslag uiterst miniem zal zijn. Ook wat de sociale zekerheid betreft, wordt niets gewijzigd. Men regelt alleen de handelingen die de kinesitherapeuten mogen verrichten. Bovendien vermijdt men de valstrik die erin zou bestaan twee categorieën kinesisten in het leven te roepen. Zulk een oplossing zou ongetwijfeld leiden tot de vraag om voor een van die categorieën tot een revalorisatie over te gaan.

Een ander lid merkt op dat er wel degelijk bijkomende kosten zullen zijn. Die kosten zullen ten laste van de gemeenschappen vallen (verlenging van de studieduur).

Volgens dat lid moet men aan de opleidingsinstituten voldoende tijd laten om zich aan te passen. De termijn waarin artikel 18 van het wetsvoorstel voorziet lijkt haar te kort.

De minister wijst erop dat de bijkomende kosten voor de Franstalige Gemeenschap op 34 miljoen frank worden geraamd. Voor de Nederlandstalige Gemeenschap zullen die kosten nagenoeg dezelfde zijn.

V. ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING

Artikel 1

De heer Martens, mevrouw Creyf, de heren Gevenois, Leroy, Lenfant, de dames Delcourt-Pêtre en Van der Wildt en de heer Moens dienen een reeks amendementen in die ertoe strekken de voorgestelde artikelen 2bis en 2ter onder te brengen in een hoofdstuk 1bis (nieuw) van het koninklijk besluit nr. 78 en respectievelijk te vernummeren tot 21bis en 21ter. Met die amendementen worden ook nog een reeks inhoudelijke wijzigingen in de voorgestelde artikelen aangebracht.

De amendementen bij artikel 1 van het wetsvoorstel luiden als volgt :

« A) Dit artikel te doen voorafgaan door een nieuw artikel, luidende :

« Artikel 1 (nieuw). — In het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, gewijzigd bij de wetten van 26 april 1973, 17 december 1973, 20 december 1974, 13 december 1976 en 30 december 1977, het koninklijk besluit van 8 juni 1983, de wetten van 14 mei 1985 en 26 december 1985, het koninklijk besluit van 26 december 1985, de wetten

l'arrêté royal du 9 novembre 1992, est inséré un chapitre 1^{er}bis (nouveau) intitulé « De l'exercice de la kinésithérapie. »

« B) Au même article, qui devient l'article 2, apporter les modifications suivantes :

1. Remplacer la phrase liminaire par ce qui suit :

« Dans le même arrêté royal est inséré un article 21bis, libellé comme suit : »

2. Remplacer le § 1^{er} de l'article 2bis proposé, qui devient l'article 21bis, par ce qui suit :

« § 1^{er}. Par dérogation à l'article 2, § 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. »

3. Au § 2, insérer les mots « universitaire ou non universitaire » entre les mots « enseignement supérieur » et les mots « en kinésithérapie ».

4. a) Au § 6, insérer les mots « sur la base d'une prescription » entre les mots « qui sont envoyés » et les mots « par une personne habilitée à exercer l'art médical »;

b) Au § 6, supprimer les mots « sur la base d'un document écrit reprenant le diagnostic établi par cette dernière »;

c) Compléter le § 6 par un deuxième, un troisième et un quatrième alinéa, rédigés comme suit :

« Sauf en cas d'urgence, pour les seules prestations concernées par cette urgence, cette prescription doit revêtir la forme d'un écrit. Elle indique le diagnostic ou les éléments de diagnostic établis par le médecin, la ou les prestations demandées par celui-ci ainsi que le nombre maximum de séances de traitement à effectuer par le kinésithérapeute. »

Avec l'accord du médecin qui effectue l'envoi, le kinésithérapeute peut accomplir d'autres prestations que celles prescrites ou s'abstenir de réaliser les prestations prescrites.

A la demande du médecin qui effectue l'envoi, le kinésithérapeute est tenu de lui communiquer un rapport sur la réalisation du traitement et les résultats obtenus. »

Justification

Le médecin est habilité à accomplir tous les actes qui entrent dans l'exercice de la kinésithérapie.

van 19 december 1990 en 26 juni 1992 en het koninklijk besluit van 9 november 1992 wordt een hoofdstuk Ibis (nieuw) ingevoegd met als opschrift : « De uitoefening van de kinesitherapie. »

« B) In hetzelfde artikel, dat artikel 2 wordt, de volgende wijzigingen aan te brengen :

1. De inleidende volzin te vervangen als volgt :

« In hetzelfde koninklijk besluit wordt een artikel 21bis ingevoegd, luidend als volgt : »

2. Paragraaf 1 van het voorgestelde artikel 2bis, dat artikel 21bis wordt, te vervangen als volgt :

« § 1. In afwijking van artikel 2, § 1, en zonder de betekenis van het begrip « de geneeskunde », bepaald in dit artikel, te beperken, mag niemand de kinesitherapie uitoefenen die niet houder is van een erkenning afgegeven door de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. »

3. In § 2 de woorden « een diploma van het hoger onderwijs in kinesitherapie » te vervangen door de woorden « een universitair diploma in kinesitherapie of een diploma van het hoger onderwijs buiten de universiteit in kinesitherapie ».

4. a) In § 6 tussen de woorden « patiënten die » en de woorden « door een persoon worden verwezen » in te voegen de woorden « op grond van een voorschrift »;

b) In § 6 de woorden « op basis van een geschreven document dat de door deze laatste gestelde diagnose bevat » te doen vervallen;

c) Paragraaf 6 aan te vullen met een tweede, derde en vierde lid, luidende :

« Het voorschrift moet een schriftelijk document zijn, behalve voor dringende prestaties in dringende gevallen. Het vermeldt de diagnose of de diagnostische gegevens van de arts, de prestatie of de prestaties die hij vraagt, alsook het maximum aantal behandelingsbeurten bij de kinesitherapeut. »

Wanneer de doorverwijzende arts ermee instemt, mag de kinesitherapeut ook andere dan de voorgeschreven prestaties verrichten of de voorgeschreven prestaties niet verrichten.

Op verzoek van de doorverwijzende arts moet de kinesitherapeut hem een verslag bezorgen over de uitvoering van de behandeling en de verkregen resultaten. »

Verantwoording

De arts is gemachtigd al de handelingen uit te voeren die binnen de uitoefening van de kinesitherapie vallen.

Cet amendement précise la relation entre le kinésithérapeute et le médecin prescripteur ainsi que la nécessité d'un dialogue entre le kinésithérapeute et le médecin. Le traitement est effectué à la demande d'un médecin et dans le respect de la prescription du médecin: demande en principe écrite, obligation de n'effectuer que les prestations demandées par le médecin, obligation d'établir un rapport et de le communiquer au médecin à sa demande.

Il appartient au médecin de déterminer, avec le degré de précision qu'il choisit, le contenu de sa prescription.

L'auteur de la proposition de loi précise encore que les amendements à l'article 1^{er} impliquent que la kinésithérapie continue à faire partie de l'exercice de la médecine.

Par l'insertion des mots « universitaire ou non universitaire », au § 2 de l'article, on indique que les deux voies d'accès à la profession restent ouvertes.

La référence au § 6 de l'article répond aux remarques formulées, d'une part, par les Académies de médecine et, d'autre part, par les Facultés de médecine. En outre, on répond aux remarques formulées par les médecins spécialistes au cours de l'audition du 30 mars 1994 (voir l'annexe).

La kinésithérapie s'exerce sur la base d'une prescription délivrée par une personne habilitée à exercer la médecine.

Cette prescription doit contenir le diagnostic qui a été posé et indiquer quelles sont les prestations à effectuer et leur nombre.

Avec l'accord du médecin qui lui a envoyé le patient, le kinésithérapeute peut, après concertation, exécuter des prestations autres que celles initialement prescrites. Le kinésithérapeute doit adresser au médecin un rapport sur le traitement et les résultats obtenus.

L'auteur fait encore remarquer que le terme « envoyer » traduit le lien médical et que le terme « prescription » se réfère à l'aspect paramédical. Pour ce qui est de la latitude laissée aux kinésithérapeutes, il y a lieu de tenir compte de la prescription. On peut donc travailler sous une prescription stricte, et donc dans une relation paramédicale, ou sous une prescription large, et donc plutôt en « partenariat médical ».

A une question d'un commissaire, au sujet de l'avant-dernier alinéa du § 6, le ministre répond qu'en cas de désaccord entre le médecin et le kinésithérapeute, celui-ci doit respecter la prescription médicale telle qu'elle est rédigée.

Dit amendement verduidelijkt de relatie tussen de kinesitherapeut en de voorschrijvende arts alsook de noodzaak van een dialoog tussen de kinesitherapeut en de arts. De behandeling wordt uitgevoerd op vraag van de arts en voor zover het voorschrift van de arts wordt nageleefd: in principe een schriftelijke vraag, verplichting enkel de behandelingen uit te voeren gevraagd door de arts, verplichting een rapport op te stellen en het op verzoek aan de arts mede te delen.

Het komt de arts toe de inhoud van zijn voorschrift zo nauwkeurig te omschrijven als hij zelf wil.

De auteur van het wetsvoorstel preciseert nog dat de amendementen op artikel 1 inhouden dat de kinesithérapie tot de uitoefening van de geneeskunde blijft behoren.

Door de invoeging van de woorden « universitair en niet-universitair » in § 2 van het artikel wordt aangegeven dat de twee wegen naar het beroep open blijven.

Met de wijziging in § 6 van het artikel wordt tegemoet gekomen aan bemerkingen geformuleerd enerzijds door de Academiën voor geneeskunde en anderzijds de Faculteiten voor geneeskunde. Bovendien wordt ingegaan op bemerkingen geformuleerd door de geneesheren-specialisten tijdens de hoorzitting van 30 maart 1994 (zie bijlage).

Kinesithérapie wordt uitgeoefend op voorschrift dat wordt afgegeven door een persoon die bevoegd is om de geneeskunde uit te oefenen.

Dit voorschrift moet de gestelde diagnose bevatten en moet aangeven welke en hoeveel prestaties mogen worden uitgevoerd.

Met de toestemming van de doorverwijzende arts, mag de kinesithérapeute, na dialoog tussen beide, andere dan de oorspronkelijk voorgeschreven prestaties uitvoeren. De kinesithérapeute moet aan de arts een verslag toezenden over de behandeling en de bereikte resultaten.

De auteur merkt nog op dat het woord « doorverwijzen » wijst op een medische band en « voorschrift » op het paramedische aspect. Voor de latitude die aan de kinesithérapeute wordt gelaten, dient men rekening te houden met het voorschrift. Men kan derhalve werken onder een strikt voorschrift en dus onder een paramedisch verband of onder een ruim voorschrift en dus veeleer in een medische partnerrelatie.

Op de vraag van een lid over het voorlaatste lid van § 6, antwoordt de minister dat wanneer de arts en de kinesithérapeute het niet eens worden laatstgenoemde het doktersvoorschrift naar de letter moet uitvoeren.

Il peut, en concertation avec le médecin, refuser d'administrer le traitement parce que l'affection ne relève pas de son champ d'activité, ou il peut mettre en question le traitement proposé.

Le ministre attire également l'attention sur la dernière phrase de la justification et qui dit qu'il appartient au médecin de déterminer le contenu de sa prescription. Cette phrase permet de rencontrer l'ensemble des situations. Par exemple, dans un centre de revalidation cardiaque, le kiné devra suivre la prescription de manière très pointilleuse; par contre, dans le privé, en cas de fracture, le médecin peut se limiter à indiquer: fracture — mobilisation — vingt séances.

Le commissaire observe qu'il arrive que les prescriptions sont très vagues et se limitent au mot «kinésithérapie». L'intérêt du malade demande qu'on soit plus précis.

Le ministre remarque que ce problème concerne la responsabilité du médecin.

L'auteur de l'amendement remarque que c'est pour cette raison qu'on a opté, dans le texte de l'amendement, pour une relation dynamique entre le médecin et le kinésithérapeute, étant entendu que le premier est le responsable final des soins à prodiguer. Le médecin doit déterminer lui-même le degré de liberté qu'il laisse au kinésithérapeute.

A une question d'un membre, l'auteur de l'amendement répond que si le médecin ne doit pas nécessairement donner son accord par écrit, il vaut mieux qu'il le fasse ainsi pour éviter des problèmes tant pour lui-même que pour le kinésithérapeute.

Un commissaire demande que la notion d'urgence, dont il est question au point 5, c), de l'amendement, soit précisée. Il pose également la question de savoir s'il est possible, du fait de l'imposition d'une prescription médicale, d'envisager que l'accord du médecin ne soit pas écrit en dehors du cas d'urgence.

Le ministre répond que les cas de force majeure ou les interventions dans un service dit d'urgence sont à considérer comme des cas d'urgence.

Une autre membre se demande si les termes «sauf en cas d'urgence» n'auront pas pour effet indirect de rendre possibles certains abus qu'on souhaite éviter.

L'auteur de la proposition de loi répond qu'en cas d'urgence, chacun doit aider dans la mesure de ses connaissances. Procéder à des interventions médicales, c'est accomplir régulièrement des actes dont on espère qu'ils contribueront à la guérison du patient. Les kinésithérapeutes peuvent être occupés dans des fonctions qui les obligent à intervenir régulièrement en cas d'urgence, par exemple dans les services de médecine d'urgence et sur les terrains de sport.

Hij kan, in dialoog met de arts, weigeren te behandelen omdat de aandoening zich niet binnen zijn werkveld situeert, of hij kan de gevraagde manier van behandelen ter discussie stellen.

De minister vestigt voorts de aandacht op de laatste volzin van de verantwoording, waarin staat dat de arts de inhoud van het voorschrift moet kunnen bepalen. Daarmee wil men alle gevallen kunnen opvangen. Zo moet de kinesitherapeut bijvoorbeeld in een centrum voor hartrevalidatie zich strikt houden aan het voorschrift van de arts. Daar staat tegenover dat de arts in de privé-praktijk bij botbreuk kan volstaan met: botbreuk — lichaamsoefeningstherapie — 20 behandelingen.

Het lid merkt op dat voorschriften soms zeer summier opgesteld zijn en alleen de term «kinesithérapie» vermelden. In het belang van de zieke zou men wat meer precisie aan de dag moeten leggen.

De minister merkt op dat dit probleem verband houdt met de verantwoordelijkheid van de arts.

De indiener van het amendement merkt op dat men om die reden in de tekst van het amendement kiest voor een dynamische relatie tussen de geneesheer en de kinesitherapeut, met dien verstande dat eerstgenoemde finaal verantwoordelijk is voor de verzorging. Hij moet zelf uitmaken welke vrijheid hij aan de kinesitherapeut laat.

Op een vraag van een lid antwoordt de indiener nog dat het akkoord van de geneesheer niet noodzakelijk schriftelijk moet worden gegeven maar om zowel voor de geneesheer als voor de kinesitherapeut problemen te vermijden, zal het akkoord best schriftelijk zijn.

Een lid vraagt het begrip «dringend geval» in punt 5, c), van het amendement nader te bepalen. Tevens vraagt hij of het mogelijk is aangezien een doktersvoorschrift verplicht is, geen schriftelijk akkoord van de arts te eisen, behalve in spoedeisende gevallen.

De minister antwoordt dat gevallen van overmacht of het optreden in een dienst spoedgevallen als een dringend geval beschouwd moet worden.

Een ander lid vraagt zich af of de woorden «Behalve in dringende gevallen» niet zijdelings tot gevolg zullen hebben dat bepaalde misbruiken, die men wil vermijden, toch mogelijk worden.

De auteur van het wetsvoorstel antwoordt dat, in dringende gevallen, iedereen in de mate van zijn kennis moet helpen. Medisch optreden betekent regelmatig handelingen verrichten met het oog op genezing. Kinesitherapeuten kunnen in functies aangesteld zijn waarbij zij regelmatig in spoedeisende gevallen moeten tussenkomen, bijvoorbeeld in diensten voor urgentiegeneeskunde en op sportvelden.

On a voulu permettre aux kinésithérapeutes d'intervenir dans ce cadre, mais, pour éviter les abus, on a prévu qu'ils ne le peuvent qu'en cas d'urgence.

Enfin, l'auteur renvoie à la notion d'« urgence » au sens où on l'entend actuellement en médecine.

Selon un autre membre, le membre de phrase en question de l'amendement n'est pas strictement nécessaire: en cas d'urgence, une intervention est nécessaire, et cette intervention peut être le fait de personnes non compétentes présentes, par exemple, lors d'un accident. Le membre de phrase n'ajoute rien à l'obligation qui est faite d'intervenir en cas d'urgence.

L'auteur de la proposition se range à cet avis. Cependant, la personne qui est désignée pour intervenir en permanence en cas d'urgence se trouve dans une autre situation. C'est cette situation qui est visée en l'occurrence.

Un intervenant suivant craint que le kinésithérapeute finisse par trouver urgent des prestations qui ne sont pas de son ressort. Dans certains cas, il vaut mieux ne pas intervenir que mal intervenir. Il faudrait donc préciser ce que le kinésithérapeute est en droit de faire.

L'intervenant trouve qu'il faut supprimer le membre de phrase qui renvoie aux cas d'urgence.

L'auteur de la proposition réplique que le kinésithérapeute ne peut pas outrepasser ses compétences. S'il le fait quand même et s'il intervient de manière erronée, il en sera tenu responsable.

Encore un autre intervenant ne voit pas, dans l'éventail de la kinésithérapie, quel est le geste que le kinésithérapeute peut employer en cas d'extrême urgence, ni quelle est la formation du kinésithérapeute dans cette perspective.

Quant à la dernière phrase de la justification de l'amendement, l'intervenant estime que celle-ci encourage la négligence. Il ne peut accepter une orientation pareille. Si le médecin n'est pas capable de faire une prescription adéquate, il n'a qu'à renvoyer son patient à un collègue.

L'auteur de la proposition, se référant aux auditions, fait observer que la formation des médecins dans le domaine de la kinésithérapie n'est pas poussée à l'extrême. C'est entre autres pour cette raison que des écoles ont été créées, universitaires et autres.

Les médecins généralistes acceptent que les kinésithérapeutes aient leur part de jugement dans la conceptualisation; certains médecins spécialistes s'y opposent.

De mogelijkheid om daar op te treden heeft men willen invoeren; van de andere kant wordt gezegd, om misbruiken te voorkomen, dat de handelingen alleen verband mogen houden met die dringende gevallen.

De auteur verwijst ten slotte nog naar het begrip « urgentie » zoals dat thans in de geneeskunst bekend is.

Volgens nog een ander lid is de bedoelde zinsnede in het amendement niet strikt noodzakelijk: in spoedeisende gevallen moet er worden opgetreden eventueel zelfs door niet bevoegde omstaanders bij een ongeval. De zinsnede voegt niets toe aan de verplichting om te handelen in dringende omstandigheden.

De auteur is het hiermee eens. Maar iemand die aangesteld is om permanent in spoedeisende gevallen op te treden, bevindt zich in een andere situatie. Die situatie wordt hier beoogd.

Een ander spreker vreest dat de kinesitherapeut uiteindelijk prestaties waarvoor hij niet bevoegd is, als spoedeisend zal beschouwen. In bepaalde gevallen is het beter helemaal niet op te treden dan slordig op te treden. Men behoort dus duidelijk te bepalen wat de kinesitherapeut wel mag uitvoeren.

Spreker vindt dat men het zinsdeel dat naar de spoedeisende gevallen verwijst, moet doen vervallen.

De auteur repliceert hierop dat de kinesitherapeut niet buiten zijn bevoegdheidsdomein mag treden. Doet hij dat wel en handelt hij verkeerd, dan is hij daarvoor aansprakelijk.

Nog een andere spreker ziet niet in welke handeling, uit het arsenaal van de kinesithérapie, de kinesithérapeut zou kunnen stellen in spoedgevallen, noch welke opleiding de kinesithérapeut met dat doel krijgt.

Wat de laatste zin betreft in de verantwoording bij het amendement, meent spreker dat deze de onachtzaamheid aanmoedigt. Hij kan een soortgelijke oriëntatie niet aanvaarden. Indien de arts niet in staat is een doelmatig voorschrift op te stellen, dan moet hij zijn patiënt maar doorverwijzen naar een collega.

De indiener van het voorstel verwijst naar de hoorzittingen en merkt op dat de vorming van de artsen op het gebied van de kinesithérapie niet tot het uiterste wordt doorgedreven. Onder andere om die reden werden scholen opgericht, universitaire en andere.

De huisartsen aanvaarden dat de kinesithérapeuten hun zeg kunnen hebben bij het concipiëren van een behandeling; sommige gespecialiseerde artsen zijn daartegen gekant.

C'est la raison pour laquelle on laisse le choix aux kinésithérapeutes de travailler soit sous une prescription stricte, soit sous une prescription moins stricte.

La conception d'urgence est fixée à travers la jurisprudence.

La formulation de l'amendement permet de rester le plus près possible de la pratique actuelle sans créer de nouveaux abus.

Un autre membre déclare qu'il est plutôt exceptionnel que le kinésithérapeute doive intervenir en cas d'accident de la route. Il est, d'ailleurs, souvent indiqué de ne pas intervenir du tout.

La présence et l'intervention du kinésithérapeute sont, par contre, indispensables en cas de manifestation sportive. Il est impossible qu'un médecin soit présent lors de chaque manifestation. Il faut donc que quelqu'un prenne la responsabilité d'intervenir immédiatement en cas de fracture, de foulure, etc. Il est préférable qu'un kinésithérapeute donne les premiers soins.

L'un des préopinants convient qu'il est rare que l'on puisse se permettre la présence permanente d'un médecin. En règle générale, il appartient aux personnes qui ont suivi une formation de secouriste d'intervenir en premier lieu. L'intervenant craint que l'on n'accorde une position privilégiée aux kinésithérapeutes.

Le préopinant n'est pas d'accord sur ce point. Un kinésithérapeute ou un infirmier sont mieux qualifiés qu'un ambulancier, par exemple.

MM. Martens, Lenfant, Evrard et Cuyvers déposent ensuite un sous-amendement visant à supprimer, au § 6, deuxième alinéa, proposé, de cet article, les mots « Sauf en cas d'urgence, pour les seules prestations concernées par cette urgence ».

L'auteur de la proposition de loi souligne que si l'on supprimait ce membre de phrase, toute intervention d'un kinésithérapeute au cours d'une manifestation sportive nécessiterait la présence d'un médecin, lequel devrait délivrer une prescription.

MM. Meesters et Cuyvers déposent ensuite les amendements suivants :

« A) Au § 2, deuxième alinéa, de l'article 2bis proposé, remplacer les mots « quatre années » par les mots « trois années. »

Justification

La pratique des pays de la Communauté européenne est actuellement celle du « bac + trois ans ».

Daarom laat men de kinesitherapeuten de keuze om met een streng of een minder streng voorschrift te werken.

Het begrip « spoedeisend » wordt vastgesteld via de jurisprudentie.

De formulering van het amendement maakt het mogelijk om zo min mogelijk af te wijken van de bestaande praktijk zonder nieuwe misbruiken te creëren.

Een ander lid geeft als zijn mening te kennen dat het veeleer uitzonderlijk is dat de kinesitherapeut moet optreden bij verkeersongevallen. Vaak is enig optreden trouwens niet aangewezen.

De aanwezigheid en het optreden van de kinesitherapeut is daarentegen wel noodzakelijk bij sportmanifestaties. Het is onmogelijk dat telkens, bij elke manifestatie, een arts aanwezig zou zijn. Iemand moet dus de verantwoordelijkheid nemen en onmiddellijk optreden in geval van een breuk, een verstuiking, ... Die eerste verzorging wordt best door een kinesitherapeut verleend.

Een van de voorgaande sprekers gaat ermee akkoord dat er inderdaad maar weinig gevallen zijn waarin men zich de permanente aanwezigheid van een geneesheer kan veroorloven. In de regel komt het aan de degenen die een E.H.B.O.-opleiding hebben genoten, toe in eerste instantie op te treden. Spreker vreest dat men aan de kinesitherapeuten een bevoorrechte positie verleent.

De vorige spreker is het hier niet mee eens. De kinesitherapeut of een verpleger heeft een grotere kwalificatie dan bijvoorbeeld een ambulancier.

De heren Martens, Lenfant, Evrard en Cuyvers dienen vervolgens een sub-amendement in tot schrapping in § 6 van dit artikel, in het voorgestelde tweede lid, van de woorden « behalve voor dringende prestaties in dringende gevallen ».

De auteur van het wetsvoorstel wijst erop dat de schrapping van die zinsnede tot gevolg zal hebben dat, om bij sportwedstrijden een kinesitherapeut te laten optreden, ook een arts aanwezig zal moeten zijn. Er dient namelijk een voorschrift te worden afgegeven.

De heren Meesters en Cuyvers dienen volgende amendementen in :

« A) In § 2 van het voorgestelde artikel 2bis, de woorden « vier studiejaren » te vervangen door de woorden « drie studiejaren. »

Verantwoording

De praktijk in de landen van de Europese Gemeenschap is thans « Middelbaar onderwijs + drie jaar ».

Sans préjuger de l'opportunité de la modification proposée, il n'appartient pas à notre commission de trancher cette question pour laquelle elle n'est pas qualifiée.

Particularité du texte: il parle d'études « supérieures » sans spécifier s'il s'agit d'études supérieures universitaires ou non universitaires. C'est-à-dire qu'il ne précise pas s'il s'agit d'un graduat ou d'une licence, différence essentielle.

S'il s'agit d'une licence (ce qui est probable), la proposition aurait comme conséquence le déclassement des gradués, et dont on ne dit pas un mot dans le texte, alors qu'ils constituent 80 p.c. des kinésithérapeutes.

Il faut également savoir que la seule différence entre gradués et licenciés est que ces derniers ont une année de formation en plus, mais consacrée uniquement à l'étude de la chimie et de la physique (avec exercices pratiques) dont l'utilité professionnelle est tout à fait contestable.

De fait, le métier de kinésithérapeute s'apprend surtout dans les premières années de pratique professionnelle, comme beaucoup d'autres métiers surtout manuels, ce qui est confirmé par le fait que, dans la pratique sur le terrain et sur les 20 000 professionnels reconnus par l'I.N.A.M.I., il est impossible de distinguer, sur la qualité du travail fourni, qui est licencié et qui est gradué.

La distinction est purement théorique.

Avec cette nuance qu'elle pourrait être le fondement d'une revendication matérielle ou hiérarchique.

« B) Au § 4 du même article, supprimer le point 1°, c). »

Justification

Notre commission n'est pas préparée à trancher les questions techniques et d'accessibilité aux traitements, ceci sans préjuger de l'opportunité de la proposition faite dans cet alinéa.

« C) Au même § 4, au 2°, supprimer les mots « ou à instaurer un traitement constitué d'interventions visées au 1°. »

Justification

L'autorisation, pour le kinésithérapeute, de prescrire de son propre chef un traitement aboutirait inévitablement à un imbroglio quant à la conception de celui-ci en parallèle à celle du médecin.

Zonder vooruit te willen lopen op de opportuniteit van de voorgestelde maatregel, is het niet de taak van onze commissie om hierover te beslissen omdat ze daarvoor niet bevoegd is.

Een eigenaardigheid in de tekst: men spreekt van « hoger onderwijs » zonder te specificeren of het gaat om hoger onderwijs aan dan wel buiten de universiteit. Dat wil zeggen dat de tekst niet verduidelijkt of het gaat om een graduaat of een licentie, toch een essentieel verschil.

Indien het om een licentie gaat (wat waarschijnlijk is), zou het voorstel tot gevolg hebben dat de gegradueerden in een lagere categorie terechtkomen, en daarover rept de tekst niet, terwijl ze toch 80 pct. van de kinesitherapeuten uitmaken.

Ook is het zo dat het enige verschil tussen gegradueerden en licentiaten is dat deze laatsten één jaar opleiding meer hebben, een jaar dat echter alleen is gewijd aan de studie van de chemie en de fysica (mei praktische oefeningen), waarvan het nut voor het beroep ten zeerste betwistbaar is.

Het beroep van kinesitherapeut wordt immers vooral in de eerste jaren beroepspraktijk geleerd, zoals vele andere beroepen die vooral op handarbeid berusten, wat wordt bevestigd door het feit dat in de praktijk op de 20 000 vaklui erkend door het R.I.Z.I.V., het onmogelijk is op basis van het geleverde werk te onderscheiden wie licentiaat en wie gegradueerde is.

Het onderscheid is zuiver theoretisch.

Daar moet wel bij worden aangetekend dat het zou kunnen leiden tot eisen op materieel vlak of bij promotie.

« B) In § 4 van hetzelfde artikel punt 1°, c) te doen vervallen. »

Verantwoording

Onze commissie is er niet voor toegerust om technische vraagstukken en vraagstukken wat betreft de toegang tot de behandelingen te beslechten. Hiermee wordt echter geen oordeel uitgesproken over de opportuniteit van het in dit lid vervatte voorstel.

« C. In het 2° van dezelfde § 4 te doen vervallen de woorden « of een behandeling bestaande uit de in het 1° bedoelde handelingen in te stellen; »

Verantwoording

Indien men aan een kinesitherapeut toestaat op eigen initiatief een behandeling voor te schrijven, moet dat wel tot een onoverzichtelijke toestand leiden aangezien de zienswijze van de kinesitherapeut niet noodzakelijk overeenstemt met die van de arts.

De même, elle introduirait la confusion en matière de conduite et surtout de responsabilité de la globalité du traitement, dont la kinésithérapie n'est, la plupart du temps, qu'une partie.

Exemple: rééducation après ostéosynthèse. Qui porte la responsabilité du résultat final?

De plus: que faire lorsque l'avis du kinésithérapeute et du médecin sur le traitement divergent?

Et que penser de la capacité du kinésithérapeute à adapter correctement une rééducation, complément à une opération dont il n'a pas une vision fondée, n'étant pas chirurgien?

Comment pourrait-il juger de l'opportunité d'une augmentation de l'effort supportable par une fracture en cours de consolidation, alors qu'il n'a pas l'expérience quotidienne de la lecture radiographique dans ce type délicat et fréquent de situation?

« D) Au même § 4, supprimer le 3^o. »

Justification

Mêmes objections que pour le 2^o.

Le ministre observe que l'amendement de M. Martens et consorts apporte un certain nombre de réponses aux préoccupations des auteurs de ces derniers amendements. En effet, il est proposé d'ajouter les mots « non universitaires » au § 2 de l'article. Quant à la durée des études, le ministre, avis du Conseil d'Etat à l'appui, a apporté des éclaircissements. Il est clair qu'il appartient au niveau fédéral de fixer l'accès à la profession et le contenu minimum de la formation. Il est donc possible que le niveau fédéral fixe à quatre ans le niveau de formation minimale pour exercer la kinésithérapie.

L'auteur de la proposition de loi abonde dans ce sens. Il renvoie en particulier aux dispositions relatives à l'envoi par le médecin et à la responsabilité du kinésithérapeute. Comme on l'a déjà souligné, le kinésithérapeute ne peut pas prolonger le traitement prescrit par le médecin.

Plus la prescription est vague, plus la responsabilité du kinésithérapeute est grande.

En cas de divergence d'opinions entre le kinésithérapeute et le médecin, il y a deux possibilités: ou bien le kinésithérapeute administre les soins de la manière prescrite par le médecin, ou bien il refuse de soigner le patient. Dans ce dernier cas, le médecin doit prendre ses responsabilités.

L'amendement A est retiré.

Ook zou er verwarring ontstaan over de uitvoering van en vooral over de verantwoordelijkheid voor de behandeling in haar geheel, waarvan de kinesitherapie veelal niet meer dan een onderdeel vormt.

Als voorbeeld kan hier de revalidatie na osteosynthese worden aangehaald. Wie is verantwoordelijk voor het eindresultaat?

Wat moet er bovendien gebeuren wanneer de kinesitherapeut en de arts het niet eens raken over de behandeling?

Voorts is het ook de vraag of een kinesitherapeut in staat is een revalidatie op een correcte wijze aan te passen, wanneer die na een heelkundige ingreep komt waarover hij zich geen gefundeerd oordeel kan vormen omdat hij zelf geen chirurg is?

Hoe zou hij kunnen oordelen over de wenselijkheid om de druk te verhogen bij een breuk in volle consolidatie, aangezien hij onvoldoende ervaring heeft met het interpreteren van röntgenfoto's bij dergelijke moeilijke en vaak voorkomende gevallen?

« D) In dezelfde § 4 het 3^o te doen vervallen. »

Verantwoording

Hier gelden dezelfde bezwaren als tegen het 2^o.

De minister merkt op dat het amendement van de heer Martens c.s. een aantal antwoorden biedt op de punten van zorg van de indieners van de laatste amendementen. Er wordt immers voorgesteld om de woorden « niet-universitaire » toe te voegen aan § 2 van het artikel. Wat de duur van de studie betreft, brengt de minister, steunend op het advies van de Raad van State, een aantal verduidelijkingen. Het is vanzelfsprekend de taak van de federale regering om de voorwaarden voor toegang tot het beroep en de minimuminhoud van de opleiding vast te stellen. Het is dus mogelijk dat de federale regering de minimumopleiding om het beroep van kinesitherapeut te kunnen uitoefenen op vier jaar vaststelt.

De auteur van het wetsvoorstel spreekt in dezelfde zin. Hij verwijst inzonderheid naar de bepalingen inzake de verwijzing door de arts en de verantwoordelijkheid van de kinesitherapeut. De kinesitherapeut, zoals reeds gezegd, mag de behandeling zoals bepaald door de arts, niet verlengen.

De verantwoordelijkheid van de kinesitherapeut wordt groter naarmate het voorschrift vager is.

Wanneer er een meningsverschil is tussen de kinesitherapeut en de arts, zijn er twee mogelijkheden: ofwel verstrekt de kinesitherapeut de verzorging zoals door de arts bepaald, ofwel weigert hij de patiënt te verzorgen. In het laatste geval moet de arts zijn verantwoordelijkheid nemen.

Amendement A wordt teruggenomen.

Les amendements B et D sont rejetés par 14 voix contre 2.

La commission met ensuite aux voix les amendements déposés par MM. Martens et consorts.

L'amendement A est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Le sous-amendement à l'amendement B est adopté par 9 voix contre 6.

L'un des auteurs de ce sous-amendement précise encore que l'acceptation de celui-ci ne signifie pas qu'il s'oppose à l'intervention du kinésithérapeute en cas d'urgence. Toutefois, une telle intervention ne doit pas être légitimée par la loi en projet; c'est la législation générale qui donne sa légitimité au kinésithérapeute.

L'amendement B ainsi modifié est ensuite adopté par 14 voix et 2 abstentions.

L'article 1^{er} ainsi amendé, qui devient l'article 2 du texte adopté par la commission, est adopté par un vote identique.

Article 2

MM. Meesters et Cuyvers proposent, par la voie d'un amendement, de supprimer cet article.

Justification

1. *Il existe déjà un Conseil national des professions paramédicales et une Commission technique des professions paramédicales qui ont, chacune, une section de kinésithérapie et sont à même de répondre à tous les problèmes de la profession concernée.*

2. *Ce « Conseil national de la kinésithérapie » cumule une série de pouvoirs inacceptables: il ressort clairement du texte que, en tant que conseil privilégié auprès du Ministère de la Santé publique, il ferait office, à la fois, d'un ordre comparable à l'Ordre des médecins (voir l'art. 14, concernant un éventuel retrait du visa), d'un comité d'agrément de « kinésithérapeutes spécialistes » (art. 12) et d'un « comité de reconnaissance de spécialités kinésithérapeutiques » (idem).*

Cette dernière disposition recèle un risque considérable: le conseil pourrait donner de façon privilégiée, au ministre, un avis favorable sur la demande de reconnaissance de n'importe quelle « thérapie » ou « médecine » marginale, voire aléatoire.

Or, on sait que, déjà maintenant, la majorité des kinésithérapeutes exercent des pratiques non kinésithérapeutiques dont le bien-fondé n'est pas toujours

De amendementen B tot en met D worden verworpen met 14 tegen 2 stemmen.

De Commissie gaat vervolgens over tot de stemming van de amendementen ingediend door de heer Martens c.s.

Het amendement A wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Het subamendement op amendement B wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Een van de auteurs van dit subamendement preciseert nog dat de aanvaarding hiervan niet betekent dat hij zich verzet tegen het optreden van de kinesitherapeut in spoedeisende gevallen. De legitimatie daarvoor moet evenwel niet in deze wet worden gegeven; de kinesitherapeut heeft die legitimatie ingevolge de algemene wetgeving.

Het gewijzigde amendement B wordt vervolgens aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Het geamendeerde artikel 1, dat artikel 2 wordt van de tekst aangenomen door de commissie, wordt met dezelfde stemmenverhouding aangenomen.

Artikel 2

De heren Meesters en Cuyvers stellen bij amendement voor dit artikel te doen vervallen.

Verantwoording

1. *Er bestaat reeds een Nationale Raad voor de paramedische beroepen en een Technische Commissie voor de paramedische beroepen die elk een afdeling kinesithérapie hebben en in staat zijn het hoofd te bieden aan alle problemen die zich in het betrokken beroep voordoen.*

2. *Die Nationale Raad voor de Kinesithérapie cumuleert een aantal onaanvaardbare bevoegdheden: uit de tekst blijkt duidelijk dat de Raad, als bevoorrechte raad bij het ministerie van Volksgezondheid, terzelfdertijd zou optreden als een orde die te vergelijken is met de Orde van Geneesheren (zie art. 14 betreffende een eventuele intrekking van het visum), als een Comité voor de erkenning van kinesithérapeuten-specialisten (art. 12) en als een comité voor de erkenning van kinesithérapeutische specialisten (idem).*

Die laatste bepaling houdt een aanzienlijk risico in: de Raad kan op een bevoorrechte wijze de minister gunstige adviezen verstrekken over de aanvraag tot erkenning van ongeacht welke marginale of zelfs onzekere « behandeling » of « geneeskunde ».

Men weet dat de meeste kinesithérapeuten nu al niet-kinesithérapeutische handelingen verrichten waarvan de gegrondheid niet altijd volkomen vast-

entièrement acquis. (Ceci s'explique du fait de leur malheureuse pléthore qui engendre une compétition serrée, et du fait que, de toute façon, la tentation de traiter dans un secteur différent est grande.)

Le risque est d'ouvrir la voie à la reconnaissance officielle de pratiques incertaines en matière de santé physique ou mentale, ou incertaines dans la mesure où les formations sont trop sommaires. Avec leur prise en charge éventuelle par la sécurité sociale et par les patients.

Les risques sont d'autant plus importants que ce « conseil » comprendrait une « majorité écrasante de kinésithérapeutes et aurait, comme tel, l'orientation d'une union professionnelle (art. 2, § 4), qui ne manquerait pas d'exercer une pression considérable pour faire reconnaître les pratiques en question, dont une vingtaine sont déjà proposées comme formations supplémentaires par les écoles.

Cet amendement est rejeté par 14 voix contre 2.

MM. Martens et consorts déposent l'amendement suivant :

« A cet article, apporter les modifications suivantes :

A) Dans la phrase liminaire, remplacer les mots « 2ter » par les mots « 21ter ».

B) Compléter le § 4, 1^o, par le membre de phrase suivant :

« dont au moins quatre personnes exerçant leur profession depuis au moins dix ans dans le secteur de l'enseignement supérieur universitaire ou non universitaire en kinésithérapie ».

C) Au § 7, remplacer la dernière phrase par ce qui suit :

« Les décisions du Conseil sont acquises à la majorité des trois quarts des membres visés au § 4, 1^o et 2^o, pour autant que cette majorité comprenne au moins deux membres visés au § 4, 2^o. »

Justification

Cet amendement précise la représentation et le mode de prise de décision au sein du Conseil national de la kinésithérapie.

L'auteur de la proposition de loi précise encore que l'amendement à cet article est une conséquence de l'audition des représentants des instituts de formation qui ont demandé que leur présence dans le Conseil supérieur de la kinésithérapie soit garantie. Cet amendement établit un lien entre le Conseil national et le

staat. (Die toestand is grotendeels te verklaren door het feit dat er jammer genoeg veel te veel kinesitherapeuten zijn, waardoor er een scherpe concurrentie ontstaat en waardoor de verleiding groot is om actief te worden in een andere sector).

Het risico bestaat dat dit de deur openzet voor de officiële erkenning van onzekere praktijken inzake lichamelijke of geestelijke gezondheid of voor praktijken die onzeker zijn omdat de opleidingen te beperkt zijn en die eventueel door de Sociale Zekerheid en door de patiënten betaald worden.

De risico's zijn des te groter omdat die Raad voor de overgrote meerderheid zou bestaan uit kinesitherapeuten en als dusdanig de richting zou uitgaan van een beroepsvereniging (art. 2, § 4) die niet zal nalaten haar invloed aan te wenden om de bovenvermelde behandelingen, waarvan er reeds een twintigtal door de scholen worden aangeboden als bijkomende opleiding, te doen erkennen.

Dit amendement wordt verworpen met 14 tegen 2 stemmen.

De heer Martens c.s. stellen bij amendement voor :

« In dit artikel, de volgende wijzigingen aan te brengen :

A) In de inleidende volzin de woorden « 2ter » te vervangen door de woorden « 21ter ».

B) § 4, 1^o, aan te vullen met het volgende zinsdeel :

« van wie ten minste vier personen hun beroep sedert ten minste tien jaar uitoefenen in het universitaire onderwijs in de kinesithérapie of in het hoger onderwijs buiten de universiteit in de kinesithérapie ».

C) In § 7 de laatste zin te vervangen door de woorden :

« De beslissingen van de Raad worden genomen bij drievierde meerderheid van de leden bepaald in § 4, 1^o en 2^o, voor zover deze meerderheid bestaat uit ten minste twee leden bepaald in § 4, 2^o. »

Verantwoording

Dit amendement verduidelijkt de vertegenwoordiging en de wijze van beslissing binnen de Nationale Raad voor de Kinesithérapie.

De auteur van het wetsvoorstel preciseert nog dat het amendement bij dit artikel een gevolg is van de hoorzitting met de vertegenwoordigers van de opleidingsinstituten die hebben gevraagd dat hun aanwezigheid in de Hoge Raad voor de Kinesithérapie zou worden gegarandeerd. Door dit amendement wordt

secteur de l'enseignement. Ainsi, tout le secteur professionnel est-il représenté: les médecins et leurs associations, les kinésithérapeutes et leurs associations et ceux qui proposent un enseignement en kinésithérapie.

Les amendements A, B et C sont adoptés par 14 voix et 2 abstentions.

L'article 2 ainsi amendé, qui devient l'article 3 du texte adopté par la commission, est adopté par 14 voix contre 2.

La commission décide encore de grouper les articles de la proposition de loi en trois chapitres. Le premier chapitre, comprenant les articles 1^{er} à 3, est intitulé « Insertion, dans l'arrêté royal n° 78, d'un chapitre I^{er}bis (nouveau) réglementant l'exercice de la kinésithérapie ».

Les articles suivants font l'objet d'un chapitre II intitulé « Autres modifications de l'arrêté royal n° 78 à la suite de l'insertion d'un chapitre I^{er}bis (nouveau) ».

Le dernier article contenant les dispositions transitoires et finales forme le chapitre III.

Article 3

M. Martens, Mme Creyf, MM. Gevenois, Leroy, Lenfant, Mmes Delcourt-Pêtre et Van der Wildt et M. Moens déposent l'amendement suivant:

« A cet article, remplacer le § 1^{er} par ce qui suit :

« § 1^{er}. A l'article 7, § 1^{er}, du même arrêté royal, les mots « 21bis » sont insérés entre les mots « articles 2, 3 et 4 » et les mots « ne peuvent exercer. »

Cet amendement est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

MM. Martens, Meesters, Leroy, Timmermans et Cuyvers déposent ensuite un amendement visant à supprimer, au § 2 de cet article, les mots « l'établissement universitaire ».

Les auteurs de l'amendement considèrent que les mots dont ils proposent la suppression sont en fait superflus.

L'amendement est adopté à l'unanimité des 16 membres présents.

L'article, qui devient l'article 4 du texte adopté par la commission, est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Articles 4 à 8

A ces articles, M. Martens, Mme Creyf, MM. Gevenois, Leroy, Lenfant, Mmes Delcourt-Pêtre et

de band gelegd tussen de Nationale Raad en de onderwijssector. Daardoor is meteen het beroepsveld volledig vertegenwoordigd: de artsen en hun verenigingen, de kinesitherapeuten en hun verenigingen en degenen die onderwijs in de kinesithérapie verstreken.

De amendementen A, B en C worden aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Het geamendeerde artikel, dat artikel 3 wordt van de tekst aangenomen door de commissie, wordt aangenomen met 14 stemmen tegen 2 stemmen.

De commissie beslist nog de artikelen van het wetsvoorstel te verdelen in drie hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk, dat de artikelen 1 t/m 3 omvat heeft als opschrift « Invoeging in het koninklijk besluit nr. 78 van een hoofdstuk Ibis (nieuw) tot regeling van de uitoefening van de kinesithérapie ».

De daarop volgende artikelen worden ondergebracht in hoofdstuk II met als opschrift « Andere wijzigingen van het koninklijk besluit nr. 78 ten gevolge van de invoeging van een hoofdstuk Ibis (nieuw) ».

Het laatste artikel met de « Overgangs- en slotbepalingen » vormt hoofdstuk III.

Artikel 3

De heer Martens, mevrouw Creyf, de heren Gevenois, Leroy, Lenfant, de dames Delcourt-Pêtre en Van der Wildt en de heer Moens dienen het volgende amendement in:

« In dit artikel, § 1 te vervangen als volgt :

« § 1. In artikel 7, § 1, van hetzelfde koninklijk besluit, worden de woorden « de artikelen 2, 3 en 4 » vervangen door de woorden « de artikelen 2, 3, 4 en 21bis. »

Dit amendement wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Vervolgens dienen de heren Martens, Meesters, Leroy, Timmermans en Cuyvers een amendement in strekkend: In § 2 van dit artikel, de woorden « de universitaire instelling » te doen vervallen.

De woorden waarvan de schrapping wordt voorgesteld, worden door de indieners van het amendement beschouwd als zijnde overbodig.

Het amendement wordt aangenomen bij eenparigheid van de 16 aanwezige leden.

Het artikel, dat artikel 4 wordt van de tekst aangenomen door de commissie, wordt aangenomen met 14 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikelen 4 tot en met 8

Op deze artikelen worden door de heer Martens, mevrouw Creyf, de heren Gevenois, Leroy, Lenfant,

Van der Wildt et M. Moens déposent une série d'amendements purement formels qui sont les corollaires de l'amendement adopté aux articles 1^{er} et 2 de la proposition de loi, à la suite duquel ces articles sont insérés dans l'arrêté royal n° 78 à un endroit autre que celui qui était initialement prévu. En outre, l'on dépose une série d'amendements visant à renuméroter le chapitre 1^{er}bis existant du même arrêté royal.

Ces amendements sont libellés comme suit:

Article 4. — Remplacer le § 1^{er} par ce qui suit:

« § 1^{er}. A l'article 8, § 1^{er}, premier alinéa, du même arrêté royal, les mots « à l'article 2 et à l'article 3 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, et 21bis. »

Article 5. — Remplacer cet article par ce qui suit:

« A l'article 9, § 1^{er}, premier alinéa, du même arrêté royal, les mots « aux articles 2, 3 et 4 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4 et 21bis. »

Article 6. — Au § 2 proposé par cet article, à la première et à l'avant-dernière ligne, remplacer les mots « 2bis » par les mots « 21bis ».

Article 7. — Remplacer cet article par ce qui suit:

« A l'article 18, § 2, du même arrêté royal, remplacer les mots « aux articles 2, 3 et 4 » par les mots « aux articles 2, 3, 4 et 21bis. »

Article 8. — Remplacer cet article par ce qui suit:

« A l'article 19 du même arrêté royal, les mots « aux articles 2, 3 et 4 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4 ou 21bis. »

Article 8bis (nouveau). — Insérer un article 8bis (nouveau) libellé comme suit:

« Le chapitre 1^{er}bis « L'exercice de l'art infirmier » est renuméroté en chapitre 1^{er}ter.

Article 8ter (nouveau). — Insérer un article 8ter (nouveau) libellé comme suit:

« § 1^{er}. L'article 21bis, du même arrêté royal, est renuméroté en article 21quater.

§ 2. Au § 1^{er} du même article, les mots « à l'article 21ter » sont remplacés par les mots « à l'article 21quinquies » et les mots « par l'article 21quater » sont remplacés par les mots « par l'article 21sexies ».

mevrouw Delcourt-Pêtre en Van der Wildt en de heer Moens louter formele amendementen ingediend die een gevolg zijn van de amendering van artikelen 1 en 2 van het wetsvoorstel en waardoor deze artikelen op een andere plaats dan oorspronkelijk voorzien in het koninklijk besluit nr. 78 worden ingevoegd. Bovendien worden nog een reeks amendementen ingediend tot vernummering van het bestaande hoofdstuk Ibis van hetzelfde koninklijk besluit.

Deze amendementen luiden als volgt:

Artikel 4. — § 1 te vervangen als volgt:

« § 1. In artikel 8, § 1, eerste lid, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « de bij artikel 2 en artikel 3 bedoelde beoefenaars » vervangen door de woorden « de bij de artikelen 2, 3 en 21bis bedoelde beoefenaars ».

Artikel 5. — Dit artikel te vervangen als volgt:

« In artikel 9, § 1, eerste lid, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « bedoeld bij de artikelen 2, 3 en 4 » vervangen door de woorden « bedoeld bij de artikelen 2, 3, 4 en 21bis ».

Artikel 6. — In § 2 voorgesteld door dit artikel, in de eerste en in de vierde regel de woorden « 2bis » te vervangen door de woorden « 21bis ».

Artikel 7. — Dit artikel te vervangen als volgt:

« In artikel 18, § 2, van hetzelfde koninklijk besluit, worden de woorden « bedoeld bij de artikelen 2, 3 en 4 » vervangen door de woorden « bedoeld bij de artikelen 2, 3, 4 en 21bis ».

Artikel 8. — Dit artikel te vervangen als volgt:

« In artikel 19 van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « bedoeld bij de artikelen 2, 3 of 4 » vervangen door de woorden « bedoeld bij de artikelen 2, 3, 4 of 21bis ».

Artikel 8bis (nieuw). — Een artikel 8bis (nieuw), in te voegen, luidende:

« Hoofdstuk Ibis « De uitoefening van de verpleegkunde » wordt vernummerd tot Hoofdstuk Iter. »

Artikel 8ter (nieuw). — Een artikel 8ter (nieuw), in te voegen, luidende:

« § 1. Artikel 21bis van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21quater.

§ 2. In § 1 van hetzelfde artikel worden de woorden « in artikel 21ter » en de woorden « in artikel 21quater » respectievelijk vervangen door de woorden « in artikel 21quinquies » en door de woorden « in artikel 21sexies ».

Article 8quater (nouveau). — Insérer un article 8quater (nouveau), libellé comme suit :

« § 1^{er}. L'article 21ter du même arrêté royal, est renuméroté en article 21quinquies.

§ 2. Au même article, les mots « 21bis » sont remplacés par les mots « 21quater. »

Article 8quinquies (nouveau). — Insérer un article 8quinquies (nouveau), libellé comme suit :

« § 1^{er}. L'article 21quater du même arrêté royal est renuméroté en article 21sexies.

§ 2. Au même article, les mots « 21bis » sont remplacés par les mots « 21quater. »

Article 8sexies (nouveau). — Insérer un article 8sexies (nouveau), libellé comme suit :

« § 1^{er}. L'article 21quinquies du même arrêté royal est renuméroté en article 21septies.

§ 2. Aux §§ 1^{er} et 2 du même article, les mots « 21bis » sont remplacés par les mots « 21quater. »

Article 8septies (nouveau). — Insérer un article 8septies (nouveau), libellé comme suit :

« L'article 21sexies du même arrêté royal est renuméroté en article 21octies. »

Article 8octies (nouveau). — Insérer un article 8octies (nouveau), libellé comme suit :

« § 1^{er}. L'article 21septies du même arrêté royal est renuméroté en article 21novies.

§ 2. Au même article, les mots « 21bis » sont remplacés par les mots « 21quater. »

Article 8novies (nouveau). — Insérer un article 8novies (nouveau), libellé comme suit :

« L'article 21octies du même arrêté royal est renuméroté en article 21decies. »

Article 8decies (nouveau). — Insérer un article 8decies (nouveau), libellé comme suit :

« § 1^{er}. L'article 21novies du même arrêté royal est renuméroté en article 21undecies.

§ 2. Au § 2 du même article, les mots « 21bis » sont remplacés par les mots « 21quater. »

Article 8undecies (nouveau). — Insérer un article 8undecies (nouveau), libellé comme suit :

« L'article 21decies du même arrêté royal est renuméroté en article 21duodecies. »

Article 8duodecies (nouveau). — Insérer un article 8duodecies (nouveau), libellé comme suit :

« § 1^{er}. L'article 21undecies du même arrêté royal est renuméroté en article 21terdecies.

Artikel 8quater (nieuw). — Een artikel 8quater (nieuw), in te voegen, luidende :

« § 1. Artikel 21ter van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21quinquies.

§ 2. In hetzelfde artikel worden de woorden « 21bis » vervangen door de woorden « 21quater ».

Artikel 8quinquies (nieuw). — Een artikel 8quinquies (nieuw), in te voegen, luidende :

« § 1. Artikel 21quater van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21sexies.

§ 2. In hetzelfde artikel worden de woorden « 21bis » vervangen door de woorden « 21quater ».

Artikel 8sexies (nieuw). — Een artikel 8sexies (nieuw), in te voegen, luidende :

« § 1. Artikel 21quinquies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21septies.

§ 2. In de §§ 1 en 2 van hetzelfde artikel worden de woorden « 21bis » telkens vervangen door de woorden « 21quater ».

Artikel 8septies (nieuw). — Een artikel 8septies (nieuw), in te voegen, luidende :

« Artikel 21sexies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21octies. »

Artikel 8octies (nieuw). — Een artikel 8octies (nieuw), in te voegen, luidende :

« § 1. Artikel 21septies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21novies.

§ 2. In hetzelfde artikel worden de woorden « 21bis » vervangen door de woorden « 21quater ».

Artikel 8novies (nieuw). — Een artikel 8novies (nieuw), in te voegen, luidende :

« Artikel 21octies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21decies. »

Artikel 8decies (nieuw). — Een artikel 8decies (nieuw), in te voegen, luidende :

« § 1. Artikel 21novies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21undecies. »

§ 2. In § 2 van hetzelfde artikel worden de woorden « 21bis » vervangen door de woorden « 21quater ».

Artikel 8undecies (nieuw). — Een artikel 8undecies (nieuw), in te voegen, luidende :

« Artikel 21decies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21duodecies. »

Artikel 8duodecies (nieuw). — Een artikel 8duodecies (nieuw), in te voegen, luidende :

« § 1. Artikel 21undecies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21terdecies. »

§ 2. Au même article, les mots « 21decies » sont remplacés par les mots « 21duodecies. »

Article 8terdecies (nouveau). — Insérer un article 8terdecies (nouveau), libellé comme suit :

« L'article 21duodecies du même arrêté royal est renuméroté en article 21quaterdecies. »

Les articles 4 à 8terdecies (nouveau), qui deviennent les articles 5 à 21 du texte adopté par la commission, sont adoptés par 14 voix et 2 abstentions.

Article 9

MM. Meesters et Cuyvers proposent, par la voie d'un amendement, de supprimer cet article.

Justification

Une telle disposition n'existe dans aucun pays au monde.

Il faut bien admettre qu'au vu ni des responsabilités, ni de la durée des études, ni du volume du savoir professionnel, ni de la dangerosité ou de complexité des traitements, la kinésithérapie n'a l'importance de la médecine. A fortiori, de la médecine spécialisée.

Certaines dispositions du texte iraient jusqu'à lui donner plus de poids encore que celles-ci (art. 17), aux termes duquel l'avis des académies de médecine serait, en matière de kinésithérapie, superflu, alors qu'il est impérativement exigé en matière de médecine.

De même, lorsque le pouvoir exécutif prendrait un arrêté royal en désaccord avec le « Conseil national de la kinésithérapie », cet arrêté royal devrait être publié, accompagné d'un rapport exécutif au Roi.

Vu leur représentation de 2/3 au sein de leur « conseil », les kinésithérapeutes pourraient décider librement de s'approprier des actes kinésithérapeutiques et médicaux de leur choix, sans justification quelconque aux experts médicaux.

L'auteur de la proposition de loi ne souscrit pas à ce qui est dit dans la justification de cet amendement.

Aux Pays-Bas, les kinésithérapeutes ont un statut comparable à celui qui est proposé.

27 des 52 Etats américains ont un statut beaucoup plus proche de celui du médecin. Le patient y a directement accès au kinésithérapeute.

§ 2. In hetzelfde artikel worden de woorden « 21bis » vervangen door de woorden « 21duodecies ».

Artikel 8terdecies (nieuw). — Een artikel 8terdecies (nieuw), in te voegen, luidende :

« Artikel 21duodecies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21quaterdecies. »

De artikelen 4 tot en met 8terdecies (nieuw), die de artikelen 5 tot en met 21 worden van de tekst aangenomen door de commissie, worden aangenomen met 14 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikel 9

De heren Meesters en Cuyvers stellen bij amendement voor dit artikel te doen vervallen.

Verantwoording

Een dergelijke regeling bestaat in geen enkel land ter wereld.

Men moet toch erkennen dat de kinesitherapie niet dezelfde belangrijke rol speelt als de geneeskunde, a fortiori de gespecialiseerde geneeskunde, rekening houdend met de verantwoordelijkheid, de duur van de opleiding, de omvang van de beroepskennis en met het gevaar of de complexiteit van de behandelingen.

Sommige bepalingen van de tekst zouden de kinesitherapie nog meer gewicht toekennen dan reeds bepaald is (artikel 17), zodat het advies van de Koninklijke Academiën voor Geneeskunde inzake kinesitherapie overbodig zou worden terwijl het op het vlak van de geneeskunde absoluut vereist wordt.

Wanneer de uitvoerende macht een koninklijk besluit neemt dat afwijkt van het advies van de Nationale Raad voor de Kinesitherapie, zou dit koninklijk besluit dan ook gepubliceerd moeten worden samen met een verslag aan de Koning.

Rekening houdend met hun tweederde vertegenwoordiging in hun « Raad », zouden de kinesitherapeuten vrij kunnen besluiten sommige kinesitherapeutische en medische handelingen van hun keuze naar zich toe te trekken zonder dat zij enige verantwoording verschuldigd zijn aan de medische experts.

De auteur van het wetsvoorstel is het niet eens met wat in de verantwoording van dit amendement wordt gezegd.

In Nederland hebben de kinesitherapeuten een statuut dat vergelijkbaar is met datgene wat wordt voorgesteld.

In 27 van de 52 Amerikaanse Staten is er een statuut dat veel nauwer aansluit bij dat van de arts. De patiënt heeft er rechtstreeks toegang tot de kinesitherapeut.

L'auteur ne souscrit pas non plus à l'affirmation selon laquelle les kinésithérapeutes pourraient s'approprier des actes médicaux sans devoir de justification aux experts médicaux. Les arrêtés royaux qui seraient pris sur l'avis du Conseil supérieur de la kinésithérapie ne peuvent être contraires à la loi sur laquelle ils s'appuient. En cas de divergence de vues entre médecins et kinésithérapeutes siégeant au Conseil supérieur, c'est un avis partagé qui sera émis, voire aucun avis du tout. En outre, les académies de médecine doivent également formuler un avis. L'auteur de l'amendement devra d'ailleurs admettre que ces académies ne sont pas parvenues, jusqu'à présent, à formuler, au sujet de cette profession, un avis qui soit acceptable pour tous.

Un commissaire ajoute qu'il subsiste une distinction claire entre ce que peuvent et doivent faire le médecin et le kinésithérapeute. Le médecin a une responsabilité plus grande et occupe une position hiérarchique supérieure à celle du kinésithérapeute.

D'autre part, il est vrai que le kinésithérapeute n'est pas placé au même niveau que le paramédical, dont la capacité à intervenir est encore plus réduite.

Un autre membre remarque qu'il y a, en dehors des kinésithérapeutes, encore d'autres groupes professionnels, œuvrant dans le secteur des soins, qui n'ont pas non plus de statut. Le Gouvernement ne devrait-il pas prendre une initiative en vue de la reconnaissance de ces professions ?

L'auteur de la proposition de loi répond que les actes accomplis par l'ostéopathe relèvent du domaine de la kinésithérapie. La formation d'ostéopathe est une spécialisation suivie par des kinésithérapeutes. La proposition de loi à l'examen vise aussi à réglementer cette profession. La spécificité de cette profession peut également être reconnue.

Le ministre souligne que la notion de paramédical ne recouvre pas le même concept dans les différents pays. En Belgique, l'arrêté royal n° 78 considère les auxiliaires paramédicaux comme des personnes qui travaillent sous l'autorité d'une autre personne et qui n'ont aucune autonomie. Néanmoins, il existe un Conseil national et une commission technique des professions paramédicales qui travaillent à la définition d'un certain nombre de professions. A travers des listes d'actes, on s'aperçoit qu'il y a différents types de paramédicaux. Il y en a qui répondent toujours à la notion des années 60, qui sont des exécutants (p.ex. technicien de laboratoire). D'autres professions, comme l'ergothérapie et la logopédie, ont une certaine autonomie.

Une fois que les professions paramédicales auront été définies, on se trouvera devant deux catégories. A ce moment, il sera nécessaire de faire la distinction dans l'arrêté royal n° 78.

De auteur is het evenmin eens met de stelling dat de kinesitherapeuten medische handelingen naar zich toe zouden kunnen trekken zonder verantwoording verschuldigd te zijn aan de medische experts. De koninklijke besluiten die op advies van de Hoge Raad voor de kinesitherapie zouden worden getroffen, kunnen niet strijdig zijn met de wet waarop zij steunen. Ingeval artsen en kinesitherapeuten in de Hoge Raad van mening verschillen, zal er een verdeeld advies of helemaal geen advies worden uitgebracht. Bovendien moeten ook de Academiën voor Geneeskunde advies uitbrengen. De auteur van het amendement zal overigens moeten toegeven dat die Academiën er tot nu toe niet in geslaagd zijn een voor iedereen aanvaardbaar advies betreffende dit beroep uit te brengen.

Een commissielid voegt hier nog aan toe dat er een duidelijk onderscheid blijft tussen wat de arts en de kinesitherapeut mogen en kunnen doen. De arts heeft een grotere verantwoordelijkheid en staat ook hiërarchisch boven de kinesitherapeut.

Van de andere kant is het juist dat de kinesitherapeut niet wordt geplaatst op het niveau van de paramedicus, wiens handelingsbekwaamheid nog beperkter is.

Een ander lid merkt op dat er, buiten de kinesitherapeuten, nog een aantal andere beroepsgroepen in de verzorgingssector werkzaam zijn waarvoor evenmin een statuut is. Zou de Regering geen initiatief moeten nemen om ook die beroepen te erkennen ?

De auteur van het wetsvoorstel antwoordt dat de handelingen gesteld door de osteopaat binnen het domein van de kinesitherapie vallen. De opleiding tot osteopaat is een door kinesitherapeuten gevolgde specialisatieopleiding. Dit beroep zal met dit wetsvoorstel worden geregeld. Ook de specificiteit van dit beroep kan worden erkend.

De minister wijst erop dat het begrip « paramedisch » in de verschillende landen niet dezelfde inhoud dekt. In België gaat het koninklijk besluit nr. 78 ervan uit dat paramedici personen zijn die onder het gezag van een andere persoon staan en zelf geen enkele autonomie genieten. Er bestaat evenwel een Nationale Raad en een Technische Commissie voor de paramedische beroepen die voor een aantal beroepen een definitie aan het opstellen zijn. Uit de lijsten van de handelingen kan men opmaken dat er verschillende soorten van paramedici zijn. Er zijn er die nog steeds beantwoorden aan de inhoud van het begrip in de jaren zestig, die dus gewoon uitvoerders zijn (bijvoorbeeld laboranten). In andere beroepen zoals de ergotherapie en de logopedie hebben paramedici wel een zekere autonomie.

Zodra er een definitie bestaat van de paramedische beroepen, zullen er twee categorieën zijn. Dan zal men dat onderscheid ook moeten invoeren in het koninklijk besluit nr. 78.

Le travail effectué actuellement permettra de faire la clarté sur toutes les spécialisations.

Le ministre conclut que l'arrêté royal n° 78 permet la reconnaissance des spécialisations, entre autres pour les kinésithérapeutes et même pour les paramédicaux.

Mis aux voix, l'amendement est rejeté par 14 voix contre 2.

MM. Martens et consorts proposent, par la voie d'un amendement, de remplacer cet article par ce qui suit :

« A l'article 22, 1^o, du même arrêté royal, les mots « et aux articles 3, 4 et 21bis » sont remplacés par les mots « et aux articles 3, 4, 21bis et 21quater. »

Cet amendement est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Cet article devient l'article 22.

Article 10

MM. Martens et consorts proposent, par la voie d'un amendement, de remplacer cet article par ce qui suit :

« A l'article 24 du même arrêté royal, les mots « et aux articles 3 et 4 » sont remplacés par les mots « et aux articles 3, 4 et 21bis. »

Cet amendement est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Ce vote implique le rejet d'un amendement de MM. Meesters et Cuyvers visant à supprimer cet article.

Cet article devient l'article 23.

Article 11

MM. Martens et consorts déposent l'amendement suivant :

« Remplacer cet article par ce qui suit :

« § 1^{er}. A l'article 30, § 1^{er}, premier alinéa, du même arrêté royal, il est inséré un 5^obis, rédigé comme suit :

« 5^obis. De deux kinésithérapeutes ».

§ 2. Au même alinéa, le 5^obis est renuméroté en 5^oter.

§ 3. Au même § 1^{er}, deuxième alinéa, les mots « 5^obis » sont remplacés par les mots « 5^oter. »

Met het werk dat thans wordt uitgevoerd, kan men klaarheid brengen in alle specialismen.

Tot besluit wijst de minister erop dat men met het koninklijk besluit nr. 78 de specialismen kan erkennen, onder andere voor de kinesitherapeuten en zelfs voor de paramedici.

Bij de stemming wordt dit amendement verworpen met 14 tegen 2 stemmen.

De heer Martens c.s. stellen bij amendement voor dit artikel te vervangen als volgt :

« In artikel 22, 1^o, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « de artikelen 3, 4 en 21bis » vervangen door de woorden « de artikelen 3, 4, 21bis en 21quater ». »

Dit amendement wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 22.

Artikel 10

De heer Martens c.s. stellen bij amendement voor dit artikel te vervangen als volgt :

« In artikel 24 van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « en de artikelen 3 en 4 » vervangen door de woorden « en de artikelen 3, 4 en 21bis. »

Dit amendement wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Deze stemming houdt de verwerping in van een amendement van de heren Meesters en Cuyvers tot schrapping van dit artikel.

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 23.

Artikel 11

De heer Martens c.s. dient het volgende amendement in :

Dit artikel te vervangen als volgt :

« § 1. In artikel 30, § 1, eerste lid, van hetzelfde koninklijk besluit wordt een 5^obis ingevoegd, luidende :

« 5^obis. Twee kinesitherapeuten ».

§ 2. In hetzelfde lid wordt het 5^obis vernummerd tot het 5^oter.

§ 3. In dezelfde § 1, tweede lid, worden de woorden « 5^obis » vervangen door de woorden « 5^oter. »

Justification

Les kinésithérapeutes siégeront comme les praticiens de l'art de guérir et les praticiens de l'art infirmier, afin de garder le contact avec l'ensemble des professions paramédicales, dont ils partagent certains champs d'intervention.

MM. Meesters et Cuyvers proposent, par la voie d'un amendement, de supprimer cet article.

L'amendement de MM. Martens et consorts est adopté par 14 voix et 2 abstentions, ce qui implique le rejet de l'amendement de MM. Meesters et Cuyvers.

Cet article devient l'article 24.

Article 12

MM. Martens et consorts déposent l'amendement suivant :

« Remplacer cet article par ce qui suit :

« A l'article 35ter du même arrêté royal, les mots « aux articles 2, 3, 4, 5, § 2, 21bis et 22 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4, 5, § 2, 21bis, 21quater et 22. »

Cet amendement est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Ce vote implique le rejet de l'amendement de MM. Meesters et Cuyvers visant à supprimer cet article.

Cet article devient l'article 25.

Article 13

MM. Martens et consorts proposent, par la voie d'un amendement, de remplacer cet article par ce qui suit :

« § 1^{er}. A l'article 36, § 2, du même arrêté royal, il est inséré un 7^{obis} rédigé comme suit :

« 7^{obis} deux kinésithérapeutes. »

§ 2. Au même § 2, le 7^{obis} est renuméroté en 7^{oter}.

Justification

Voir l'amendement à l'article 11.

Cet amendement est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Cet article devient l'article 26.

Verantwoording

De kinesitherapeuten zullen net zoals de beoefenaars van de geneeskunde en de beoefenaars van de verpleegkunde in de Raad zitting hebben teneinde contact te houden met de beoefenaars van alle paramedische beroepen waarmee de kinesitherapie raakvlakken vertoont.

De heren Meesters en Cuyvers stellen bij amendement voor dit artikel te doen vervallen.

Het amendement van de heer Martens c.s. wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen hetgeen de verwerping inhoudt van het amendement van de heren Meesters en Cuyvers.

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 24.

Artikel 12

De heer Martens c.s. stelt bij amendement voor :

« Dit artikel te vervangen als volgt :

« In artikel 35ter van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « artikelen 2, 3, 4, 5, § 2, 21bis en 22 » vervangen door de woorden « artikelen 2, 3, 4, 5, § 2, 21bis, 21quater en 22. »

Dit amendement wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Door deze stemming wordt het amendement van de heren Meesters en Cuyvers tot schrapping van het artikel verworpen.

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 25.

Artikel 13

De heer Martens c.s. stellen bij dit amendement voor dit artikel te vervangen als volgt :

« § 1. In artikel 36, § 2, van hetzelfde koninklijk besluit wordt een 7^{obis} ingevoegd, luidende :

« 7^{obis} twee kinesitherapeuten. »

§ 2. In dezelfde § 2, wordt het 7^{obis} vernummerd tot het 7^{oter}.

Verantwoording

Zie amendement op artikel 11.

Dit amendement wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 26.

Article 14

MM. Martens et consorts proposent, par la voie d'un amendement, de remplacer cet article par ce qui suit :

« A l'article 37, § 1^{er}, 2^o, b), du même arrêté royal, les mots « aux articles 2, 3, 4 » sont remplacés par les mots aux articles 2, 3, 4 ou 21bis. »

MM. Meesters et Cuyvers proposent de supprimer cet article.

L'amendement de MM. Martens et consorts est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Cet article devient l'article 27.

Article 15

MM. Martens et consorts déposent l'amendement suivant :

« Remplacer cet article par ce qui suit :

« A l'article 38 du même arrêté royal, les modifications suivantes sont apportées :

« Au § 1^{er}, 1^o, premier et quatrième alinéas, les mots « aux articles 2, 3, 4 ou 51 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4, 21bis ou 51 ».

Au même § 1^{er}, 3^o, deuxième alinéa, les mots « aux articles 2, 3 ou 4 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4 ou 21bis ».

Au § 2, 2^o, les mots « aux articles 2, 3, 4, 5 et 6 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4, 5, 6 et 21bis. »

MM. Meesters et Cuyvers proposent de supprimer cet article.

L'amendement de MM. Martens et consorts est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Cet article devient l'article 28.

Articles 15bis à 15quinquies (nouveaux)

MM. Martens et consorts déposent une série d'amendements purement formels visant à insérer les articles 15bis à 15quinquies (nouveaux). Ces amendements sont libellés comme suit :

Art. 15bis (nouveau). Insérer un article 15bis (nouveau), libellé comme suit :

« A l'article 38ter du même arrêté royal, les mots « 21bis, 21ter, 21quater et 21sexies » sont remplacés respectivement par les mots « 21quater, 21quinquies, 21sexies et 21octies ».

Art. 15ter (nouveau). Insérer un article 15ter (nouveau), libellé comme suit :

Artikel 14

De heer Martens c.s. stellen bij amendement voor dit artikel te vervangen als volgt :

« In artikel 37, § 1, 2^o, b), van hetzelfde koninklijk besluit, worden de woorden « de artikelen 2, 3 of 4 » vervangen door de woorden « de artikelen 2, 3, 4 of 21bis. »

De heren Meesters en Cuyvers stellen voor dit artikel te doen vervallen.

Het amendement van de heer Martens c.s. wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 27.

Artikel 15

De heer Martens c.s. dienen het volgende amendement in :

« Dit artikel te vervangen als volgt :

« In artikel 38 van hetzelfde koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

« In § 1, 1^o, eerste en vierde lid, worden de woorden « de artikelen 2, 3, 4 of 51 » vervangen door de woorden « de artikelen 2, 3, 4, 21bis of 51 ».

In dezelfde § 1, 3^o, tweede lid, worden de woorden « de artikelen 2, 3 of 4 » vervangen door de woorden « de artikelen 2, 3, 4 of 21bis ».

In § 2, 2^o, worden de woorden « artikelen 2, 3, 4, 5 en 6 » vervangen door de woorden « artikelen 2, 3, 4, 5, 6 en 21bis. »

De heren Meesters en Cuyvers stellen voor dit artikel te doen vervallen.

Het amendement van de heer Martens c.s. wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 28.

Artikelen 15bis (nieuw) tot en met 15quinquies (nieuw)

De heren Martens c.s. dienen een reeks, louter formele, amendementen in tot invoeging van de artikelen 15bis (nieuw) tot 15quinquies (nieuw). Deze amendementen luiden als volgt :

Art. 15bis (nieuw). Een artikel 15bis (nieuw), in te voegen, luidende :

« In artikel 38ter van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21bis, 21ter, 21quater en 21sexies » respectievelijk vervangen door de woorden « 21quater, 21quinquies, 21sexies en 21octies ».

Art. 15ter (nieuw). Een artikel 15ter (nieuw), in te voegen, luidende :

« A l'article 38quater du même arrêté royal, les mots « 21quinquies » et « 21septies » sont remplacés respectivement par les mots « 21septies » et « 21novies ».

Art. 15quater (nouveau). Insérer un article 15quater (nouveau), libellé comme suit :

« A l'article 38, 1^o, du même arrêté royal, les mots « 2bis » et « 21ter » sont remplacés respectivement par les mots « 21quater » et « 21quinquies ».

Art. 15quinquies (nouveau). Insérer un article 15quinquies (nouveau), libellé comme suit :

« A l'article 44octies, premier alinéa, du même arrêté royal, les mots « 21quater » sont remplacés par les mots « 21sexies ».

Ces amendements sont adoptés par 14 voix et 2 abstentions.

Les articles 15bis à 15quinquies (nouveaux) deviennent les articles 29 à 32.

Article 16

MM. Martens et consorts déposent l'amendement suivant :

Remplacer cet article par ce qui suit :

« § 1^{er}. A l'article 45, § 1^{er}, du même arrêté royal, les mots « Conseil national de la kinésithérapie » sont insérés entre les mots « de la Commission médicale de recours » et les mots « du Conseil national de l'art infirmier ».

§ 2. Au § 2 du même article, les mots « 21quater » sont remplacés par les mots « 21sexies ».

MM. Meesters et Cuyvers proposent de supprimer cet article.

Mis aux voix, l'amendement de MM. Martens et consorts est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Cet article devient l'article 33.

MM. Martens et consorts déposent ensuite un amendement visant à insérer un article 16bis (nouveau), libellé comme suit :

« A l'article 46bis, § 1^{er}, du même arrêté royal, les mots « 21ter » et « 21duodecies » sont remplacés respectivement par les mots « 21quinquies » et « 21quaterdecies ».

Cet amendement, qui devient l'article 34 du texte adopté par la commission, est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

« In artikel 38quater van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21quinquies » en de woorden « 21septies » respectievelijk vervangen door de woorden « 21septies » en « 21novies ».

Art. 15quater (nieuw). Een artikel 15quater (nieuw), in te voegen, luidende :

« In artikel 39, 1^o, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21bis » en de woorden « 21ter » respectievelijk vervangen door de woorden « 21quater » en de woorden « 21quinquies ».

Art. 15quinquies (nieuw). Een artikel 15quinquies (nieuw), in te voegen, luidende :

« In artikel 44octies, eerste lid, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21quater » vervangen door de woorden « 21sexies ».

Deze amendementen worden aangenomen met 14 stemmen bij 2 onthoudingen.

De artikelen 15bis (nieuw) tot 15quinquies (nieuw) worden vernummerd tot de artikelen 29 tot en met 32.

Artikel 16

De heren Martens c.s. dienen het volgende amendement in :

Dit artikel, te vervangen als volgt :

« § 1. In artikel 45, § 1, van hetzelfde koninklijk besluit worden tussen de woorden « de geneeskundige commissie van beroep » en de woorden « de Nationale Raad voor verpleegkunde » de woorden « de Nationale Raad voor de kinesitherapie » ingevoegd.

« § 2. In § 2 van hetzelfde artikel worden de woorden « 21quater » vervangen door de woorden « 21sexies ».

De heren Meesters en Cuyvers stellen voor het artikel te doen vervallen.

Het amendement van de heren Martens c.s. wordt ter stemming gelegd en aangenomen met 14 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het artikel wordt vernummerd tot artikel 33.

De heren Martens c.s. dienen vervolgens een amendement in tot invoeging van een artikel 16bis (nieuw) luidend als volgt :

« In artikel 46bis, § 1, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21ter » en de woorden « 21duodecies » respectievelijk vervangen door de woorden « 21quinquies » en « 21quaterdecies ».

Dit amendement, dat artikel 34 wordt van de tekst aangenomen door de commissie, wordt aangenomen met 14 stemmen bij 2 onthoudingen.

Article 17

MM. Martens et consorts proposent, par la voie d'un amendement, de remplacer, au § 1^{er} de l'article 47 proposé par cet article, les mots « 2bis » par les mots « 21bis ».

MM. Meesters et Cuyvers proposent, par la voie d'un amendement, de supprimer cet article.

Ils justifient comme suit leur amendement visant à supprimer les articles 10, 11, 12, 14, 15, 16 et 17 de la proposition de loi:

Leur suppression est inhérente à la suppression de l'article 2 qui propose l'instauration d'un Conseil national de la kinésithérapie.

L'amendement de MM. Martens et consorts est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

La commission décide encore de remplacer, à l'avant-dernière phrase du § 1^{er} de l'article 47 proposé, le mot « inférieur » par le mot « supérieur ». A la lumière, notamment, de ce que dispose la dernière phrase du même paragraphe, il s'agit d'une erreur.

L'article amendé, ainsi modifié, est adopté par 14 voix et 2 abstentions.

Cet article devient l'article 35.

MM. Martens et consorts déposent ensuite une série d'amendements visant à insérer les articles suivants:

« Article 17bis (nouveau). — Insérer un article 17bis (nouveau), libellé comme suit :

« A l'article 49, premier alinéa, du même arrêté royal, les mots « 21ter » sont remplacés par les mots « 21quinquies ».

Article 17ter (nouveau). — Insérer un article 17ter (nouveau), libellé comme suit :

« A l'article 50, § 1^{er}, deuxième alinéa, et § 5, du même arrêté royal, les mots « 21ter » sont remplacés par les mots « 21quinquies ».

Article 17quater (nouveau). — Insérer un article 17quater (nouveau), libellé comme suit :

« A l'article 54bis, § 1^{er}, du même arrêté royal, les mots « 21bis » sont remplacés par les mots « 21quater ».

Ces amendements sont adoptés par 14 voix et 2 abstentions.

Les articles 17bis à 17quater (nouveaux) deviennent les articles 36 à 38.

Artikel 17

De heer Martens c.s. stellen bij amendement voor in § 1 van het artikel 47 voorgesteld door dit artikel, de woorden « 2bis » te vervangen door de woorden « 21bis ».

De heren Meesters en Cuyvers stellen bij amendement voor dit artikel te doen vervallen.

Zij verantwoorden hun amendementen tot schrapping van de artikelen 10, 11, 12, 14, 15, 16 en 17 van het wetsvoorstel als volgt:

Deze opheffing hangt samen met de opheffing van artikel 2 waarin de oprichting van een Nationale Raad voor de kinesithérapie voorgesteld wordt.

Het amendement van de heer Martens c.s. wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

De Commissie beslist nog in de op één na laatste volzin van § 1 van het voorgestelde artikel 47, het woord « korter » te vervangen door het woord « langer ». Blijkbaar gaat het hier om een vergissing, mede gelet op het bepaalde in de laatste volzin van dezelfde paragraaf.

Het geamendeerde artikel wordt met die wijziging aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

Dit artikel wordt vernummerd tot artikel 35.

De heer Martens c.s. dienen vervolgens amendementen in tot invoering van de volgende artikelen.

« Artikel 17bis (nieuw). — Een artikel 17bis (nieuw), in te voegen, luidende :

« In artikel 49, eerste lid, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21ter » vervangen door de woorden « 21quinquies ».

Artikel 17ter (nieuw). — Een artikel 17ter (nieuw), in te voegen, luidende :

« In artikel 50, § 1, tweede lid, en § 5, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21ter » vervangen door de woorden « 21quinquies ».

Artikel 17quater (nieuw). — Een artikel 17quater (nieuw), in te voegen, luidende :

« In artikel 54bis, § 1, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21bis » vervangen door de woorden « 21quater ».

Deze amendementen worden aangenomen met 14 stemmen, bij 2 onthoudingen.

De artikelen 17bis tot en met 17quater (nieuw) worden vernummerd tot de artikelen 36 tot en met 38.

Article 18

MM. Martens et consorts proposent, par la voie d'un amendement, de remplacer, au premier alinéa de cet article, les mots « 2bis » par les mots « 21bis ».

Cet amendement est adopté par 14 voix et 3 abstentions.

Mme Delcourt-Pêtre, M. Gevenois, Mmes Creyf et Van der Wildt et M. Cuyvers déposent l'amendement suivant :

« Au 2^o de cet article, remplacer les mots « 1^{er} novembre 1994 » par les mots « 1^{er} novembre 1996 » et les mots « avant le 1^{er} novembre 2000 » par les mots « avant le 1^{er} novembre 2001. »

Justification

Il est nécessaire de donner aux établissements d'enseignement de la kinésithérapie le temps d'organisation des études sur la base des nouvelles dispositions de la loi, et des modifications qui en découleront pour les communautés.

Cet amendement est adopté par 16 voix et 1 abstention.

L'article ainsi amendé, qui devient l'article 39, est adopté par 14 voix et 3 abstentions.

*
* *

L'ensemble de la proposition de loi ainsi amendée a été adopté par 15 voix et 3 abstentions.

A la suite de l'adoption de la présente proposition de loi, les propositions n^{os} 426-1, 541-1 et 636-1, déposées respectivement par M. Diegenant, Mme Delcourt-Pêtre et MM. Gevenois et Taminiaux, deviennent sans objet. La commission propose dès lors de les retirer de l'ordre du jour du Sénat.

Le présent rapport a été approuvé par 12 voix et 1 abstention.

La Rapporteuse,
Simonne CREYF.

Le Président,
Achille DIEGENANT.

Artikel 18

De heer Martens c.s. stellen bij amendement voor in het eerste lid van dit artikel, de woorden « 2bis » te vervangen door de woorden « 21bis ».

Dit amendement wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 3 onthoudingen.

Mevrouw Delcourt-Pêtre, de heer Gevenois, de dames Creyf en Van der Wildt en de heer Cuyvers dienen het volgende amendement in :

In het 2^o van dit artikel, de woorden « 1 november 1994 » te vervangen door de woorden « 1 november 1996 » en de woorden « vóór 1 november 2000 » te vervangen door de woorden « vóór 1 november 2001. »

Verantwoording

Het is noodzakelijk de onderwijsinstellingen voor kinesithérapie tijd te geven om de opleiding te organiseren op grond van de nieuwe wetsbepalingen en de wijzigingen die eruit voortvloeien voor de Gemeenschappen.

Dit amendement wordt aangenomen met 16 stemmen, bij 1 onthouding.

Het geamendeerde artikel, dat vernummerd wordt tot artikel 39, wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 3 onthoudingen.

*
* *

Het geamendeerde wetsvoorstel in zijn geheel wordt aangenomen met 15 stemmen, bij 3 onthoudingen.

Ten gevolge van de aanvaarding van dit wetsvoorstel zijn de voorstellen nrs. 426-1, 541-1 en 636-1, respectievelijk ingediend door de heer Diegenant, mevrouw Delcourt-Pêtre en de heren Gevenois en Taminiaux overbodig geworden. De commissie stelt voor deze wetsvoorstellen van de agenda van de Senaat af te voeren.

Dit verslag is goedgekeurd met 12 stemmen bij 1 onthouding.

De Rapporteur,
Simonne CREYF.

De Voorzitter,
Achille DIEGENANT.

TEXTE ADOPTÉ
PAR LA COMMISSION

CHAPITRE PREMIER

Insertion, dans l'arrêté royal n° 78, d'un chapitre I^{er}bis réglementant l'exercice de la kinésithérapie

Article premier (nouveau)

Dans l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, modifié par les lois des 26 avril 1973, 17 décembre 1973, 20 décembre 1974, 13 décembre 1976 et 30 décembre 1977, l'arrêté royal du 8 juin 1983, les lois des 14 mai 1985 et 26 décembre 1985, l'arrêté royal du 26 décembre 1985, les lois des 19 décembre 1990 et 26 juin 1992 et l'arrêté royal du 9 novembre 1992, est inséré un chapitre I^{er}bis (nouveau) intitulé « L'exercice de la kinésithérapie ».

Art. 2 (art. 1^{er} de la proposition de loi)

Dans le même arrêté royal est inséré un article 21bis, rédigé comme suit:

« Article 21bis. — § 1^{er}. Par dérogation à l'article 2, § 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.

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

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 kinésithérapeute s'il n'est titulaire de l'agrément visé au § 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 § 1^{er} de procéder habituellement à:

TEKST AANGENOMEN
DOOR DE COMMISSIE

HOOFDSTUK I

Invoeging in het koninklijk besluit nr. 78 van een hoofdstuk Ibis tot regeling van de uitoefening van de kinesitherapie

Artikel 1 (nieuw)

In het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, gewijzigd bij de wetten van 26 april 1973, 17 december 1973, 20 december 1974, 13 december 1976 en 30 december 1977, het koninklijk besluit van 8 juni 1983, de wetten van 14 mei 1985 en 26 december 1985, het koninklijk besluit van 26 december 1985, de wetten van 19 december 1990 en 26 juni 1992 en het koninklijk besluit van 9 november 1992, wordt een hoofdstuk Ibis (nieuw) ingevoegd met als opschrift: « De uitoefening van de kinesitherapie ».

Art. 2 (art. 1 van het wetsvoorstel)

In hetzelfde koninklijk besluit wordt een artikel 21bis ingevoegd, luidend als volgt:

« Artikel 21bis. — § 1. In afwijking van artikel 2, § 1, en zonder de betekenis van het begrip « de geneeskunde », bepaald in dit artikel, te beperken, mag niemand de kinesitherapie uitoefenen die niet houder is van een erkenning afgegeven door de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.

§ 2. De Koning kan de voorwaarden en regels bepalen voor het verkrijgen, het behouden en het intrekken van de in § 1 bedoelde erkenning.

Deze erkenning mag enkel toegekend worden aan de houder van een universitair diploma in kinesitherapie of een diploma van hoger onderwijs buiten de universiteit in kinesitherapie dat een opleiding in het kader van een voltijds onderwijs bekroont dat ten minste vier studie jaren omvat.

§ 3. Niemand mag de beroepstitel van kinesitherapeut dragen die niet houder is van de in § 1 bedoelde erkenning.

§ 4. Als onwettige uitoefening van de kinesitherapie wordt beschouwd, het gewoonlijk verrichten door een persoon die er niet toe gemachtigd is krachtens § 1 van:

1° des interventions systématiques destinées à remédier à des troubles fonctionnels de nature musculo-squelettique, neurophysiologique, respiratoire, cardiovasculaire et psychomotrice par l'application d'une 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 électro-magnétiques, les ultrasons, le chaud et le froid ou la balnéation;

2° 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°;

3° la conception et la mise au point de traitements constitués d'interventions visées au 1°;

4° la gymnastique prénatale et postnatale.

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

§ 6. Les personnes agréées en vertu du § 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 2, § 1^{er}, premier alinéa.

Cette prescription doit revêtir la forme d'un écrit. Elle indique le diagnostic ou les éléments de diagnostic établis par le médecin, la ou les prestations demandées par celui-ci ainsi que le nombre maximum de séances de traitement à effectuer par le kinésithérapeute.

Avec l'accord du médecin qui effectue l'envoi, le kinésithérapeute peut accomplir d'autres prestations que celles prescrites ou s'abstenir de réaliser les prestations prescrites.

A la demande du médecin qui effectue l'envoi, le kinésithérapeute est tenu de lui communiquer un rapport sur la réalisation du traitement et les résultats obtenus. »

Art. 3 (art. 2 de la proposition de loi)

Dans le même arrêté royal est inséré un article 21^{ter}, rédigé comme suit :

1° systematische handelingen met als doel functieproblemen van spierskeletale, zenuwfyysiologische, respiratoire, cardiovasculaire en psychomotorische aard te verhelpen door het toepassen van één van de volgende vormen van therapie :

a) de lichaams oefeningstherapie, zijnde het tot een geneeskundig doel door de patiënt doen uitvoeren van bewegingen, met of zonder fysieke bijstand;

b) de massagetherapie, zijnde het tot een geneeskundig doel toepassen van massagetechnieken op de patiënt;

c) de fysieke therapieën, zijnde het tot geneeskundig doel aan de patiënt toedienen van niet-invasieve fysieke prikkels, zoals elektrische stromen, elektromagnetische stralingen, ultrageluiden, warmte- en koudeapplicaties en balneotherapie;

2° het verrichten van onderzoeken en het opstellen van balansen van de motoriek van de patiënt met als doel bij te dragen tot het stellen van een diagnose door een geneesheer of een behandeling bestaande uit de in het 1° bedoelde handelingen in te stellen;

3° het concipiëren en het uitwerken van behandelingen bestaande uit de onder het 1° bedoelde handelingen;

4° de prenatale en postnatale gymnastiek.

§ 5. De Koning kan de onder § 4 bedoelde handelingen nader bepalen.

§ 6. De krachtens § 1 erkende personen mogen enkel kinesitherapie uitoefenen ten aanzien van de patiënten die op grond van een voorschrift door een persoon worden verwezen die krachtens artikel 2, § 1, eerste lid, gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen.

Het voorschrift moet een schriftelijk document zijn. Het vermeldt de diagnose of de diagnostische gegevens van de arts, de prestatie of de prestaties die hij vraagt, alsook het maximum aantal behandelingsbeurten bij de kinesitherapeut.

Wanneer de doorverwijzende arts ermee instemt, mag de kinesitherapeut ook andere dan de voorgeschreven prestaties verrichten of de voorgeschreven prestaties niet verrichten.

Op verzoek van de doorverwijzende arts moet de kinesitherapeut hem een verslag bezorgen over de uitvoering van de behandeling en de verkregen resultaten. »

Art. 3 (art. 2 van het wetsvoorstel)

In hetzelfde koninklijk besluit wordt een artikel 21^{ter} ingevoegd, luidend als volgt :

« Article 21ter. — § 1^{er}. Il est institué, auprès du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, un Conseil national de la kinésithérapie.

§ 2. Le Conseil national 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 national 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 national de la kinésithérapie est composé de:

1^o 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^o six membres habilités à exercer l'art médical en vertu de l'article 2, § 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^o deux fonctionnaires représentant le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Les fonctionnaires visés au 3^o 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 1^o et au 2^o du § 4 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 national de la kinésithérapie, peuvent être considérés comme kinésithérapeutes les personnes agréées par le service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. sur la proposition du Conseil d'agrément des kinésithérapeutes de cet institut.

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

« Artikel 21ter. — § 1. Bij de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, wordt een Nationale Raad voor de Kinesithérapie ingesteld.

§ 2. De Nationale Raad voor de Kinesithérapie heeft tot taak aan de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, op diens verzoek of op eigen initiatief, advies te verstrekken over alle aangelegenheden in verband met de kinesithérapie.

§ 3. De Nationale Raad voor de Kinesithérapie kan ook de regeringen van de Gemeenschappen, op hun verzoek, advies verstrekken over alle aangelegenheden in verband met de studies en opleiding van de kinesithérapeuten.

§ 4. De Nationale Raad voor de Kinesithérapie bestaat uit:

1^o veertien leden, kinesithérapeuten, die de kinesithérapie uitoefenen en die een minimale ervaring van tien jaar bezitten van wie ten minste vier personen hun beroep sedert ten minste tien jaar uitoefenen in het universitair onderwijs in de kinesithérapie of in het hoger onderwijs buiten de universiteit in de kinesithérapie;

2^o zes leden die gemachtigd zijn om de geneeskunst uit te oefenen krachtens artikel 2, § 1, waarvan drie beoefenaars van de huisarts-geneeskunde en drie beoefenaars van verschillende medische specialismen, waaronder één de fysische geneeskunde uitoefent;

3^o twee ambtenaren die de minister vertegenwoordigen tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.

De in het 3^o bedoelde ambtenaren hebben zitting met raadgevende stem en verzorgen het secretariaat van de Raad.

Aan elk lid van de Raad wordt een plaatsvervanger toegevoegd, die onder dezelfde voorwaarden wordt benoemd.

§ 5. De gewone en plaatsvervangende leden worden door de Koning benoemd voor een termijn van zes jaar, die eenmaal kan worden verlengd.

De leden bedoeld in het 1^o en 2^o van § 4 worden benoemd op basis van dubbele lijsten, voorgedragen door de representatieve beroepsverenigingen en -organisaties van de betrokken personen.

§ 6. Bij de eerste samenstelling van de Nationale Raad voor de Kinesithérapie kunnen beschouwd worden als kinesithérapeuten de personen erkend door de dienst geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V., op voorstel van de Erkenningsraad voor de kinesithérapeuten van dit instituut.

§ 7. De Koning regelt de organisatie en de werking van de Nationale Raad voor de Kinesithérapie. De

ci ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins de ses membres effectifs sont présents ou sont représentés par leur suppléant. Les décisions du conseil sont acquises à la majorité des trois quarts des membres visés au § 4, 1^o et 2^o, pour autant que cette majorité comprenne au moins deux membres visés au § 4, 2^o. »

CHAPITRE II

Autres modifications de l'arrêté royal n^o 78 à la suite de l'insertion d'un chapitre I^{er} *bis*

Art. 4 (art. 3 de la proposition de loi)

§ 1^{er}. A l'article 7, § 1^{er}, du même arrêté royal les mots « 21*bis* » sont insérés entre les mots « articles 2, 3 et 4 » et les mots « ne peuvent exercer ».

§ 2. L'article 7, § 2, du même arrêté royal est remplacé par ce qui suit :

« § 2. A la demande de l'intéressé, la commission peut viser le document par lequel l'établissement d'enseignement ou le jury central atteste que l'impétrant a réussi l'examen final donnant droit au diplôme requis. »

Art. 5 (art. 4 de la proposition de loi)

§ 1^{er}. A l'article 8, § 1^{er}, premier alinéa, du même arrêté royal, les mots « les praticiens visés à l'article 2 et à l'article 3 » sont remplacés par les mots « les praticiens visés aux articles 2, 3 et 21*bis* ».

§ 2. A l'article 8, § 1^{er}, deuxième alinéa, du même arrêté royal, les mots « visés à l'article 2 et à l'article 3 » sont insérés entre les mots « praticiens » et « relèvement ».

Art. 6 (art. 5 de la proposition de loi)

A l'article 9, § 1^{er}, premier alinéa, du même arrêté royal, les mots « aux articles 2, 3 et 4 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4 et 21*bis* ».

Art. 7 (art. 6 de la proposition de loi)

§ 1^{er}. Le texte actuel de l'article 13 du même arrêté royal forme le § 1^{er} de cet article.

§ 2. L'article 13 du même arrêté royal est complété par un § 2, rédigé comme suit :

« § 2. Tout praticien visé à l'article 21*bis* est tenu, à la demande ou avec l'accord du patient, de communi-

Raad kan alleen geldig beslissen wanneer ten minste de helft van de gewone leden bedoeld aanwezig zijn of door hun plaatsvervanger vertegenwoordigd zijn. De beslissingen van de Raad worden genomen bij drievierde meerderheid van de leden bedoeld in § 4, 1^o en 2^o, voor zover deze meerderheid bestaat uit ten minste twee leden bedoeld in § 4, 2^o. »

HOOFDSTUK II

Andere wijzigingen van het koninklijk besluit nr. 78 ten gevolge van de invoeging van een hoofdstuk I*bis*

Art. 4 (art. 3 van het wetsvoorstel)

§ 1. In artikel 7, § 1, van hetzelfde koninklijk besluit, worden de woorden « de artikelen 2, 3 en 4 » vervangen door de woorden « de artikelen 2, 3, 4 en 21*bis* ».

§ 2. Artikel 7, § 2, van hetzelfde koninklijk besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

« § 2. Op verzoek van de betrokkene, kan de Commissie het document viseren waarmee de onderwijsinstelling of de centrale examencommissie getuigt dat de verkrijger voor het eindexamen geslaagd is dat recht geeft op het vereiste diploma. »

Art. 5 (art. 4 van het wetsvoorstel)

§ 1. In artikel 8, § 1, eerste lid, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « de bij artikel 2 en artikel 3 bedoelde beoefenaars » vervangen door de woorden « de in de artikelen 2, 3, en 21*bis* bedoelde beoefenaars ».

§ 2. In artikel 8, § 1, tweede lid, van hetzelfde koninklijk besluit, worden tussen de woorden « de » en « beoefenaars » de woorden « in artikel 2 en in artikel 3 bedoelde » toegevoegd.

Art. 6 (art. 5 van het wetsvoorstel)

In artikel 9, § 1, eerste lid, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « bedoeld bij de artikelen 2, 3 en 4 » vervangen door de woorden « bedoeld in de artikelen 2, 3, 4 en 21*bis* ».

Art. 7 (art. 6 van het wetsvoorstel)

§ 1. De huidige tekst van artikel 13 van hetzelfde koninklijk besluit vormt § 1 van dit artikel.

§ 2. Aan artikel 13 van hetzelfde koninklijk besluit wordt een § 2 toegevoegd, luidend als volgt :

« § 2. Elke in artikel 21*bis* bedoelde beoefenaar is ertoe gehouden, op verzoek of met instemming van de

quer à un autre praticien traitant désigné par ce dernier pour poursuivre ou compléter un acte visé à l'article 21*bis*, § 4, toutes les informations utiles et nécessaires d'ordre médical le concernant.»

Art. 8 (art. 7 de la proposition de loi)

A l'article 18, § 2, du même arrêté royal, remplacer les mots « aux articles 2, 3 et 4 » par les mots « aux articles 2, 3, 4 et 21*bis* ».

Art. 9 (art. 8 de la proposition de loi)

A l'article 19 du même arrêté royal, les mots « aux articles 2, 3 et 4 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4 ou 21*bis* ».

Art. 10 (nouveau)

Le chapitre I^{er}*bis* « L'exercice de l'art infirmier » du même arrêté royal est renuméroté en chapitre I^{er}*ter*.

Art. 11 (nouveau)

§ 1^{er}. L'article 21*bis* du même arrêté royal est renuméroté en article 21*quater*.

§ 2. Au § 1^{er} du même article, les mots « à l'article 21*ter* » sont remplacés par les mots « à l'article 21*quinquies* » et les mots « par l'article 21*quater* » par les mots « par l'article 21*sexies* ».

Art. 12 (nouveau)

§ 1^{er}. L'article 21*ter* du même arrêté royal est renuméroté en article 21*quinquies*.

§ 2. Au même article, les mots « 21*bis* » sont remplacés par les mots « 21*quater* ».

Art. 13 (nouveau)

§ 1^{er}. L'article 21*quater* du même arrêté royal est renuméroté en article 21*sexies*.

§ 2. Au même article, les mots « 21*bis* » sont remplacés par les mots « 21*quater* ».

Art. 14 (nouveau)

§ 1^{er}. L'article 21*quinquies* du même arrêté royal est renuméroté en article 21*septies*.

patient, aan een andere behandelende beoefenaar, aangewezen door deze laatste om een in artikel 21*bis*, § 4, bedoelde handeling te volgen of aan te vullen, alle nuttige en nodige inlichtingen van geneeskundige aard mede te delen die hem betreffen.»

Art. 8 (art. 7 van het wetsvoorstel)

In artikel 18, § 2, van hetzelfde koninklijk besluit, worden de woorden « bedoeld bij de artikelen 2, 3 en 4 » vervangen door de woorden « bedoeld in de artikelen 2, 3, 4 en 21*bis* ».

Art. 9 (art. 8 van het wetsvoorstel)

In artikel 19 van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « bedoeld bij de artikelen 2, 3 of 4 » vervangen door de woorden « bedoeld in de artikelen 2, 3, 4 of 21*bis* ».

Art. 10 (nieuw)

Hoofdstuk I*bis* « De uitoefening van de verpleegkunde » van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot hoofdstuk I*ter*.

Art. 11 (nieuw)

§ 1. Artikel 21*bis* van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21*quater*.

§ 2. In § 1 van hetzelfde artikel worden de woorden « in artikel 21*ter* » en de woorden « in artikel 21*quater* » respectievelijk vervangen door de woorden « in artikel 21*quinquies* » en door de woorden « in artikel 21*sexies* ».

Art. 12 (nieuw)

§ 1. Artikel 21*ter* van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21*quinquies*.

§ 2. In hetzelfde artikel worden de woorden « 21*bis* » vervangen door de woorden « 21*quater* ».

Art. 13 (nieuw)

§ 1. Artikel 21*quater* van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21*sexies*.

§ 2. In hetzelfde artikel worden de woorden « 21*bis* » vervangen door de woorden « 21*quater* ».

Art. 14 (nieuw)

§ 1. Artikel 21*quinquies* van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21*septies*.

§ 2. Aux §§ 1^{er} et 2 du même article, les mots «21bis» sont remplacés par les mots «21quater».

Art. 15 (nouveau)

L'article 21sexies du même arrêté royal est renuméroté en article 21octies.

Art. 16 (nouveau)

§ 1^{er}. L'article 21septies du même arrêté royal est renuméroté en article 21novies.

§ 2. Au même article, les mots «21bis» sont remplacés par les mots «21quater».

Art. 17 (nouveau)

L'article 21octies du même arrêté royal est renuméroté en article 21decies.

Art. 18 (nouveau)

§ 1^{er}. L'article 21novies du même arrêté royal est renuméroté en article 21undecies.

§ 2. Au § 2 du même article, les mots «21bis» sont remplacés par les mots «21quater».

Art. 19 (nouveau)

L'article 21decies du même arrêté royal est renuméroté en article 21duodecies.

Art. 20 (nouveau)

§ 1^{er}. L'article 21undecies du même arrêté royal est renuméroté en article 21terdecies.

§ 2. Au même article, les mots «21decies» sont remplacés par les mots «21duodecies».

Art. 21 (nouveau)

L'article 21duodecies du même arrêté royal est renuméroté en article 21quaterdecies.

Art. 22 (art. 9 de la proposition de loi)

A l'article 22, 1^o, du même arrêté royal, les mots «et aux articles 3, 4 et 21bis» sont remplacés par les mots «et aux articles 3, 4, 21bis et 21quater».

§ 2. In de §§ 1 en 2 van hetzelfde artikel worden de woorden «21bis» telkens vervangen door de woorden «21quater».

Art. 15 (nieuw)

Artikel 21sexies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21octies.

Art. 16 (nieuw)

§ 1. Artikel 21septies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21novies.

§ 2. In hetzelfde artikel worden de woorden «21bis» vervangen door de woorden «21quater».

Art. 17 (nieuw)

Artikel 21octies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21decies.

Art. 18 (nieuw)

§ 1. Artikel 21novies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21undecies.

§ 2. In § 2 van hetzelfde artikel worden de woorden «21bis» vervangen door de woorden «21quater».

Art. 19 (nieuw)

Artikel 21decies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21duodecies.

Art. 20 (nieuw)

§ 1. Artikel 21undecies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21terdecies.

§ 2. In hetzelfde artikel worden de woorden «21bis» vervangen door de woorden «21duodecies».

Art. 21 (nieuw)

Artikel 21duodecies van hetzelfde koninklijk besluit wordt vernummerd tot artikel 21quaterdecies.

Art. 22 (art. 9 van het wetsvoorstel)

In artikel 22, 1^o, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden «de artikelen 3, 4 en 21bis» vervangen door de woorden «de artikelen 3, 4, 21bis en 21quater».

Art. 23 (art. 10 de la proposition de loi)

A l'article 24 du même arrêté royal, les mots « et aux articles 3 et 4 » sont remplacés par les mots « et aux articles 3, 4 et 21bis ».

Art. 24 (art. 11 de la proposition de loi)

§ 1^{er}. A l'article 30, § 1^{er}, premier alinéa, du même arrêté royal, il est inséré un 5^obis, rédigé comme suit :

« 5^obis. De deux kinésithérapeutes ».

§ 2. Au même alinéa, le 5^obis est renuméroté en 5^oter.

§ 3. Au même 1^{er}, deuxième alinéa, les mots « 5^obis » sont remplacés par les mots « 5^oter. »

Art. 25 (art. 12 de la proposition de loi)

A l'article 35ter du même arrêté royal, les mots « aux articles 2, 3, 4, 5, § 2, 21bis et 22 » sont remplacés par les mots « 2, 3, 4, 5, § 2, 21bis, 21quater et 22 ».

Art. 26 (art. 13 de la proposition de loi)

§ 1^{er}. A l'article 36, § 2, du même arrêté royal, il est inséré un « § 7^obis » rédigé comme suit :

« § 7^obis. deux kinésithérapeutes ».

§ 2. Au même § 2, le 7^obis est renuméroté en § 7^oter.

Art. 27 (art. 14 de la proposition de loi)

A l'article 37, § 1^{er}, 2^o, b), du même arrêté royal, les mots « aux articles 2, 3, 4 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4 ou 21bis ».

Art. 28 (art. 15 de la proposition de loi)

§^{er}. A l'article 38, § 1^{er}, 1^o, premier et quatrième alinéas, du même arrêté royal, les mots « aux articles 2, 3, 4 ou 51 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4, 21bis ou 51 ».

§ 2. Au même § 1^{er}, 3^o, deuxième alinéa, les mots « aux articles 2, 3 ou 4 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4 ou 21bis ».

§ 3. Au § 2, 2^o, du même article, les mots « aux articles 2, 3, 4, 5 et 6 » sont remplacés par les mots « aux articles 2, 3, 4, 5, 6 et 21bis ».

Art. 23 (art. 10 van het wetsvoorstel)

In artikel 24 van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « en de artikelen 3 en 4 » vervangen door de woorden « en de artikelen 3, 4 en 21bis ».

Art. 24 (art. 11 van het wetsvoorstel)

§ 1. In artikel 30, § 1, eerste lid, van hetzelfde koninklijk besluit wordt een 5^obis ingevoegd, luidende :

« 5^obis. Twee kinesitherapeuten ».

§ 2. In hetzelfde lid wordt het 5^obis vernummerd tot het 5^oter.

§ 3. In dezelfde § 1, tweede lid, worden de woorden « 5^obis » vervangen door de woorden « 5^oter. »

Art. 25 (art. 12 van het wetsvoorstel)

In artikel 35ter van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « artikelen 2, 3, 4, 5, § 2, 21bis en 22 » vervangen door de woorden « artikelen 2, 3, 4, 5, § 2, 21bis, 21quater en 22 ».

Art. 26 (art. 13 van het wetsvoorstel)

§ 1. In artikel 36, § 2, van hetzelfde koninklijk besluit wordt een « 7^obis » ingevoegd, luidende :

« § 7^obis. twee kinesitherapeuten ».

§ 2. In dezelfde § 2, wordt het 7^obis vernummerd tot het 7^oter.

Art. 27 (art. 14 van het wetsvoorstel)

In artikel 37, § 1, 2^o, b), van hetzelfde koninklijk besluit, worden de woorden « de artikelen 2, 3 of 4 » vervangen door de woorden « de artikelen 2, 3, 4 of 21bis ».

Art. 28 (art. 15 van het wetsvoorstel)

§ 1. In artikel 38, § 1, 1^o, eerste en vierde lid van hetzelfde koninklijk besluit, worden de woorden « de artikelen 2, 3, 4 of 51 » vervangen door de woorden « de artikelen 2, 3, 4, 21bis of 51 ».

§ 2. In dezelfde § 1, 3^o, tweede lid, worden de woorden « de artikelen 2, 3 of 4 » vervangen door de woorden « de artikelen 2, 3, 4 of 21bis ».

§ 3. In § 2, 2^o, worden de woorden « artikelen 2, 3, 4, 5 en 6 » vervangen door de woorden « artikelen 2, 3, 4, 5, 6 en 21bis ».

Art. 29 (nouveau)

A l'article 38^{ter} du même arrêté royal, les mots « 21^{bis}, 21^{ter}, 21^{quater} et 21^{sexies} » sont remplacés respectivement par les mots « 21^{quater}, 21^{quinqües}, 21^{sexies} et 21^{octies} ».

Art. 30 (nouveau)

A l'article 38^{quater} du même arrêté royal, les mots « 21^{quinqües} » et « 21^{septies} » sont remplacés respectivement par les mots « 21^{septies} » et « 21^{novies} ».

Art. 31 (nouveau)

A l'article 39, 1^o, du même arrêté royal, les mots « 2^{bis} » et « 21^{ter} » sont remplacés respectivement par les mots « 21^{quater} » et « 21^{quinqües} ».

Art. 32 (nouveau)

A l'article 44^{octies}, premier alinéa, du même arrêté royal, les mots « 21^{quater} » sont remplacés par les mots « 21^{sexies} ».

Art. 33 (art. 16 de la proposition de loi)

§ 1^{er}. A l'article 45, § 1^{er}, du même arrêté royal, les mots « Conseil national de la kinésithérapie » sont insérés entre les mots « de la Commission médicale de recours » et les mots « du Conseil national de l'art infirmier ».

§ 2. Au § 2 du même article, les mots « 21^{quater} » sont remplacés par les mots « 21^{sexies} ».

Art. 34 (nouveau)

A l'article 46^{bis}, § 1^{er}, du même arrêté royal, les mots « 21^{ter} » et « 21^{duodecies} » sont remplacés respectivement par les mots « 21^{quinqües} » et « 21^{quaterdecies} ».

Art. 35 (art. 17 de la proposition de loi)

Dans le même arrêté royal est inséré un article 47, rédigé comme suit :

« Article 47. — § 1^{er}. Les arrêtés royaux pris en exécution de l'article 21^{bis} sont délibérés en Conseil des ministres. Ils sont pris après consultation, par le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, du Conseil national de la kinésithérapie et des Acadé-

Art. 29 (nieuw)

« In artikel 38^{ter} van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21^{bis}, 21^{ter}, 21^{quater} en 21^{sexies} » respectievelijk vervangen door de woorden « 21^{quater}, 21^{quinqües}, 21^{sexies} en 21^{octies} ».

Art. 30 (nieuw)

« In artikel 38^{quater} van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21^{quinqües} » en de woorden « 21^{septies} » respectievelijk vervangen door de woorden « 21^{septies} » en « 21^{novies} ».

Art. 31 (nieuw)

« In artikel 39, 1^o, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21^{bis} » en de woorden « 21^{ter} » respectievelijk vervangen door de woorden « 21^{quater} » en de woorden « 21^{quinqües} ».

Art. 32 (nieuw)

« In artikel 44^{octies}, eerste lid, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21^{quater} » vervangen door de woorden « 21^{sexies} ».

Art. 33 (art. 16 van het wetsvoorstel)

§ 1. In artikel 45, § 1, van hetzelfde koninklijk besluit worden tussen de woorden « de geneeskundige commissie van beroep » en de woorden « de Nationale Raad voor verpleegkunde » de woorden « de Nationale Raad voor de kinesithérapie » ingevoegd.

« § 2. In § 2 van hetzelfde artikel worden de woorden « 21^{quater} » vervangen door de woorden « 21^{sexies} ».

Art. 34 (nieuw)

In artikel 46^{bis}, § 1, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden « 21^{ter} » en de woorden « 21^{duodecies} » respectievelijk vervangen door de woorden « 21^{quinqües} » en de woorden « 21^{quaterdecies} ».

Art. 35 (art. 17 van het wetsvoorstel)

In hetzelfde koninklijk besluit wordt een artikel 47 ingevoegd, luidend als volgt :

« Artikel 47. — § 1. De koninklijke besluiten genomen ter uitvoering van artikel 21^{bis} worden in Ministerraad overlegd. Ze worden genomen na raadpleging door de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, van de Nationale Raad voor de

mies royales de médecine. Le ministre peut requérir ces avis dans un délai qui ne peut être supérieur à trois mois. Passé ce délai, l'avis est censé avoir été donné.

§ 2. Si un arrêté royal visé au § 1^{er} s'écarte de l'avis donné par le Conseil national de la kinésithérapie, il doit être publié conjointement avec un rapport au Roi motivant les divergences entre l'arrêté royal et l'avis, ainsi qu'avec le texte de ce dernier.»

Art. 36 (nouveau)

A l'article 49, premier alinéa, du même arrêté royal, les mots «21^{ter}» sont remplacés par les mots «21^{quinquies}».

Art. 37 (nouveau)

A l'article 50, § 1^{er}, deuxième alinéa, et § 5, du même arrêté royal, les mots «21^{ter}» sont remplacés par les mots «21^{quinquies}».

Art. 38 (nouveau)

A l'article 54^{bis}, § 1^{er}, du même arrêté royal, les mots «21^{bis}» sont remplacés par les mots «21^{quater}».

CHAPITRE III

Dispositions transitoires et finales

Art. 39 (art. 18 de la proposition de loi)

Par dérogation à l'article 21^{bis}, § 2, deuxième alinéa, l'agrément visé à l'article 21^{bis}, § 1^{er}, est, à leur demande, accordé:

1^o aux personnes agréées par le service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. Elles disposent à cet effet de 2 ans à partir de l'entrée en vigueur de la présente disposition. Pendant la durée de cette période transitoire, elles peuvent continuer à exercer la kinésithérapie;

2^o aux personnes qui, à la date du 1^{er} novembre 1996, étaient engagées dans une formation en kinésithérapie débouchant sur un diplôme d'enseignement supérieur en kinésithérapie au terme d'un enseignement de plein exercice comportant au moins trois années d'études pour autant qu'elles soient titulaires de ce diplôme avant le 1^{er} novembre 2001.

Kinesithérapie en van de Koninklijke Academiën voor Geneeskunde. De minister kan deze adviezen inwinnen binnen een termijn die niet langer dan drie maanden mag zijn. Na het verstrijken van deze termijn wordt het advies geacht te zijn gegeven.

§ 2. Indien een in § 1 bedoeld koninklijk besluit afwijkt van het advies verstrekt door de Nationale Raad voor de Kinesithérapie, moet dit advies samen met het verslag aan de Koning dat de afwijkingen tussen het koninklijk besluit en het advies rechtvaardigt, en met de tekst ervan, worden bekendgemaakt.»

Art. 36 (nieuw)

In artikel 49, eerste lid, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden «21^{ter}» vervangen door de woorden «21^{quinquies}».

Art. 37 (nieuw)

« In artikel 50, § 1, tweede lid, en § 5, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden «21^{ter}» vervangen door de woorden «21^{quinquies}».

Art. 38 (nieuw)

In artikel 54^{bis}, § 1, van hetzelfde koninklijk besluit worden de woorden «21^{bis}» vervangen door de woorden «21^{quater}».

HOOFDSTUK III

Overgangs- en slotbepalingen

Art. 39 (art. 18 van het wetsvoorstel)

In afwijking van artikel 21^{bis}, § 2, tweede lid, wordt de in artikel 21^{bis}, § 1, bedoelde erkenning op hun verzoek toegekend aan:

1^o de door de dienst geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. erkende personen. Daartoe beschikken ze over 2 jaar vanaf de inwerkingtreding van deze bepaling. Tijdens deze overgangperiode mogen ze de kinesithérapie blijven uitoefenen;

2^o aan de personen die op 1 november 1996 ingeschreven waren voor een opleiding in de kinesithérapie die toegang verleent tot een diploma van het hoger onderwijs in de kinesithérapie, na een voltijds onderwijs van ten minste 3 studiejaar, voor zover zij dit diploma vóór 1 november 2001 behalen.

ANNEXE

*Rapport des auditions
des 16 février et 30 mars 1994*

I. Audition de représentants des organisations syndicales et des instituts de formation des kinésithérapeutes

1.1. Exposé de Mme M.-P. Sikivie, présidente de l'Association des kinésithérapeutes de Belgique

L'Association des kinésithérapeutes de Belgique (A.K.B.) est une fédération d'associations professionnelles regroupant le « Vlaams Kinesitherapeutenverbond » (V.K.V.), la Chambre syndicale des kinésithérapeutes (C.S.K.) et l'Union des kinésithérapeutes francophones et germanophones de Belgique (U.K.F.G.B.). Elle représente plus de 7 000 kinésithérapeutes en Belgique, c'est-à-dire la moitié des kinésithérapeutes présumés « actifs ».

L'A.K.B. siège, avec une majorité représentative responsable, au sein des organes de l'I.N.A.M.I., qui ont une importance déterminante pour ce qui est de la réglementation de la kinésithérapie.

L'association accueille tous les kinésithérapeutes en son sein, quels que soient leur formation ou le secteur dans lequel ils sont actifs. En conséquence, elle est responsable, à l'égard de tous les secteurs, de toutes les décisions qui sont prises.

On se réjouit de constater que le législateur se soit enfin résolu à prendre, plus de 25 ans après l'instauration de la loi sur la médecine, des initiatives effectives visant à offrir une garantie légale à la population en ce qui concerne un chaînon important du processus de guérison, à savoir la kinésithérapie.

L'absence de statut n'a toutefois pas empêché les kinésithérapeutes belges de compléter leur formation, bien au contraire : ils ont enrichi de façon illimitée leur bagage de connaissances scientifiques et de connaissance générale. Au niveau international, le licencié comme le gradué en kinésithérapie jouissent d'une excellente réputation.

Après cette période, il est temps d'instaurer une véritable réglementation afin, d'une part, d'assurer la qualité de la kinésithérapie dans le but de protéger les citoyens et, d'autre part, de protéger les kinésithérapeutes contre l'arbitraire, notamment des mutuelles et contre une jurisprudence empreinte de subtilités inspirées par des rapports de force corporatistes.

Si l'absence de statut présente un côté positif, elle entraîne également une conséquence néfaste en ce sens qu'il y a véritablement une « explosion » du nombre de kinésithérapeutes. La kinésithérapie attire, comme un aimant, des gens actifs, intellectuels et sociaux, avec pour conséquence un accroissement illimité du nombre de praticiens. Cet accroissement a un effet économique négatif, non seulement sur l'assurance maladie, mais également sur la qualité des soins kinésithérapeutiques. L'A.K.B. a maintes fois tiré la sonnette d'alarme auprès des ministères de l'Education, de la Santé publique et des Affaires sociales.

A la demande du ministre communautaire de l'Enseignement, l'A.K.B. a rédigé un profil du kinésithérapeute, en y joignant un avis relatif aux programmes de formation.

Ce profil répond aux résolutions en la matière, qui ont été adoptées par la « World Confederation for Physical Therapy » (W.C.P.T.) et par le Comité permanent de liaison des kinésithérapeutes dans la C.E.E. (désormais Union européenne) (C.P.L.K.), au cours de leurs assemblées générales qui ont réuni, pour ce qui est de la première, tous les pays du monde et, pour ce qui est de la deuxième, tous les pays de l'Union européenne.

BIJLAGE

*Verslag van de hoorzittingen
van 16 februari en 30 maart 1994*

I. Hoorzittingen met vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties en vormingsinstituten van kinesitherapeuten

1.1. Uiteenzetting van mevrouw M.-O. Sikivie, voorzitter van de Algemene Kinesitherapeutenvereniging

De Algemene Kinesitherapeutenvereniging van België (A.K.B.) is een Federatie van beroepsverenigingen, namelijk het Vlaams Kinesitherapeutenverbond (V.K.V.), de Chambre Syndicale des Kinésithérapeutes (C.S.K.) en de Union des Kinésithérapeutes Francophones et Germanophones de Belgique (U.K.F.G.B.). Zij vertegenwoordigt meer dan 7000, de helft van de vermoedelijke « actieve » kinesitherapeuten in België.

A.K.B. zetelt met een verantwoordelijke meerderheid in de organen van het R.I.Z.I.V. bepalend voor de reglementering van de kinesitherapie.

De vereniging neemt alle kinesitherapeuten op in haar schoot, onafhankelijk van de opleiding of de sector waarin zij actief zijn. Dit resulteert in een verantwoordelijkheid ten overstaan van alle sectoren voor alle genomen beslissingen.

Het is verheugend vast te stellen dat de wetgever nu, méér dan 25 jaar na de invoering van de wet op de geneeskunde, daadwerkelijke initiatieven neemt om de bevolking een wettelijke waarborg te bieden voor een belangrijk element in het herwinnen van haar gezondheid, namelijk de kinesitherapie.

Toch heeft de afwezigheid van een statuut de ontwikkeling van de Belgische kinesitherapeut niet belemmerd, integendeel : hij heeft zich ongeremd met wetenschap en algemene kennis verrijkt. Op internationaal vlak heeft hij een hoge reputatie, zowel de licentiaat als de gegradueerde.

Na deze periode is de tijd rijp voor een reële reglementering, enerzijds om de kwaliteit van de kinesitherapie te verzekeren ter bescherming van de burger en anderzijds als waarborg voor de kinesitherapeut tegenover de willekeur van onder andere de ziekteverzekering en casuïstische rechtspraken ingegeven door corporatistische machtsverhoudingen.

Tegenover de positieve kant van het uitblijven van een statuut staat een nefast gevolg : men kan werkelijk spreken van een explosie van toename van kinesitherapeuten. Kinesitherapie werkt als een magneet voor actieve, intellectuele en sociale mensen met een ongebreidelde toename als gevolg. Dit heeft niet alleen een negatief economisch effect gehad op de ziekteverzekering maar ook op de kwaliteit van de kinesitherapeutische verzorging. Deze alarmklok heeft A.K.B. herhaaldelijk geluid op de ministeries van Onderwijs, Volksgezondheid en Sociale Zaken.

Op vraag van de Gemeenschapsminister van Onderwijs heeft A.K.B. een profiel van de kinesitherapeut neergelegd met daaraan verbonden een advies betreffende programma's voor de opleiding.

Dit profiel beantwoordt aan de resoluties ter zake die door de World Confederation for Physical Therapy (W.C.P.T.) en het Comité Permanent de Liaison des Kinésithérapeutes dans la C.E.E., nu Union Européenne (C.P.L.K.) werden aangenomen in hun algemene vergaderingen van alle landen van de wereld enerzijds en alle landen van de Europese Unie anderzijds.

Pour établir ce profil, on est parti du principe qu'il faut considérer que l'ensemble de la personnalité du patient (personne) est un élément central pour ce qui est de l'exercice de la kinésithérapie.

Dès lors, le profil établi par notre association reprend les éléments suivants:

1. Le domaine d'activité est celui tant des interventions curatives que des interventions préventives.
2. La condition préliminaire en ce qui concerne le traitement curatif: il faut que le médecin traitant établisse un diagnostic et qu'il envoie le patient chez le kinésithérapeute.
3. Dans le cadre de la prévention, le kinésithérapeute doit pouvoir agir de manière autonome.
4. L'examen locomoteur additionnel servant, d'une part, à compléter le diagnostic établi et à permettre un dialogue avec le médecin qui a pris la décision d'envoyer le patient et, d'autre part, faisant office de moyen d'évaluation et de base pour ce qui est de l'élaboration d'un plan thérapeutique et de l'adaptation continue de celui-ci.
5. Une compétence théorique et technique suffisante pour pouvoir exécuter le plan thérapeutique choisi en partant d'un éventail aussi grand que possible de méthodes kinésithérapeutiques.
6. La possibilité de conseiller le patient sur le plan kinésithérapeutique.
7. Le kinésithérapeute doit avoir l'esprit critique nécessaire à son autocritique, aux évaluations à faire et aux choix thérapeutiques fondés à opérer.
8. Il doit disposer d'une connaissance de la procédure à suivre et d'une aptitude pédagogique lui permettant de transmettre de façon optimale au patient le processus d'apprentissage de la réhabilitation.
9. Il doit connaître la législation sociale relative à sa profession.
10. Il doit être en mesure d'adopter les attitudes nécessaires dans les relations psycho-sociales avec le patient et la collaboration avec l'équipe dont les membres sont des collègues, des médecins et d'autres personnes encore.

On peut se demander si le kinésithérapeute actuel répond à ce profil et de quelle façon le kinésithérapeute futur peut, lui, acquérir ce profil.

Au cours des dernières années, les kinésithérapeutes ont fourni d'énormes efforts pour adapter le niveau de leurs connaissances et de leurs compétences aux nécessités actuelles, en suivant toutes sortes de formations complémentaires et de programmes de perfectionnement. On peut éventuellement inciter ceux qui ne l'ont pas fait à corriger la chose en organisant un système d'accréditation, comme celui que l'on a organisé à l'intention des généralistes. Pour ce qui est de ce groupe, nous visons tant les diplômés que les licenciés. En ce qui concerne les futurs kinésithérapeutes, il faut que tous les programmes de formation soient adaptés aux exigences posées par le profil précité. La définition d'un statut professionnel contribuera certainement à promouvoir l'évolution dans ce sens.

A la demande de la C.P.L.K. et de W.C.P.T., l'A.K.B. doit surtout plaider pour un seul type de formation kinésithérapeutique de bonne qualité et pour un seul type d'exercice de la kinésithérapie. Il faut rejeter tout statut d'« assistant technique » adjoint au kinésithérapeute qualifié ou au médecin-physiothérapeute, pour éviter de porter préjudice à la qualité des soins et pour garantir une meilleure protection au patient.

In de opmaak van dit profiel werd uitgegaan van een voorafgaande premisse waarin gesteld werd dat bij de beoefening van de kinesitherapie de persoon/patiënt centraal staat met zijn totale persoonlijkheid.

Hiervan uitgaande komen volgende elementen aan bod in het door ons opgemaakt profiel:

1. Het werkterrein: zowel curatief als preventief.
2. Preliminaire voorwaarde voor het curatief handelen: de diagnosestelling en de verwijzing door de behandelende arts.
3. Het autonome handelen in het kader van de preventie.
4. Het bijkomend locomotorisch onderzoek, enerzijds als aanvulling van de gestelde diagnose en mogelijkheid tot dialoog met de verwijzende arts en anderzijds als evaluatiemiddel en als basis voor het opstellen en de voortdurende aanpassing van een therapieplan.
5. Voldoende theoretische en technische bekwaamheid om het gekozen therapieplan uit te voeren en dit vanuit een zo groot mogelijk waaier van mogelijke kinesitherapeutische benaderingsvormen.
6. Mogelijkheid tot geven van advies aan de patiënt binnen het kinesitherapeutisch domein.
7. Kritisch denkvermogen ten einde aan zelfkritiek te doen, evaluaties en kritisch gerichte therapiekeuzes te kunnen maken.
8. Pedagogische procedurekennis om het leerproces van de revalidatie van de patiënt optimaal over te brengen.
9. Kennis van sociale en maatschappelijke wetgeving binnen de eigen beroepssfeer.
10. Bezitten van de nodige attitudes in verband met de psychosociale benadering van de patiënt en de samenwerking in het team van collega's, artsen en andere leden van dit team.

De vraag kan worden gesteld: beantwoordt de huidige kinesitherapeut aan dit profiel én hoe kan de toekomstige kinesitherapeut aan dit profiel beantwoorden?

De huidige kinesitherapeuten hebben in de jongste jaren een enorme inspanning gedaan om het peil van hun kennis en vaardigheden aan te passen aan de huidige noodzaak, door het volgen van allerlei bijvorming en nascholingsprogramma's. Zij die dit niet hebben gedaan, kunnen eventueel ertoe worden aangezet door het organiseren van een accrediteringssysteem zoals dit eveneens voor de huisartsen werd georganiseerd. Voor deze groep doelen wij zowel op de gegradueerden als de licentiaten. Wat betreft de toekomstige kinesitherapeuten, is het noodzakelijk dat alle programma's voor de opleiding aangepast worden aan de eisen die aan dit profiel worden gesteld. Het vastleggen van een beroepsstatuut zal deze evolutie zeker in de hand werken.

In opdracht van de C.P.L.K. en de W.C.P.T. moet bovenal gepleit worden door de A.K.B. voor één enkele hoogstaande kinesitherapeutische opleiding en beoefening. Zogezegde technische helpers voor de gekwalificeerde kinesitherapeut of voor de geneesheer-fysiotherapeut moeten uit elk denkpatroon worden geweerd omdat dit niet alleen afbreuk doet aan de kwaliteit van de verzorging maar ook minder bescherming waarborgt voor de patiënt.

La mise en œuvre de la manière de voir qui vient d'être décrite garantira davantage un bon rapport qualité-prix des soins kinésithérapeutiques, compte tenu de la réalité économique.

Une fois que le champ d'activité et les responsabilités des kinésithérapeutes auront été clairement définis, les dépenses du secteur de l'éducation pourront être affectées de façon plus judicieuse et seront plus productives.

Après avoir examiné les diverses propositions de loi portant un statut professionnel pour les kinésithérapeutes, l'A.K.B. estime que c'est la proposition de loi n° 944-1 de MM. Diegenant et Mahoux qui répond le mieux au profil du kinésithérapeute proposée par l'A.K.B.

1.2. Exposé de M. E. Lemmens, président de la Fédération nationale des docteurs et licenciés en kinésithérapie

Après avoir souligné que son organisation est également représentative et qu'elle est représentée au sein des différentes commissions de la sécurité sociale, même si ce n'est que dans une position minoritaire, et après s'être réjoui du dépôt des propositions de loi en question, qui visent à réglementer le statut de la kinésithérapie, M. Lemmens déclare ce qui suit.

Il est absolument nécessaire d'élaborer un statut pour la kinésithérapie, et ce non seulement à cause du contexte européen.

En l'absence d'un statut, la profession de kinésithérapeute a été organisée par l'intermédiaire de la Sécurité sociale, sans que la Santé publique ait eu son mot à dire, par le biais des organes de l'I.N.A.M.I., au sein desquels les impératifs budgétaires et syndicaux sont dominants. Il s'est avéré impossible de mener des discussions sereines sur la base de critères objectifs, en y associant des organisations non syndicales ou en y faisant participer des personnes issues de l'enseignement.

Le contenu et la valeur de la kinésithérapie sont appréciés essentiellement en fonction des normes quantitatives, comme la durée d'une prestation ou le nombre de prestations par jour. Il y a peu, l'on a également rangé les kinésithérapeutes en deux catégories, non pas en fonction de leur formation, mais selon qu'ils disposent ou non d'un cabinet situé en dehors d'un établissement hospitalier.

Il faut abolir d'urgence cette suprématie de la Sécurité sociale, sinon, l'on risque de voir la qualité de la Santé publique devenir tributaire des moyens disponibles.

Par ailleurs, la sécurité sociale pâtit elle-même de l'absence de réglementation sérieuse de la profession, et la formation de kinésithérapeute manque de visée. En raison de ces lacunes, l'on voit le budget augmenter de façon démesurée sans que le kinésithérapeute n'y puisse faire quoi que ce soit lui-même. Comme le kinésithérapeute est également incapable, c'est le médecin qui est le bouc émissaire, en raison de son comportement en matière de prescriptions.

Cela ne doit pas vous étonner, puisque, actuellement, le kinésithérapeute ne peut pas mettre fin à un traitement de sa propre initiative ni diminuer la fréquence des actes kinésithérapeutiques.

L'absence de statut coûte des millions à la collectivité.

La proposition que le sénateur Diegenant a déposée le 29 juin 1992, ne l'a été qu'après une longue série de travaux en commission en collaboration, d'une part, avec des spécialistes de la législation (Prof. H. Nys de la K.U.L.) et de spécialistes de la profession elle-même (professeurs-médecins et kinésithérapeutes de la K.U.L.) et, d'autre part, avec la F.N.D.L.K., sur la base de l'exercice de la profession et de la formation actuelles.

Le sénateur a soumis sa proposition aux associations professionnelles représentatives et a adapté son texte à leurs besoins. Les

Bovenstaande visies zullen een grotere garantie betekenen voor een gezonde prijs-kwaliteitsverhouding van de kinesitherapeutische verzorging binnen de economische realiteit.

Vanaf het ogenblik dat zowel het werkterrein als de verantwoordelijkheid van de kinesitherapeut duidelijk omschreven zijn, zullen de uitgaven in de onderwijssector gerichter en efficiënter worden.

Na bestudering van de verschillende wetsvoorstellen die werden ingediend betreffende een beroepsstatuut voor kinesitherapeuten, is de A.K.B. van mening dat het wetsvoorstel nr. 944-1 van de heren Diegenant en Mahoux het meest beantwoordt aan het door de A.K.B. voorgestelde profiel van de kinesitherapeut.

1.2. Uiteenzetting van de heer E. Lemmens, Voorzitter van de Nationale Federatie der Doctors en Licentiaten in de kinesithérapie

Na erop gewezen te hebben dat ook zijn organisatie representatief is en vertegenwoordigd is in de verschillende commissies van de sociale zekerheid, zij het in een minderheidspositie, en zijn waardering te hebben uitgesproken over de indiening van wetsvoorstellen die het statuut van de kinesithérapie regelen, geeft de heer Lemmens de volgende uiteenzetting.

Het is dringend noodzakelijk een statuut voor de kinesithérapie uit te werken en dit niet uitsluitend in het licht van de Europese context.

Door het uitblijven van een statuut werd het beroep van de kinesithérapeut georganiseerd via de Sociale Zekerheid zonder de inbreng van de Volksgezondheid. Die organisatie gebeurt via de R.I.Z.I.V.-lichamen waarin de budgettaire en syndicale imperatieven domineren. Serene discussies met objectieve criteria, betrokkenheid van niet-syndicale organisaties of de inbreng van personen uit de onderwijswereld bleven uit.

De inhoud en de waarde van de kinesithérapie worden hoofdzakelijk volgens kwantitatieve normen beoordeeld: b.v. de tijdsduur van de prestatie, het aantal verstrekkingen per dag. Recent werden ook 2 categorieën kinesithérapeuten ingesteld, echter niet op basis van de opleiding maar wel uit hoofde van het al dan niet beschikken over een kabinet; kabinet dat zelfs niet in een instelling mag gehouden worden.

Deze suprematie van de Sociale Zekerheid moet dringend afgeremd worden zoniet dreigt de kwaliteit van de Volksgezondheid gesteld te worden in functie van de beschikbare gelden.

Anderzijds lijdt de Sociale Zekerheid zelf onder het gemis aan ernstige reglementering van het beroep en mist de opleiding van de kinesithérapeut gerichtheid. Door die lacunes groeit het budget mateloos zonder dat de kine zelf iets kan ondernemen. Door de wettelijke onmondigheid van de kinesithérapeut blijft het voorschrijfgedrag van de arts de grote zondebok.

Dit mag u niet verwonderen als de kinesithérapeut momenteel op eigen initiatief een behandeling niet mag beëindigen of de frekwentie ervan niet kan verminderen.

Het uitblijven van een statuut kost de gemeenschap miljoenen.

Het voorstel van senator Diegenant van 29 juni 1992 werd voorafgegaan door een lang commissiewerk met specialisten zowel op het stuk van de wetgeving (Prof. H. Nys — K.U.L.) als van het beroep zelf (professoren, artsen en kinesithérapeuten van de K.U.L.) en de N.F.D.L.K. en dit op grond van de actuele beroepsuitoefening en dito vorming.

De senator heeft de representatieve beroepsverenigingen met dit voorstel geconfronteerd en zijn tekst aangepast aan hun

Erats généraux (juin 1992) se sont ralliés à cette proposition. Cependant, des objections ont été formulées, essentiellement par l'A.K.B., contre la création éventuelle de deux circuits de kinésithérapie à la suite de l'adoption de la présente proposition.

La proposition à l'examen se basait sur un certain nombre de réalités :

— la kinésithérapie est devenue une science. L'évolution est devenue telle qu'aucun médecin quel qu'il soit, ne peut la suivre;

— dans le cadre du processus de professionnalisation de la profession de kinésithérapeute, il importe que l'on développe une recherche scientifique spécifique comprenant une approche scientifique et critique de la matière ainsi qu'une évaluation des résultats. La formation universitaire fournit les professionnels nécessaires;

— si, jadis, les soins concernaient essentiellement les maladies aiguës, ils visent, actuellement, à assurer la réintégration totale du patient. Nous connaissons, en outre, les soins de santé préventifs;

— le modèle du diagnostic médical n'est pas totalement applicable dans le domaine de la kinésithérapie.

La façon dont travaille le kinésithérapeute a profondément évolué. Il s'occupe de patients qui lui sont envoyés par le médecin, ou qui viennent le trouver sur recommandation. Dans certains pays, les gens ont directement accès aux kinésithérapeutes. L'on constate une évolution fondamentale dans le comportement du médecin prescripteur. Le niveau auquel l'envoi chez le kinésithérapeute a lieu est essentiel. Selon la revue *Huisarts nu*, « les kinésithérapeutes se recyclent souvent et peuvent égaler ou même surpasser la compétence du médecin au niveau du diagnostic. Ils devraient pouvoir disposer d'une plus grande autonomie à l'avenir. » (Traduction.) Il y a une condition, à savoir qu'il y ait un même niveau de formation. Seuls les spécialistes en médecine physique font exception à la tendance qu'ont les médecins à reconnaître l'autorité des kinésithérapeutes.

Ces spécialistes déclarent que les kinésithérapeutes sont insuffisamment formés pour pouvoir être responsables, de quelque façon que ce soit, en ce qui concerne la direction, la programmation ou l'évolution d'un traitement. Comme solution, ils proposent une prescription qualifiée.

Actuellement, en ce qui concerne tant les généralistes que les médecins spécialistes, la procédure est la suivante :

Le médecin établit un diagnostic. Il situe le mal sur la base d'un examen. Son diagnostic est différentiel et porte sur la cause. Il envoie le patient chez le kinésithérapeute (ou lui recommande de s'adresser à lui) pour un avis ou un traitement complémentaire. Son diagnostic est souvent insuffisamment motivé.

Le kinésithérapeute procède lui aussi à un examen. Celui-ci se situe dans le cadre du diagnostic médical, qu'il complète. Le kinésithérapeute évalue et vérifie, dans les limites de ce qu'on lui a enseigné, l'état anatomo-physiologique du patient.

Le kinésithérapeute est clinicien. Après avoir pris connaissance de l'origine de la lésion ou de l'affection, il procède à son propre examen (reconnu par l'I.N.A.M.I.) avec ses propres méthodes scientifiquement fondées, et affine l'évaluation dans le bilan clinique. Il conceptualise son schéma de traitement et le met en œuvre sous sa propre responsabilité (sans négliger le contact avec le médecin). Il évalue les résultats dans un langage qu'il a en commun avec le médecin. Le choix des méthodes appliquées est prévu par la réglementation de l'I.N.A.M.I.

Il ressort de ce qui précède que la manière de procéder du kinésithérapeute ne s'inscrit pas dans le cadre de la réglementation des

noden. De Staten Generaal (juni 1992) hebben zich achter dit voorstel geschaard. Vooral de A.K.B.-partner had echter bezwaren tegen het mogelijk ontstaan van twee kinecircuits ingevolge dit voorstel.

Dit voorstel stelde op een aantal realiteiten :

— de kinesithérapie is uitgegroeid tot een wetenschap. Die ontwikkeling is dusdanig dat om het even welke arts die evolutie niet kan volgen;

— in het professionaliseringsproces van het beroep van kine is een eigen wetenschappelijk onderzoek met kritisch wetenschappelijke benadering van de materie en de evaluatie van de resultaten belangrijk. De universitaire vormingssituatie levert de nodige beroepsmensen;

— het oude verzorgingspatroon, zich toespitsend op de acute ziekte-toestand, werd verruimd tot een gezondheidszorg die de volledige reïntegratie van de patiënt nastreeft. Er is ook de preventieve gezondheidszorg;

— het model van de medische diagnose is niet volledig toepasbaar in de kinesithérapie.

Het functioneren van de kinesithérapeute is grondig geëvolueerd. Hij werkt op verwijzing door de arts, het kan ook op aanbeveling gebeuren. In sommige landen is er zelfs een rechtstreekse toegankelijkheid. In dit verwijzingsgedrag bestaat een grondige evolutie. Het niveau van verwijzing is fundamenteel : in *Huisarts Nu* lezen wij : « Kinesithérapeuten scholen zich vaak bij en kunnen de bekwaamheid van de arts op diagnostisch niveau evenaren of zelfs overtreffen. Zij zouden in de toekomst op een grotere autonomie kunnen bogen ». De voorwaarde is : een zelfde niveau van ontwikkeling. De enige uitzondering op deze erkenning door de arts van het gezag van de kinesithérapeute is de geneesheer in de fysische geneeskunde.

Zij verklaren de kinesithérapeute onvoldoende gevormd om enige verantwoordelijkheid te dragen in het leiden, programmeren of ontwikkelen van een behandeling. Zij stellen een gekwalificeerd voorschrift als de oplossing.

In de huidige praktijk zowel met huisartsen als specialisten-geneesheren is de procedure als volgt :

De arts stelt een diagnose. Hij situeert de kwaal op basis van een onderzoek. Zijn diagnose is differentieel en causaal. Hij verwijst (of beveelt aan) de patiënt naar de kinesithérapeute voor bijkomend advies of behandeling. Zijn diagnose is vaak onvoldoende gestoffeerd.

De kinesithérapeute stelt eveneens een onderzoek in. Dit onderzoek situeert zich binnen de medische diagnose en vult ze aan (zij is complementair). Hij evalueert en vergewist zich van de anatomo-fysiologische toestand, binnen de grenzen van de hem gedoedeerde materie.

De kinesithérapeute is een clinicus. Na kennis te hebben genomen van de oorsprong van het letsel of de aandoening, stelt hij een eigen onderzoek in (reeds erkend binnen het R.I.Z.I.V.) met eigen onderzoeksmethoden op wetenschappelijke basis en geeft verfijnde evaluatie in het klinisch bilan. Hij conceptualiseert zijn eigen verantwoordelijkheid (zonder het contact met de arts te verwaarlozen). Hij evalueert de resultaten in een taal die gemeenschappelijk is voor beiden. De keuze van de toegepaste methoden wordt binnen de R.I.Z.I.V.-reglementering voorzien.

Uit dit alles blijkt dat de handelwijze van de kinesithérapeute niet past in de reglementering van de paramedische beroepen (art.

professions paramédicales (art. 22 de l'arrêté royal n° 78), ce qui fait du kinésithérapeute un exécutant technique. Cette constatation est confirmée par les auteurs des propositions à l'examen.

Les associations professionnelles comme les auteurs des propositions situent le kinésithérapeute dans le cadre du Chapitre 1^{er} de l'arrêté royal n° 78.

Selon la position commune A.K.B.-F.N.D.L.K., le kinésithérapeute est toujours un dispensateur de soins médicaux qui exerce sa profession d'une manière spécifique et sous sa propre responsabilité; le médecin établit le diagnostic médical, dans lequel il fait éventuellement mention des contre-indications.

Nous ne sommes pas d'accord avec les auteurs des propositions, qui voient dans la kinésithérapie un parallélisme avec l'art infirmier et qui la situent dans le cadre du Chapitre 1^{er}.

L'article 21^{ter} de la loi sur l'exercice de l'art infirmier (qui a vu le jour dans des circonstances particulières, qui a été bloquée longtemps, notamment pour ce qui est de la définition des compétences, en raison de la composition des conseils et de la mauvaise volonté des médecins) décrit l'art infirmier en ce qui concerne son contenu, qui est le suivant:

a) l'observation et la constatation des symptômes et réactions du patient afin de rencontrer ses différents besoins et de collaborer à l'établissement du diagnostic par le médecin ou à l'exécution du traitement médical en vue des soins que requiert son état;

b) l'accomplissement de prestations techniques;

c) l'accomplissement d'actes pouvant être confié par un médecin (art. 5, § 1^{er}, deuxième et troisième alinéas);

Ni le contenu des actes, ni le niveau d'intervention de l'infirmier ne correspondent à l'activité du kinésithérapeute.

Si l'art infirmier est exercé principalement dans le cadre de la « profession de soignants », le kinésithérapeute, lui, traite des patients et dispose d'une plus grande autonomie. Il n'est pas l'exécutant d'ordonnances prescrites. C'est lui l'expert et il est généralement le seul; son apport est dynamique et dosé et se fonde sur une vision scientifique des choses. Il y a toujours plus de recherche scientifique et de recherche clinique sur le terrain.

La F.N.D.L.K. plaide en faveur de la proposition Diegenant-Mahoux, qui correspond, selon elle, à la réalité quotidienne actuelle. La profession est suffisamment mûre pour pouvoir suivre sa propre voie, sous la forme d'un partenariat à part entière avec le médecin. L'on ne peut plus accepter qu'une profession dont le budget représente plus ou moins 13 milliards de francs (et ne couvre pas tous les besoins) soit privée de sécurité juridique et ne puisse pas être rendue responsable de son propre apport. En outre, il serait inadmissible que la Santé publique oriente la pratique de manière à la rendre tributaire des budgets. Ce serait favoriser certaines disciplines, les fonds de l'I.N.A.M.I. favorisant des situations dans lesquelles le kinésithérapeute, entre autres, retombe dans une relation maître-valet.

La F.N.D.L.K. soutient la proposition Diegenant-Mahoux, parce qu'elle tient compte, selon elle, de la réalité et répond au souci de permettre aux kinésithérapeutes actuels de bénéficier du statut projeté. Les développements sont, toutefois, moins explicites.

La Fédération plaide, toutefois, pour des garanties en matière de formation. Cette préoccupation est également partagée sur le plan international. Il existe à l'échelon mondial un forum international en faveur d'une formation universitaire, bien que les déclarations officielles n'aient pas plus loin qu'un niveau académique ou assimilé (4 années).

22 van het koninklijk besluit nr. 78) waardoor de kinesitherapeut een technisch uitvoeringsagent is. Deze vaststelling wordt bevestigd door de indieners van de voorliggende voorstellen.

Zowel de beroepsverenigingen als de initiatiefnemers van de voorstellen zien de kinesitherapeut in Hoofdstuk I van het koninklijk besluit nr. 78.

In het gezamenlijk standpunt A.K.B.-N.F.D.L.K. staat nog steeds dat « de kinesitherapeut een medisch zorgverstrekkende is met eigen specifiek-verantwoorde beroepsuitoefening met eigen verantwoordelijkheid. De geneesheer situeert zich op het niveau van de medische diagnosestelling met eventuele vermelding van de tegenindicaties.

Wij kunnen geen vrede nemen met de initiatiefnemers die in de kinesitherapie een parallelisme zien met de verpleegkunde en haar situeren in Hoofdstuk I^{ter}.

In artikel 21^{ter} van de wet op de uitoefening van de verpleegkunde (in bijzondere omstandigheden ontstaan, lange tijd geblokkeerd o.a. in de omschrijving van de bevoegdheden door de samenstelling van de Raden en de onwil van de artsen) wordt de verpleegkunde naar inhoud beschreven. Deze bestaat uit:

a) observatie en vastleggen van symptomen en reacties van de patiënt teneinde de noden tegemoet te komen en bij te dragen na het stellen van de diagnose door de arts of het uitvoeren van de geneeskundige behandeling met het oog op de zorgen die zijn toestand vereist;

b) het uitvoeren van technische prestaties;

c) de uitvoering van geneeskundige behandelingen die door de arts kunnen worden toevertrouwd (art. 5 § 1, tweede en derde lid).

Noch de inhoud van akten, noch het niveau van aanwending van de verpleegkundige komen overeen met de activiteit van de kinesitherapeut.

De verpleegkunde is hoofdzakelijk een « verzorgend beroep », de kinesitherapeut behandelt patiënten, zijn autonomie is groter. Hij is niet de uitvoerder van voorgeschreven recepten, hij is de deskundige, meestal de enige, zijn inbreng is dynamisch en gedoseerd en steunt op wetenschappelijk inzicht. Er is een stijgend fundamenteel onderzoek en klinische research op het terrein.

De N.F.D.L.K. pleit voor het voorstel-Diegenant-Mahoux, het beantwoordt aan de huidige dagelijkse realiteit. Het beroep is volwassen genoeg om een eigen weg te gaan in een volwaardig partnership met de arts. Het is niet langer aanvaardbaar dat een beroep met een budget van ongeveer 13 miljard frank (wat niet alle behoeften dekt) geen rechtszekerheid heeft en niet verantwoordelijk kan gesteld worden voor zijn eigen inbreng. Bovendien is het ondenkbaar dat de praktijk binnen de Volksgezondheid zodanig gericht wordt dat zij afhankelijk gesteld wordt van de budgetten. Hierdoor zijn bepaalde disciplines bevoordeligd omdat met R.I.Z.I.V.-gelden constructies worden aangemoedigd die o.a. de kinesitherapeut opnieuw in de meester-knecht relatie duwen.

De N.F.D.L.K. steunt het voorstel-Diegenant-Mahoux omdat het inspeelt op de realiteit en tevens op de bezorgdheid om de huidige kinesitherapeuten de kans te bieden om in het geplande statuut in te stappen. De toelichting is wel minder expliciet.

De Federatie pleit echter voor garanties inzake opleiding. Deze bezorgdheid wordt eveneens gedeeld op internationaal vlak. Er is op wereldvlak een internationaal forum dat pleit voor universitaire vorming alhoewel officiële verklaringen beperkt blijven tot de formulering van academisch of gelijkgesteld niveau (4 jaar).

puisque c'est à cela que revient la proposition — alors que les kinésithérapeutes n'ont qu'une formation médicale embryonnaire.

A un certain moment, M. Lemmens a prétendu que le diagnostic du médecin n'est pas tout à fait comparable au diagnostic du kinésithérapeute. Or, pendant plus de 35 ans, l'intervenant a travaillé en contact direct avec un des meilleurs services de la kinésithérapie du pays sans jamais avoir pu constater des discordances.

Le membre se demande enfin si la Commission ne devrait pas entendre les unions professionnelles des orthopédistes.

Un autre membre demande comment sera assurée l'équivalence de la formation.

Il y a, pour les deux types de formation, une différence fondamentale au niveau de la connaissance de la physiologie, de la motricité, etc.

Il semble dangereux de prétendre que la formation existe par le fait de la pratique. Cela n'est que partiellement vrai. Ne faut-il pas imposer un module de formation complémentaire?

M. Lemmens répond que le principe de l'équivalence des diplômes est un des principes de base de la proposition de loi. Ceux qui demandent cette équivalence ont la responsabilité morale de décider pour eux-mêmes s'ils peuvent travailler dans le cadre d'une structure de ce type.

L'intervenant fait remarquer qu'il n'est pas évident que l'on prendra ses responsabilités parce que l'on donne la possibilité de les prendre.

M. Lemmens fait remarquer que les médecins, eux aussi, ont des préférences pour ce qui est de l'envoi de leurs patients chez des kinésithérapeutes.

Le membre rétorque que la déontologie empêche de « diriger » les patients et que les patients ne savent jamais à qui ils ont à faire.

Un autre membre encore remarque que M. Lemmens prétend, d'une part, que l'absence de statut légal coûte des millions à la collectivité et, d'autre part, que le budget actuel de 13 milliards ne permet pas de couvrir tous les besoins. Il craint que le jour où les kinésithérapeutes disposeront d'un statut qui leur permettra de prendre des décisions de façon autonome, ils ne coûtent bien plus à la collectivité. Les kinésithérapeutes espèrent-ils peut-être obtenir une part plus importante des moyens existants au profit de leur catégorie professionnelle?

L'intervenant constate que M. Lemmens plaide pour une formation dispensée uniquement au niveau universitaire. Mais quelle est la représentativité de son organisation professionnelle?

M. Lemmens répond que son association est représentative des kinésithérapeutes issus de l'université. La F.N.D.L.K. regroupe quelque 1 500 licenciés et docteurs en kinésithérapie.

En ce qui concerne les dépenses en matière de soins de santé, M. Lemmens estime que le kinésithérapeute aura probablement une action plus efficace lorsque la formation aura été mieux orientée.

Est-il normal qu'il faille encore fournir d'énormes efforts, comme le prétend Mme Sikivie, après avoir obtenu le diplôme pour pouvoir atteindre le niveau requis?

En ce qui concerne les 13 milliards que coûte chaque année la kinésithérapie actuellement, M. Lemmens estime que le secteur hospitalier est complètement sous-évalué.

Les kinésithérapeutes souhaitent avoir une responsabilité en ce qui concerne l'ensemble de la révalidation motrice. Les médecins,

ont développé, want daarop komt dat voorstel neer, terwijl kinesitherapeuten toch maar een embryonale medische vorming hebben gekregen.

De heer Lemmens heeft op een gegeven ogenblik beweerd dat de diagnose van de arts niet helemaal te vergelijken is met die van de kinesitherapeut. Het lid heeft nochtans gedurende meer dan 35 jaar gewerkt in nauw contact met een van de beste diensten voor kinesitherapie van het land zonder ooit tegenstrijdigheden te hebben vastgesteld.

Spreker vraagt zich ten slotte af of de Commissie de beroepsverenigingen van de orthopedisten niet zou moeten horen.

Een ander lid vraagt zich af hoe voor de gelijkwaardigheid van de opleiding gezorgd zal worden.

Voor de twee soorten opleiding is er een fundamenteel verschil op het vlak van de kennis van fysiologie, motoriek, enz.

Het zou gevaarlijk zijn te beweren dat die opleiding tot stand komt in de praktijk. Dat is slechts gedeeltelijk waar. Is het niet raadzaam een module voor aanvullende opleiding verplicht te stellen?

De heer Lemmens antwoordt dat de equivalentie van de diploma's een van de basisprincipes is van het wetsvoorstel. Zij die deze gelijkgeschakeling vragen, hebben de morele verantwoordelijkheid om voor zichzelf uit te maken of zij binnen dergelijke structuur kunnen werken.

Het commissielid merkt op dat het niet zeker is dat iemand de verantwoordelijkheid op zich neemt omdat daartoe de kans wordt geboden.

De heer Lemmens merkt op dat ook de geneesheren wel weten naar welke kinesitherapeuten zij hun patiënten bij voorkeur doorverwijzen.

Hierop antwoordt het commissielid dat de deontologie niet toestaat dat de patiënten in een bepaalde richting worden doorverwezen en de patiënten nooit weten met wie zij te maken hebben.

Nog een ander lid merkt op dat de heer Lemmens enerzijds beweert dat het uitblijven van een wettelijk statuut de gemeenschap miljoenen kost en anderzijds dat met het huidige budget van 13 miljard niet alle behoeften gedekt zijn. Als kinesitherapeuten autonoom zullen kunnen beslissen vreest hij dat dit toekomstig statuut de gemeenschap veel meer zal kunnen kosten. Of hopen de kinesisten een groter deel van de bestaande middelen voor hun beroepsgroep te verkrijgen?

Het lid stelt vast dat de heer Lemmens pleit voor een opleiding uitsluitend op universitair niveau. Hoe representatief echter is zijn beroepsorganisatie?

De heer Lemmens antwoordt dat zijn vereniging representatief is voor de academisch gevormde kinesitherapeuten. De N.F.D.L.K. groepeerde ongeveer 1 500 licenciaten en doctors in de kinesitherapie.

Wat de uitgaven in de gezondheidszorg betreft, is de heer Lemmens van oordeel dat de kinesitherapeut waarschijnlijk efficiënter zal optreden wanneer de opleiding beter zal gericht zijn.

Is het normaal dat men, zoals mevrouw Sikivie heeft gezegd, na het behalen van het diploma nog enorme inspanningen moet doen om het vereiste niveau te halen?

Wat de 13 miljard betreft die de kinesitherapie op dit ogenblik jaarlijks kost, meent de heer Lemmens dat de ziekenhuissector totaal ondergeëvalueerd is.

De kinesitherapeuten wensen verantwoordelijkheid te dragen in de motorische revalidatie in haar geheel. De geneesheren, die

qui sont représentés au sein des différentes commissions, transmettent les moyens financiers aux établissements sans que les kinésithérapeutes puissent exercer une quelconque influence.

En outre, l'apport financier des médecins est tel pour l'établissement que le kinésithérapeute est relégué au second plan, si bien qu'une relation classique de dépendance continue à exister.

Il faut que les kinésithérapeutes acquièrent de larges responsabilités sans pour autant devenir des médecins d'une espèce intermédiaire, et qu'ils obtiennent l'agrément du diplôme universitaire dont ils sont titulaires.

Une dernière intervenante demande quel niveau l'on exige exactement du kinésithérapeute. Il est clair que la profession a besoin d'une réglementation légale, mais il faut s'interroger sur la manière dont les choses doivent se réaliser (cf. les différentes propositions de loi).

De quel genre de kinésithérapeutes a-t-on besoin sur le terrain? Quelle est encore la valeur d'une formation scientifique approfondie si celle-ci s'avère rarement nécessaire dans la pratique? Qui s'occupera des traitements ordinaires, si seuls des universitaires sont admis à la profession?

M. Lemmens répond qu'il faudra probablement déterminer, à un certain moment, quelles sont les activités qui doivent être exercées par des kinésithérapeutes et quelles sont celles qui peuvent l'être par d'autres personnes.

M. Claus, secrétaire général de l'A.K.B., souligne que les médecins ne disposent plus de la faculté d'effectuer, seuls, tous les examens. C'est pourquoi le kinésithérapeute est, en fin de compte, le mieux placé pour poser le diagnostic différentiel dans son domaine avant le médecin et de commun accord avec lui, après que le patient lui a été envoyé par ce dernier.

La réalité est également que quatre professions du secteur des soins de première ligne se sont réunies spontanément, en Flandre, pour se concerter: les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les kinésithérapeutes. Ce fait confirme une réalité qui s'est développée spontanément.

L'A.K.B. ne veut pas se mêler du type de formation dispensé aux kinésithérapeutes. Elle a simplement élaboré un profil de la profession qui répond aux besoins actuels. L'A.K.B. estime que ni la formation universitaire actuelle, ni la formation dispensée par l'enseignement supérieur non universitaire ne permettent d'acquiescer ce profil. En conséquence, le kinésithérapeute tant universitaire que non universitaire doit suivre une formation complémentaire pour pouvoir atteindre le niveau que l'on attend de lui.

L'A.K.B. demande donc que l'on donne un contenu différent à la formation, pour permettre au kinésithérapeute de répondre à l'attente de la société.

1.3. Exposé de Mme Ransmans, représentante de l'Association des kinésithérapeutes hospitaliers

Mme Ransmans remarque que la situation des kinésithérapeutes en milieu hospitalier diffère un peu de la situation de ceux qui travaillent à domicile et en cabinet.

En milieu hospitalier, les médecins établissent un diagnostic et posent des conditions quant à la rééducation. Ces « conseils de rééducation » restent du domaine du médecin traitant.

En ce qui concerne l'égalité des diplômes de gradués et de licenciés, Mme Ransmans est d'avis que les kinésithérapeutes avec une certaine expérience ont acquis une formation complémentaire sur le terrain. La médecine et les techniques évoluent et, par la même voie, les kinésithérapeutes sont forcés d'évoluer.

vertegenwoordigd zijn in verschillende commissies, sluiten die gelden naar instellingen dat de kinesitherapeuten daar enige vat op hebben.

Bovendien hebben de geneesheren een dusdanige financiële inbreng in die instellingen dat de kinesitherapeut van het terrein verdreven wordt zodat de klassieke meester-knechtrelatie blijft voortbestaan.

De kinesitherapeuten moeten een ruime verantwoordelijkheid krijgen zonder een soort intermediair geneesheer te worden, maar wel met de erkenning van het universitair diploma waarvan zij houder zijn.

Een laatste spreker vraagt welk niveau precies van de kinesitherapeut verwacht wordt. Het is duidelijk dat het beroep een wetelijke regeling behoeft. De vraag is alleen op welke manier dat dient te gebeuren (cf. de verschillende wetsvoorstellen).

Welk soort kinesitherapeuten heeft men op het terrein nodig? Wat is de waarde van een grondige wetenschappelijke opleiding als die in de praktijk slechts zelden nodig blijkt te zijn? Wie zal instaan voor de eenvoudige behandelingen als er nog enkel academisch gevormden tot het beroep worden toegelaten?

De heer Lemmens antwoordt dat op een bepaald moment wellicht moet worden vastgelegd welke activiteiten door kinesitherapeuten dienen te worden uitgeoefend en welke door andere personen kunnen worden uitgeoefend.

De heer Claus, secretaris-generaal van het A.K.B., wijst er op dat de artsen niet langer de mogelijkheid hebben om alle onderzoeken alleen te doen. Daarom is de kinesitherapeut uiteindelijk het best geplaatst om de differentiële diagnose binnen zijn domein uit te voeren, voor en in samenspraak met de arts, na de doorverwijzing.

De realiteit is ook dat in het Vlaams Eerstelijns-overleg vier beroepen spontaan zijn samengekomen: artsen en tandartsen, apothekers en kinesitherapeuten. Dit is een bevestiging van een spontaan gegroeide realiteit.

De A.K.B. wil zich niet bemoeien met de vorm van de opleiding die aan de kinesitherapeuten wordt gegeven. Wel heeft zij een profiel van het beroep opgesteld dat beantwoordt aan de huidige behoeften. Om aan dat profiel te beantwoorden meent de A.K.B. dat noch de huidige universitaire noch de N.U.H.O.-opleiding voldoende geven. Het gevolg is dat zowel de universitair als de niet-universitair zich moet gaan bijscholen om aan het verwachte niveau te kunnen voldoen.

De A.K.B. vraagt dus dat er een andere inhoud wordt gegeven aan de opleiding om de kinesitherapeuten in staat te stellen een antwoord te geven op wat van hen verwacht wordt.

1.3. Uiteenzetting van mevrouw Ransmans, vertegenwoordigster van de Vereniging van Ziekenhuiskinesitherapeuten

Mevrouw Ransmans merkt op dat de situatie van de kinesitherapeuten die in een ziekenhuis werken, enigszins anders is dan van hen die thuis en in een praktijk werken.

In een ziekenhuis stellen de artsen een diagnose en leggen ze de voorwaarden vast voor de revalidatie. Die revalidatieadviezen blijven tot de bevoegdheid van de behandelende arts behoren.

Wat de evenwaardigheid van de diploma's betreft van gegradueerden en licenciaten, is mevrouw Ransmans van oordeel dat de kinesitherapeuten met een zekere beroepservaring een bijkomende vorming in de praktijk hebben gekregen. De geneeskunde en de technieken zijn voortdurend in ontwikkeling en aldus zijn de kinesitherapeuten gedwongen mee te evolueren.

En ce qui concerne le budget de l'I.N.A.M.I., il est vrai que le budget de la kinésithérapie hospitalière est très modeste par rapport au budget global de la kinésithérapie (1,2 milliard, donc environ 10 p.c.). Ce budget devrait être revalorisé parce que la pathologie des patients en milieu hospitalier est souvent plus aiguë et nécessite des traitements plus fréquents.

La kinésithérapie en dehors du milieu hospitalier est très différente. Mme Ransmans peut concevoir que ces collègues posent « un diagnostic », ou plutôt un bilan, quand le médecin traitant envoie un patient sans préciser exactement le problème ni son origine.

1.4. Exposé de M. G. Lauwers, administrateur de la « Unie van Kringen voor Zelfstandige Kinesitherapeuten » (U.Z.K.)

L'U.Z.K. défend, depuis la mi-1989, les intérêts des kinésithérapeutes indépendants, des indépendants qui semblent être les principales victimes de l'absence de statut professionnel, puisque les salariés de notre secteur disposent d'un statut légal d'employé.

Les partisans comme les adversaires de l'U.Z.K. font son éloge, parce qu'elle a de fréquents et d'excellents contacts avec la base qui reste, après le patient, le principal intéressé.

Sur la base de ces deux éléments, j'estime que notre contribution à cette étude est indispensable. Les points de vue développés par l'U.Z.K. sont, dès lors, soutenus par la base tout entière, par le kinésithérapeute qui possède son propre cabinet et qui y travaille d'arrache-pied chaque jour de l'année.

Le sentiment qui règne au sein de cette base peut être défini en un seul mot: incertitude!

Incertain pour ce qui est de l'avenir en matière d'emploi: des services organisés (comme les mutualités) et des centres organisés (comme les centres de rééducation fonctionnelle, les maisons de repos...) faussent la libre concurrence et minent le libre choix du patient, tant en ce qui concerne les soins à domicile que les soins ambulatoires. Les services organisés de soins à domicile se révèlent être plutôt un fléau qu'une bénédiction, quelque noble qu'ait pu être l'intention initiale.

L'incertitude règne au sujet de la possibilité de sauvegarder le pouvoir d'achat: à l'heure actuelle, un kinésithérapeute doit travailler une fois et demie autant qu'en 1966 pour pouvoir maintenir son pouvoir d'achat. En outre, comme tous les autres Belges, il doit se serrer la ceinture depuis l'entrée en vigueur des mesures globales et... il est frappé par-dessus le marché, à la suite de la réduction du budget de l'assurance-maladie et de l'instauration d'un index santé.

En outre, il ne bénéficie pas d'un statut social: il sera contraint de travailler jusqu'à l'âge de 70 ans pour ne pas sombrer dans l'exclusion sociale: espérons que, dans l'intérêt du patient, sa très longue expérience compensera son affaiblissement physique.

Il se crée une incertitude à l'arrivée de chaque nouveau kinésithérapeute: nous sommes plus de 25 000 et chaque année nous sommes quelque 1 000 de plus. Cette année, plus de 1 500 étudiants finissent leurs études. En l'an 2000, nous serons au moins 30 000! Les conséquences de l'ouverture des frontières pendent également comme une épée de Damoclès au-dessus de nos têtes. A l'occasion des « Assises de la kinésithérapie » en septembre 1990, Mme Simoens, de la Santé publique, avait déjà confirmé que, faute de réglementation, notre secteur risquait d'être envahi par des étrangers.

Il y a une incertitude au sujet de la légalité des choses dans certaines situations: l'absence de définitions et de dispositions convenables au sujet de l'exercice de la profession rend le kinésithérapeute vulnérable. Les actes quotidiens qu'on s'attend à le voir accomplir (affinement du diagnostic, initiative dans

Het is juist dat in de begroting van het R.I.Z.I.V. de post ziekenhuiskinesithérapie zeer bescheiden is in vergelijking met het totale budget voor kinesithérapie (1,2 miljard, dat wil zeggen ongeveer 10 pct.). Dat budget zou moeten worden verhoogd omdat de pathologie van de patiënten in een ziekenhuisomgeving dikwijls ernstiger is en een meer frequente behandeling vereist.

De kinesithérapie buiten het ziekenhuismilieu is in grote mate verschillend. Mevrouw Ransmans kan goed begrijpen dat die collega's een diagnose stellen, of beter gezegd een balans opmaken, wanneer de behandelend geneesheer hun een patiënt stuurt zonder precies aan te geven wat het probleem is en waar de oorsprong ervan ligt.

1.4. Uiteenzetting van de heer G. Lauwers, beheerder van de Unie van Kringen voor Zelfstandige Kinesitherapeuten (U.Z.K.)

De U.Z.K. behartigt sinds medio 1989 de belangen van de zelfstandige kinesithérapeute, een zelfstandige die de voornaamste gedupeerde lijkt door het uitblijven van een beroepsstatuut, aangezien de loontrekkenden in onze sector beschikken over een wettelijk bedieningsstatuut.

De U.Z.K. wordt door vriend en tegenstander geprezen voor haar uitstekende en veelvuldige contacten met de basis, een basis die na de patiënt de belangrijkste betrokkene blijft.

Op deze beide gronden meen ik terecht dat wij hier vandaag niet mochten ontbreken. De visie die de U.Z.K. naar voor brengt wordt dan ook gesteund door de volledige basis, door de dagdagelijks in eigen praktijk, hard werkende kinesithérapeut.

En wat er binnen deze basis leeft dat kan ik in één enkel woord omschrijven: onzekerheid!

Onzekerheid over de toekomst qua werkgelegenheid: georganiseerde diensten (zoals mutualiteiten) en centra (zoals revalidatie, rustoorden, ...) vervalsen de vrije concurrentie en bouwen de vrije keuze van de patiënt af, zowel in de thuiszorg, als in de ambulante verzorging. Georganiseerde thuisgezondheidszorg blijkt eerder een vloek dan een zegen, hoe edel de oorspronkelijke bedoeling ook mag geweest zijn.

Er bestaat onzekerheid over het behoud van de koopkracht: een kinesithérapeute moet heden ten opzichte van 1966 aan 150 pct. werken om zijn koopkracht te kunnen handhaven. Daarnaast moet hij evenzeer als alle andere Belgen inleveren via de globale maatregelen én ... daar bovenop nog eens via de budgetvermindering van de ziekteverzekering en de invoering van een gezondheidsindex.

Bovendien geniet hij geen sociaal statuut: werken tot 70 jaar zal een « must » zijn om niet te vervallen tot de paria's van de maatschappij: hopelijk zal hij met zijn enorme ervaring z'n fysiek onvermogen compenseren in het belang van de patiënt.

Er ontstaat onzekerheid bij de komst van elke nieuwe kinesithérapeute: wij zijn met meer dan 25 000 collega's en elk jaar komen er nog zo'n 1 000 bij! Meer dan 1 500 studenten beëindigen dit jaar hun studies. In het jaar 2 000 lopen er op z'n minst 30 000 collega's rond! Ook het openstellen van de grenzen hangt als een zwaard van Damocles boven onze hoofden. Reeds tijdens de « Assises de la Kinésithérapie » in september 1990 werd door mevrouw Simoens van Volksgezondheid bevestigd dat door een gebrek aan reglementering onze sector gevaar loopt door buitenlanders overspoeld te worden.

Er is onzekerheid over de wettelijkheid bij bepaalde situaties: het ontbreken van degelijke omschrijvingen en bepalingen betreffende de beroepsuitoefening maakt de kinesithérapeute kwetsbaar. De dagdagelijkse handelingen die men van hem verwacht (verfijning van de diagnose, het initiatief nemen bij het opstellen van een

l'établissement d'un schéma de traitement, réajustement d'une forme de thérapie) sont contraires aux compétences actuelles du kinésithérapeute en tant que technicien paramédical.

Il en résulte chez les kinésithérapeutes une certaine crainte dans les contacts avec les médecins, étant donné qu'ils n'osent ni se profiler ni promouvoir leur profession et les possibilités qu'elle offre. Il en est de même en ce qui concerne le niveau politique.

Légalement, le kinésithérapeute n'existe pas (en effet, il n'est reconnu que dans le cadre de l'I.N.A.M.I.) et, en outre, il a souvent tendance à s'effacer.

Avec le temps, notre groupe se sent de plus en plus réduit au silence : les kinésithérapeutes n'osent plus s'affirmer... de peur de parler, même à des collègues.

L'absence de statut professionnel et les incertitudes précitées ont quand même eu un avantage : il y a eu de sensibles améliorations en ce qui concerne les compétences techniques, en particulier le savoir, l'art de guérir, l'interprétation et la perception du traitement et, surtout, les relations entre les patients et les kinésithérapeutes, terrains sur lesquels les kinésithérapeutes ont encore pu s'affirmer, même si c'est au prix d'efforts et d'investissements financiers souvent très lourds.

Les limites ont, toutefois, été atteintes et l'absence de cadre légal ne peut plus être tolérée. Pour la sécurité du citoyen, pour la protection du kinésithérapeute, pour la relation durable entre ce dernier et le médecin, il convient de créer aussi rapidement que possible un cadre légal, en concertation avec les responsables politiques et les autorités.

L'U.Z.K. et sa base, par la voix de ses mandataires, soutiennent unanimement la proposition de loi n° 944 des sénateurs Diegenant et Mahoux.

L'U.Z.K. est partisan de cette proposition:

1^o parce qu'elle prévoit l'insertion des dispositions relatives à la kinésithérapie au chapitre 1^{er} de l'arrêté royal n° 78, faisant de cette discipline une branche de l'art de guérir.

Durant sa vie professionnelle, chaque kinésithérapeute apprend à maîtriser une méthode personnelle, dont l'efficacité est souvent assurée efficace du fait qu'elle se fonde sur des données médicales précises.

Le kinésithérapeute adapte constamment sa méthode de travail en fonction de son caractère, de ses propres capacités et aptitudes et de la nature de l'affection qu'il doit soigner. Cette méthode n'est pas absolue, elle peut changer d'un jour à l'autre et elle doit être adaptée à l'évolution des soins, aux réactions multiples et imprévisibles des patients et à leur état psycho-social.

La kinésithérapie n'est pas une science comme les mathématiques.

Elle ne consiste pas simplement à fournir une prestation technique.

C'est pourquoi nous n'avons jamais pu comprendre pourquoi, si ce n'est pour des raisons financières, l'I.N.A.M.I. a décidé de réglementer, à partir de 1974, la durée des traitements de kinésithérapie et, à partir de 1991, le nombre de ces traitements.

La kinésithérapie est un domaine de recherche ininterrompue, de renouvellement continu des évaluations et des perceptions.

La kinésithérapie est un art!

Il y a trente ans, la kinésithérapie en était encore à ses premiers balbutiements. Des recherches scientifiques expérimentales dans des universités belges et étrangères ont élargi de manière exponentielles son rayon d'action. Nombre de spécialisations de valeur ont été introduites. Les cas dans lesquels la kinésithérapie est indi-

behandelingsschema, het bijsturen van een therapievorm), staan haaks op de actuele bevoegdheid van de kinesitherapeut als paramedisch technicus.

Daardoor ontstaat een angst in de contacten met artsen door een gemis aan durf om zich te profileren, om het beroep en haar mogelijkheden te promoten. Dit geldt ook ten aanzien van het beleid.

De kinesitherapeut is niet enkel «wettelijk onbestaande» (immers zijn enige erkenning vindt hij binnen het R.I.Z.I.V.-kader), maar dikwijls cijfert hij zich ook nog letterlijk weg.

Onze groep wordt met de tijd meer en meer « monddood » : assertiviteit is ver zoek ... uit schrik om te praten, ook tegen collega's.

Het ontbreken van een beroepsstatuut én de hogervermelde onzekerheden hebben toch één voordeel gehad: de technische vaardigheden, maar vooral de kunde, de genees-«kunst», de interpretatie en perceptie van de behandeling, en «last but not least» ook de relaties kinesitherapeut-patiënt zijn er héél wat op vooruit gegaan. Dit is het enige terrein waarin de kinesitherapeut zich nog volledig, ondanks dikwijls zware financiële inspanningen en investeringen, heeft kunnen doorzetten.

Maar de grens is bereikt en het ontbreken van een wettelijk kader is niet langer duldbaar. Voor de veiligheid van de burger, voor de bescherming van de kinesitherapeut, voor de duurzame relatie van deze laatste met de geneesheer, met het beleid en met de overheid moet dit wettelijk kader zo snel mogelijk geschapen worden.

De U.Z.K.en haar basis, bij monde van haar gemandateerden staan eensgezind achter het wetsvoorstel nr. 944-1 van de senatoren Diegenant en Mahoux.

De U.Z.K. opteert voor dit voorstel:

1^o omdat de bepalingen met betrekking tot de kinesitherapie worden ingevoegd in het Hoofdstuk I van het koninklijk besluit nr. 78 als deel van de geneeskunde.

Gedurende zijn beroepsleven, meestert ieder kinesitherapeut een persoonlijke methode, die dikwijls doeltreffend is daar ze op nauwkeurige medische gegevens gegrond is.

Volgens zijn karakter, zijn eigen bekwaamheid en vaardigheden, volgens de natuur van de aandoening die hij moet verzorgen, past de kinesitherapeut zijn werkmethode voortdurend aan. Deze methode is niet absoluut en kan van dat tot dag veranderen, ze moet zich aanpassen aan de evolutie van de verzorging, aan de meervoudige en onvoorziene reacties van de patiënten en aan hun psycho-sociale toestand.

De kinesithérapie is geen wetenschap zoals de rekenkunde.

De kinesithérapie is niet louter het leveren van een technische prestatie.

Wij hebben derhalve nooit kunnen begrijpen, tenzij vanuit financieel standpunt gezien, dat de kinesithérapie in 1974 gereguleerderd werd door het R.I.Z.I.V. op het gebied van tijd en sinds 1991 op het gebied van aantallen voor wat de behandeling betreft.

Kinesithérapie blijft een ononderbroken research, een steeds opnieuw evalueren en percipiëren.

Kinesitherapie is een kunst!

Tot 30 jaar geleden stond de kinesithérapie nog in haar kinderschoenen. Wetenschappelijk experimenteel onderzoek aan Belgische en buitenlandse universiteiten resulteerden in een exponentiële expansie van het werkgebied. Tal van waardevolle specialisaties werden geïntroduceerd. Hierdoor groeide ook het indicatie-

quée se sont, dès lors, multipliés. La façon de penser et d'agir du kinésithérapeute a subi ainsi un changement fondamental, étant donné que son activité ne s'inscrit plus dans le cadre du secteur paramédical, qu'il n'est plus un simple technicien, qu'il conçoit la thérapie applicable conjointement avec le médecin et qu'il en supporte, dès lors, la responsabilité.

2° parce qu'elle contient une définition claire de la kinésithérapie et qu'elle précise ce que celle-ci implique; elle a cessé d'englober les thérapies invasives (comme l'acupuncture).

Le perfectionnement du diagnostic, l'établissement du bilan locomoteur, la tenue des dossiers des patients aideront incontestablement le médecin à poser un diagnostic, ce qui contribuera assurément à améliorer sa relation avec le kinésithérapeute, à développer une association que bon nombre de médecins appellent de leur cœur dès à présent.

Les mesures en question seront surtout profitables au patient, le programme de traitement lui sera parfaitement adapté, la continuité sera assurée et un échange régulier d'information avec le médecin placera le patient dans le cadre spécifique qui lui convient et qui est approprié à sa nature humaine.

3° parce que la nécessité de disposer d'un certificat écrit d'envoi chez le kinésithérapeute établi par le médecin traitant, qui mentionne son diagnostic, garantit la sécurité du citoyen.

Il est impossible, dans le cadre du développement d'une médecine de première ligne efficace, de faire abstraction du rôle coordonnateur du généraliste.

4° parce que la proposition visant à donner un statut au kinésithérapeute prévoit une formation de quatre années, ce qui ne peut qu'améliorer la qualité des soins fournis. La durée de cette formation constitue en outre une barrière qui permet d'endiguer le nombre de candidats et offre une meilleure protection contre le secteur des professions libérales. Le développement de cette barrière peut être plus facile à défendre que l'instauration d'un *numerus clausus*.

L'U.Z.K. opte pour une formation universitaire et pour un recyclage, une formation complémentaire et une spécialisation sous le contrôle des pouvoirs publics.

5° parce que la proposition prévoit la création d'un conseil national de la kinésithérapie, tout en accordant des compétences consultatives au ministre de la Santé publique (en ce qui concerne l'agrément des kinésithérapeutes).

6° parce que la proposition Diegenant-Mahoux prévoit une disposition transitoire, aux termes de laquelle l'agrément est accordé — à leur demande — à tous les kinésithérapeutes qui sont actuellement agréés par l'I.N.A.M.I.

7° parce que le kinésithérapeute siégera au sein du conseil national des professions paramédicales, à côté des médecins et des autres praticiens de la médecine.

8° parce que nous acceptons de nous soumettre à toutes les obligations qui s'appliquent aux praticiens de l'art de guérir, puisque cela signifie que nous bénéficierons également de tous les droits dont ils jouissent.

A cette occasion, je souhaite rappeler aux membres de la commission que cela fait plus de trente ans que les kinésithérapeutes attendent d'obtenir un statut professionnel. Déjà au cours des « Assises de la kinésithérapie », organisées en 1990, le ministre de l'époque, M. Busquin, nous avait promis d'acquiescer à la procédure, après avoir constaté qu'il existait un consensus général entre les associations professionnelles. Ce consensus a également été confirmé au cours des états généraux de 1992 et les pouvoirs publics en ont été informés.

gebied voor de kinesithérapie. Het denken en handelen van de kinesitherapeut onderging hierdoor een fundamentele verandering, hij kadert niet meer in de paramedische sector, hij is niet langer technicus, hij concipieert samen met de arts de therapie en draagt er dan ook de verantwoordelijkheid voor.

2° omdat duidelijk bepaald wordt wat kinesithérapie is en inhoudt; invasieve therapieën (zoals acupuncture) staan niet meer onder onze vlag.

Het verfijnen van de diagnose, het opstellen van het locomotorisch bilan, het bijhouden van het patiëntendossier zal ontegensprekelijk bijdragen tot de diagnose van de arts: dit zal zeker bijdragen tot een verbeterende relatie arts-kinesitherapeut, een waardig partnerschap waarop vele artsen nu reeds rekenen.

Deze maatregelen zullen vooral de patiënt ten goede komen, het behandelingschema zal op maat zijn van de patiënt, continuïteit wordt verzekerd en via regelmatige informatie-uitwisseling met de arts wordt de patiënt als mens in zijn specifiek kader geplaatst.

3° omdat de noodzakelijk schriftelijke verwijzing door de behandelende arts, die zijn diagnose vermeldt, een garantie is voor de veiligheid van de burger.

In een efficiënt functionerende eerstelijns geneeskunde kan de coördinerende rol van de huisarts onmogelijk weggedacht worden.

4° omdat het voorstel tot statuut voorziet in een vierjarige opleiding hetgeen alleen maar ten goede kan komen aan de kwaliteit van de verstrekte zorg. Bovendien is het een hogere drempel om alzo het overaanbod af te remmen en biedt het een betere bescherming om de confrontatie aan te kunnen met het vrij beroepsverkeer. Misschien is het inbouwen van deze drempel beter verdeelbaar dan het invoeren van een *numerus clausus*.

De U.Z.K. opteert voor een universitaire opleiding, alsook voor een bijscholing, navorming en specialisatie onder toezicht van de overheid.

5° omdat in de oprichting van een Nationale Raad van de Kinesithérapie voorzien wordt, met adviserende bevoegdheden aan de minister van Volksgezondheid (betreffende de erkenning van kinesitherapeuten).

6° omdat het voorstel-Degenant-Mahoux voorziet in een overgangsmaatregel, waarbij de erkenning wordt verleend — wanneer ze erom verzoeken — aan alle kinesitherapeuten die thans erkend zijn door het R.Z.I.V.

7° omdat de kinesitherapeut zal zetelen in de Nationale Raad voor de Paramedische beroepen, naast de artsen en de andere beoefenaars van de Geneeskunde.

8° omdat wij de onderwerping aan alle verplichtingen die gelden voor de beoefenaars van de Geneeskunde aanvaarden, gezien wij dan ook alle rechten genieten van deze beoefenaars.

Bij deze wens ik de geachte leden van de Commissie erop te wijzen dat de kinesitherapeut reeds meer dan 30 jaar op de invoering van een beroepsstatuut wacht. Reeds bij de « Zittingen van de kinesithérapie » in 1990, werd ons bij monde van toenmalig minister Busquin beloofd spoed te zetten achter de procedure, nadat hij kon vaststellen dat een algemene consensus tussen de beroepsverenigingen aanwezig was. Ook op de Staten-Generaal van 1992 werd deze consensus bevestigd en aan de overheid gesignaleerd.

L'U.Z.K. estime qu'une association et un diplôme uniformes doivent garantir la qualité au profit du citoyen.

Il faut que, par le biais d'un statut, le kinésithérapeute dispose de compétences légalement fixées. C'est précisément l'absence de délimitations au sein du monde médical qui provoque d'innombrables situations intolérables et de malentendus.

Il existe déjà un partenariat avec les médecins généralistes: l'U.Z.K. et son entourage ont eux-mêmes des contacts réguliers avec la « Unie van Huisartsenkringen ». L'existence d'un statut adéquat ne peut être que bénéfique pour cette relation.

L'U.H.A.K. estime que nous pouvons sans problème assumer davantage de responsabilités dans notre domaine. Nous sommes tout à fait disposés à accepter ces responsabilités, telles qu'elles sont définies dans la proposition de loi de MM. Diegenant et Mahoux.

* *

Selon une membre, personne ne met en doute la nécessité de régler le statut du kinésithérapeute par la voie légale.

Le ministre de la Santé publique peut fixer les normes d'agrément, comme il l'a déjà fait pour d'autres professions (notamment les infirmiers). Jusqu'à présent, aucune loi n'a jamais fixé le nombre d'années que doit durer la formation de kinésithérapeute.

L'intervenante souligne néanmoins que la compétence en matière d'enseignement relève du domaine des Communautés.

C'est pourquoi la durée de la formation d'infirmier, par exemple, diffère de Communauté à Communauté.

Dès lors, elle trouve étonnant que la proposition de loi Diegenant-Mahoux prévoit, parmi les conditions d'admission à fixer par le ministre de la Santé publique, celle d'avoir bénéficié d'une formation d'une durée de quatre ans.

La compétence que la même proposition de loi confie au Conseil national de la kinésithérapie lui rappelle fortement celle attribuée à l'Ordre des médecins, ce qui suscite chez elle de sérieux doutes. Ce conseil peut notamment décider si quelqu'un peut continuer à exercer la profession ou non.

Concernant la disposition transitoire inscrite à l'article 18 de la proposition de loi Diegenant-Mahoux, l'intervenante souligne qu'une telle disposition figure déjà à l'article 56 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967. Elle se demande néanmoins si cette disposition transitoire ne va pas trop loin. Est-il possible que des personnes qui doivent encore entamer leur formation entrent déjà en ligne de compte pour l'agrément? Ne serait-il pas plutôt indiqué de fixer un certain nombre de critères de qualité et d'agrément les personnes qui soit par leur formation soit par leur expérience satisfont aux exigences?

L'intervenante se demande également s'il est nécessaire d'énumérer les actes à l'article 1^{er}, § 4. Mieux vaudrait régler cette question par la voie d'un arrêté royal.

M. Lauwers estime que si les associations professionnelles peuvent émettre un avis, ce sont en fin de compte les ministres communautaires de l'Enseignement qui sont compétents pour ce qui est de la législation en matière d'enseignement. Ceux-ci peuvent souscrire aux options retenues dans la proposition Diegenant-Mahoux.

Quant au Conseil national, M. Lauwers souligne qu'y siègeront également des médecins qui pourront bloquer des décisions. Il n'y a donc pas d'analogie avec l'Ordre des médecins.

De U.Z.K. is de mening toegedaan dat een uniforme opleiding en diploma moeten instaan voor de kwaliteit ten gunste van de burger.

Een statuut moet de kinesitherapeut van wettelijke vastgestelde bevoegdheden voorzien. Het is juist een gebrek aan afbakening in de medische wereld die de oorzaak is van talloze wantoestanden en misverstanden.

Het partnerschap met de algemeen geneesheren bestaat reeds: de U.Z.K. en haar kringen onderhouden daarbij zelf regelmatige contacten met de Unie van Huisartsen Kringen. Een goed statuut kan deze relatie alleen maar ten goede komen.

De U.H.A.K. stelt dat wij, op ons terrein, gerust meer verantwoordelijkheid mogen dragen. Wij zijn ten volle bereid deze verantwoordelijkheden, zoals zij gepreciseerd worden in het wetsvoorstel van de senatoren Diegenant en Mahoux, te aanvaarden.

* *

Een commissielid meent dat niemand eraan twijfelt dat het statuut van de kinesitherapeut wettelijk dient geregeld te worden.

De minister van Volksgezondheid kan de erkenningsnormen bepalen, zoals hij al voor andere beroepen heeft gedaan (verpleegkundigen). Tot nu toe werd nog nooit in een wet opgenomen hoeveel jaar de kinesitherapeutenopleiding dient te bedragen.

Het lid wijst er wel op dat de bevoegdheid inzake het onderwijs het domein is van de Gemeenschappen.

Als gevolg daarvan verschilt bijvoorbeeld de duur van de opleiding tot verpleegkundige van Gemeenschap tot Gemeenschap.

Daarom vindt zij het eigenaardig dat in het wetsvoorstel Diegenant-Mahoux een opleiding van 4 jaar wordt vermeld als een van de toelatingsvoorwaarden die de minister van Volksgezondheid zal bepalen.

De bevoegdheid die in hetzelfde wetsvoorstel wordt verleend aan de Nationale Raad voor Kinesithérapie doet haar sterk denken aan de Orde van Geneesheren — wat bij haar sterke twijfels doet rijzen. Die raad kan o.m. beslissen of iemand het beroep mag blijven uitoefenen.

Met betrekking tot de overgangsbepaling in artikel 18 van het wetsvoorstel Diegenant-Mahoux stelt het lid dat ook in artikel 56 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 reeds een dergelijke bepaling voorzien is. Zij vraagt zich echter af of de overgangsbepaling niet te ver gaat. Kan het dat personen die nog aan de opleiding moeten beginnen, reeds voor erkenning in aanmerking komen? Is het niet veeleer aangewezen om een aantal kwaliteitscriteria te bepalen en die personen te erkennen die hetzij door hun opleiding hetzij door hun ervaring, aan de vereisten voldoen?

Het lid vraagt zich eveneens af of het nodig is dat de handelingen in artikel 1, § 4, worden opgesomd. Dit wordt beter geregeld door een koninklijk besluit.

De heer Lauwers meent dat de beroepsverenigingen wel een advies kunnen geven maar dat uiteindelijk de ministers van onderwijs van de Gemeenschappen bevoegd zijn voor de wetgeving op het vlak van onderwijs. Zij kunnen zich scharen achter de opties die zijn vervat in het voorstel Diegenant-Mahoux.

Wat de Nationale raad betreft, wijst de heer Lauwers erop dat in de Raad ook geneesheren zullen zetelen die beslissingen kunnen blokkeren. Daardoor gaat de analogie met de Orde van de Geneesheren niet op.

Comme pour les autres professions, la formation ne constitue qu'une première étape nécessaire qui doit être complétée par l'expérience.

Une autre membre demande quelle est la proportion de kinésithérapeutes ayant bénéficié d'une formation universitaire et de kinésithérapeutes gradués. Depuis quand ces deux types de formation existent-ils? Comment ces deux catégories évoluent-elles?

En deuxième lieu, la membre constate que la proposition n° 944-1 plaide pour une formation académique et range la kinésithérapie parmi les professions médicales. Quelles sont les implications financières de cette proposition?

L'auteur de la proposition de loi confirme que la proposition en question range la kinésithérapie dans la catégorie des professions médicales. C'est pour cette raison qu'une loi est nécessaire, parce qu'une profession paramédicale peut être réglée par un arrêté royal à la suite de la loi-cadre du 12 décembre 1990. C'est aussi la raison pour laquelle la proposition fait l'objet d'un débat social.

En ce qui concerne les implications financières, l'auteur souligne que la qualité des soins de santé constitue le point central du débat. La disponibilité de ces soins dans le cadre de la sécurité sociale constitue un autre débat.

Les deux types de formation, l'universitaire et la non-universitaire, existent depuis 1967.

M. Vandenbreen (N.F.D.L.K.) précise qu'en 1990, 11 426 gradués et 2 790 universitaires ont émis des attestations de soins fournis.

On ne peut toutefois pas oublier qu'il y a 1 000 kinésithérapeutes en plus chaque année. Ce qui frappe surtout, c'est que le nombre de kinésithérapeutes effectuant très peu de prestations augmente fortement. A peu près la moitié du budget de la kinésithérapie leur est affectée. L'intervenant espère que l'application d'un statut permettra de réduire le nombre de thérapeutes additionnels, qui sont à l'origine des dépassements budgétaires.

L'intervenant suivant partage l'avis de la première intervenante en ce qui concerne le Conseil national de la kinésithérapie. Celui-ci aura la même fonction que l'Ordre des médecins. C'est prévu dans le texte de la proposition de loi, laquelle ne reste pas limitée à cette seule spécification.

Ce conseil aura également la compétence d'un conseil d'agrégation des kinésithérapeutes et de ceux qui ont obtenu une spécialité connexe.

Enfin, ce conseil pourra faire office de conseiller privilégié du ministre de la Santé publique.

L'intervenant souligne qu'au cours de sa longue carrière d'orthopédiste, il n'a jamais pu constater de différence entre les licenciés et les gradués en kinésithérapie.

Le nombre des kinésithérapeutes n'est pas non plus un argument pertinent. En Angleterre, les kinésithérapeutes sont beaucoup moins nombreux que chez nous, si bien qu'ils travaillent même avec des auxiliaires. Cela signifie-t-il que les malades anglais soient moins bien soignés?

Il y a également le problème de l'aura, qui est disproportionnée par rapport aux mérites réels de la technique. On peut se demander ce que les gens trouvent de si fascinant chez un kinésithérapeute.

L'intervenant souligne enfin qu'à l'instar de la chirurgie, la kinésithérapie soigne tout et que l'on y perd toute notion de ce qu'est une guérison naturelle.

L'auteur de la proposition de loi souligne que la proposition en question s'inscrit dans le cadre de la médecine classique.

Net als voor andere beroepen is de opleiding slechts een noodzakelijke eerste stap die moet worden aangevuld met de te verwerven ervaring.

Een ander lid vraagt wat de verhouding is tussen de kinesitherapeuten met een universitaire vorming en de gegradueerden. Sinds wanneer bestaan beide opleidingen? Hoe evolueert de verhouding tussen beide categorieën?

In de tweede plaats stelt het lid vast dat het wetsvoorstel 944-1 pleit voor een academische vorming en de kinesithérapie laat ressorteren onder de medische beroepen. Wat zijn de financiële implicaties van het voorstel?

De auteur van het wetsvoorstel bevestigt dat het voorstel de kinesithérapie inschrijft bij de medische beroepen. Om die reden is een wet nodig want een paramedisch beroep kan geregeld worden bij koninklijk besluit in het raam van de kaderwet van 12 december 1990. Daarom ook wordt het voorstel onderworpen aan een maatschappelijk debat.

Wat de financiële implicaties betreft, wijst de auteur erop dat de kwaliteit van de zorgverstrekking primeert in dit debat. De beschikbaarheid van deze zorgverstrekking via de sociale zekerheid is een ander debat.

Beide opleidingen bestaan samen sinds 1967.

De heer Vandenbreen (N.F.D.L.K.) preciseert dat in 1990 11 426 gegradueerden en 2 790 universitaires getuigschriften van verstrekte hulp uitschreven.

Men mag echter niet vergeten dat er 1 000 kinesithérapeuten per jaar bijkomen. Wat vooral opvalt is dat het aantal kinesithérapeuten met heel weinig prestaties fors toeneemt. Zij nemen ongeveer de helft van het budget voor kinesithérapie in. Hij hoopt dat door het statuut het aantal bijkomende therapeuten — die de oorzaak zijn van de budgetoverschrijdingen — wordt vermindert.

Een volgende spreker is van dezelfde mening als de eerste interveniënt in verband met de Nationale Raad voor Kinesithérapie. Die zal dezelfde functie hebben als de Orde van Geneesheren. Dat staat in de tekst van het voorstel, dat niet daartoe beperkt blijft.

Die Raad zal ook de bevoegdheid hebben van een Erkenning-raad voor de kinesithérapeuten en voor hen die een verwante specialiteit hebben verworven.

Ten slotte zal die Raad bevoegd zijn als bevoorrechte adviseur van de minister van Volksgezondheid.

Spreker onderlijnt dat hij tijdens zijn lange loopbaan als orthopedist nooit een verschil heeft kunnen vaststellen tussen licentiaten en gegradueerden in de kinesithérapie.

Het aantal kinesithérapeuten mag ook geen argument zijn. In Engeland zijn de kinesithérapeuten veel minder talrijk dan bij ons, zodat zij zelfs met hulpkrachten werken. Betekent dat dat de Engelse zieken minder goed verzorgd worden?

Er is ook het probleem van de aura, die in wanverhouding staat tot de werkelijke verdiensten van de techniek. Men kan zich afvragen wat de mensen zo fascinerend vinden aan kinesithérapeuten.

Spreker onderstreept ten slotte dat men in de kinesithérapie, parallel met wat in de chirurgie gebeurt, alles verzorgt en dat men alle besef verliest van wat natuurlijke genezing is.

De auteur van het wetsvoorstel wijst erop dat dit voorstel zich situeert binnen de klassieke geneeskunde.

2. Audition avec des représentants des instituts de formation de kinésithérapeutes

2.1. *Exposé du docteur Vanderheeren, président de la Fédération nationale des écoles supérieures paramédicales de kinésithérapie*

1. Nous ne sommes pas contre un statut pour les praticiens de la kinésithérapie, bien au contraire.
2. Depuis plus de quarante ans, nous offrons aux jeunes une formation qui répond aux demandes du monde médical.
3. Notre formation possède un statut légal depuis 1965.
4. Nous sommes soumis au contrôle de qualité effectué par les ministères régionaux de l'Enseignement et de la Santé publique.
5. Les contenus de notre formation ont été adaptés continuellement aux évolutions de la médecine et aux exigences spécifiques du domaine de la kinésithérapie.
6. Par une formation condensée en trois années d'études, nous amenons des jeunes gens au point où ils peuvent être insérés immédiatement dans l'exercice de la profession.
7. La formation théorique et pratique, ainsi que les stages, sont comparables en volume et en contenu à la formation donnée en quatre années d'études aux universités; la différence est à situer dans les cours de base — physique et chimie (plus de théorie et des cours pratiques en laboratoire) — dans les candidatures; ceci mène à une fondation scientifique plus impressionnante mais pas à une plus grande compétence professionnelle.
8. La prolongation de la durée de notre formation vers quatre années d'études a déjà été proposée à plusieurs reprises mais a toujours été refusée pour des raisons budgétaires.
9. Il n'en reste pas moins qu'un étudiant de l'enseignement supérieur non universitaire coûte nettement moins à la communauté qu'un étudiant à l'université et il est, paradoxalement, moins subventionné qu'un élève du secondaire.
10. Nos exigences se situent à un niveau élevé et on peut qualifier notre formation comme sélective.
11. Le diplôme de gradué répond aux normes européennes et est très apprécié à l'étranger, même en dehors de la Communauté européenne.
12. Nous regardons la kinésithérapie moderne comme un domaine professionnel très spécifique qui mérite la même appréciation que le nursing mais qui doit s'abstenir d'avoir la prétention de vouloir se substituer aux médecins.
13. La comparaison avec les pharmaciens et les dentistes n'est absolument pas.
14. La fin ne justifie pas les moyens! Accorder un statut valable aux praticiens de la kinésithérapie doit être une reconnaissance de leur compétence professionnelle et pas un moyen pour introduire des discriminations, de résoudre des problèmes de surpopulation ou de se procurer des compétences auxquelles on n'a pas été préparé.
15. Ainsi que les ministères de l'Education, nous ne pouvons accepter que des modifications fondamentales au niveau de l'enseignement supérieur soient faites par le biais de décisions prises au niveau de la réglementation nationale concernant la santé publique et nous soulignons ici l'effet qui se produira dans des situations comparables comme dans la logopédie ou la diététique.

2. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de vormingsinstellingen voor kinesitherapeuten

2.1. *Uiteenzetting van Doctor Vanderheeren, Voorzitter van het Nationaal Verbond van de Paramedische Hogere Scholen voor kinesitherapie*

1. Wij zijn niet tegen een statuut voor de kinesitherapeuten, wel intengendeel.
2. Sedert meer dan veertig jaar geven wij een opleiding die beantwoordt aan de vraag van de medische wereld.
3. Onze opleiding heeft een wettelijk statuut sedert 1965.
4. Wij zijn onderworpen aan de kwaliteitsbewaking van de gereguleerde ministeries van onderwijs (theoretische en praktische vorming) en volksgezondheid (stages).
5. De inhoud van onze opleiding werden voortdurend aangepast aan de evoluties van de geneeskunde en aan de specifieke behoeften van het werkveld van de kinesitherapie.
6. In een gecondenseerde opleiding van drie jaar brengen wij jonge mensen tot het punt waarop zij onmiddellijk kunnen ingeschakeld worden in de beroepsuitoefening.
7. De theoretische en praktische vorming, evenals de stages, zijn qua volume en inhoud vergelijkbaar met de vierjarige opleiding aan de universiteiten; het verschil situeert zich in de basisvakken — fysica en chemie (meer theorie en laboratoriumpraktijk) — in de kandidaturen; dit leidt tot een meer indrukwekkende wetenschappelijke onderbouw maar niet tot een grotere vakbekwaamheid.
8. De verlenging van onze opleiding tot vier studiejaar werd reeds herhaaldelijk voorgesteld maar steeds om budgettaire redenen geweigerd.
9. Nochtans kost een student van het hoger onderwijs buiten de universiteit aan de gemeenschap veel minder dan een universiteitsstudent en, paradoxaal genoeg, zelfs minder dan een leerling van het secundair onderwijs.
10. Onze beoordelingsnormen liggen hoog en onze opleiding mag dan ook selectief genoemd worden.
11. Het diploma van gegradueerde voldoet aan de Europese normen en wordt in het buitenland, ook buiten de Europese Gemeenschap, sterk gewaardeerd. Vele afgestudeerden zijn werkzaam in Zwitserland, de Verenigde Staten, Canada, enz.
12. Wij zien de moderne kinesitherapie als een zeer specifiek vakgebied dat dezelfde waardering verdient als dat van de verpleegkundige maar dat niet de pretentie mag hebben zich in de plaats van de geneesheer te willen stellen.
13. De vergelijking met apothekers en tandartsen gaat hierbij helemaal niet op. Deze hebben een medische bevoegdheid op een beperkt terrein terwijl de kinesitherapie op het hele menselijke lichaam ingrijpt.
14. Het doel heiligt de middelen niet! Het verlenen van een volwaardig statuut aan de beoefenaars van de kinesitherapie moet een erkenning zijn van vakbekwaamheid en geen middel om discriminaties in te voeren, problemen van overbevolking op te lossen of zich compensaties toe te eigenen waarop men niet voorbereid is.
15. Wij kunnen, net als de onderwijs-ministeries, niet aangaan dat grondige wijzigingen op het niveau van het hoger onderwijs de facto voortvloeien uit beslissingen, genomen via de nationale regelgeving in verband met volksgezondheid en verwijzen hierbij naar het effect op gelijkaardige situaties zoals in de logopedie en de diëtetiek.

16. Nous rejetons ainsi toutes les propositions de loi qui visent à inscrire la kinésithérapie dans le chapitre 1^{er} de la loi sur l'exercice de la médecine et nous soutenons la proposition de loi de Mme Delcourt qui introduit la kinésithérapie dans un chapitre 1^{er} bien défini.

*
* *

Afin d'éviter tout malentendu, l'auteur de la proposition 944-1 souligne que les conditions régissant l'accès à une profession relèvent de la compétence des pouvoirs publics fédéraux, mais que la formation est organisée par les communautés.

Un commissaire constate que l'on entend ici un tout autre son de cloche. Les représentants des écoles qui ont formé 80 p.c. des kinésithérapeutes actuels estiment que leur formation est suffisante pour que leurs diplômés puissent exercer la profession. Il y a un instant, les représentants des 20 p.c. de kinésithérapeutes universitaires prétendaient que même leur formation n'était pas suffisante.

Le docteur Vanderheeren déclare que les kinésithérapeutes diplômés peuvent immédiatement exercer leur profession. Il ne prétend cependant pas qu'ils maîtrisent l'ensemble de la discipline, ce à quoi aucune formation ne peut mener, étant donné l'évolution de la technique et de la science.

M. Marc Claeys, représentant de la section néerlandophone des écoles supérieures, donne quelques réponses complémentaires.

Les problèmes qui sont actuellement soulevés portent sur la discussion fondamentale concernant la fonction sociale que doivent remplir l'université ou l'enseignement supérieur non universitaire sur le plan des formations professionnelles dans le secteur des soins de santé.

Cette discussion ne se limite pas à la kinésithérapie, mais concerne tout autant la logopédie; la question qui se pose est de savoir qui doit réaliser, dans le secteur des soins de santé, les formations axées sur l'exercice d'une profession.

Dans la proposition de MM. Diegenant et Mahoux, la formation devient implicitement une formation universitaire et médicale. La fédération estime que les formations en question relèvent fondamentalement de l'enseignement supérieur non universitaire.

Un autre commissaire aurait voulu apprendre des représentants des écoles supérieures comment ils conçoivent l'existence simultanée de deux formations.

D'après le docteur Vanderheeren, dans une situation idéale, les formations qui constituent une préparation immédiate à l'exercice d'une profession doivent être dispensées au niveau de l'enseignement supérieur non universitaire. De cette façon, on essaie de réagir contre la « dérivation » professionnelle des universités, qui se sont toujours inspirées de l'enseignement supérieur non universitaire lorsqu'il s'agissait de créer des formations. Cela ne porte cependant pas atteinte à la valeur de la formation universitaire et il doit être possible, pour un certain nombre de gens, de continuer à se perfectionner à ce niveau dans une série de domaines (recherche scientifique, enseignement, fonctions de cadre, etc.) après avoir terminé leur formation non universitaire.

Actuellement, les deux diplômes ont le même effet civil, ce qui n'est pas une situation saine. Il s'agit là cependant d'une matière relevant spécifiquement de l'enseignement et il n'appartient dès lors pas à une commission de la régler.

M. Claeys renvoie au modèle néerlandais où il existe une formation universitaire « Bewegingswetenschappen » (sciences du mouvement. Cette formation professionnelle supérieure donne

16. Wij verwerpen derhalve alle wetsvoorstellen die de kinesitherapie in het hoofdstuk I van de wet op de uitoefening van de geneeskunde willen onderbrengen en steunen het wetsvoorstel van mevrouw Delcourt dat in een afzonderlijk hoofdstuk *I*ter voor de kinesitherapie voorziet.

*
* *

Om alle misverstanden te vermijden wijst de auteur van het wetsvoorstel 944-1 er op dat de toegangsvoorwaarden voor een beroep een aangelegenheid zijn van de federale overheid maar dat de opleiding wordt ingevuld door de gemeenschappen.

Een lid stelt vast dat nu een totaal andere klok wordt geluid. De vertegenwoordigers van de scholen die 80 pct. van het huidige kinesisten-bestand hebben opgeleid, stellen dat hun vorming wel volstaat om het beroep uit te oefenen. Daarnet beweerden zij die behoorden tot de 20 pct. universitair, dat zelfs hun opleiding niet voldoende is.

Doctor Vanderheeren stelt dat de afgestudeerden onmiddellijk inzetbaar zijn voor de beroepsuitoefening. Hij beweert echter niet dat zij het gehele vakgebied beheersen — dat is met geen enkele opleiding mogelijk gelet op de evolutie van de techniek en de wetenschap.

De heer Marc Claeys, vertegenwoordiger van de Nederlandstalige afdeling van de Hogere Scholen, geeft enkele aanvullende antwoorden.

De thans aangehaalde problematiek heeft te maken met de fundamentele discussie over de maatschappelijke taak van de universiteit of het hoger onderwijs buiten de universiteit op het vlak van de beroepsopleiding in de gezondheidszorg.

Deze discussie is niet beperkt tot de kinesithérapie. De discussie is evenzeer van toepassing op de logopedie en draait rond de vraag wie beroepsgerichte opleidingen in de gezondheidszorg moet realiseren.

Door het voorstel van de heren Diegenant en Mahoux wordt de opleiding impliciet een academische en medische opleiding. Het Verbond meent dat deze opleidingen de fundamentele taak zijn van het H.O.B.U.

Een ander lid wenst van de vertegenwoordigers van de Hogere Scholen te vernemen hoe zij het bestaan van twee opleidingen naast elkaar zien.

Dr. Vanderheeren meent dat in een ideale situatie opleidingen, die onmiddellijk voorbereiden op de uitoefening van een beroep, in het hoger onderwijs buiten de universiteit dienen verstrekt te worden. Daarmee wenst hij in te gaan tegen de « vocational drift » van de universiteiten die zich voor het creëren van opleidingen steeds op het H.O.B.U. hebben geïnspireerd. Dit doet echter geen afbreuk aan de waarde van de universitaire opleiding en voor een aantal mensen moet het mogelijk zijn om zich, na hun H.O.B.U.-opleiding, verder te bekwamen op academisch niveau in een aantal domeinen (wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, kaderfuncties, enz...).

Op dit ogenblik hebben beide diploma's hetzelfde civiele effect wat op zich geen gezonde toestand is. Dit is echter een specifieke onderwijsmaterie en behoort niet tot het werkkterrein van een Commissie.

De heer Claeys verwijst naar het Nederlands model waar een universitaire opleiding « Bewegingswetenschappen » bestaat. De hogere beroepsopleiding leidt tot een diploma van fysiotherapeut.

droit à un diplôme de physiothérapeute. Aux Pays-Bas, c'est cette formation dispensée par l'enseignement professionnel supérieur, et non pas la formation universitaire, qui permet aux diplômés d'exercer la profession. La formation d'orthophoniste est soumise à une même structure.

En pratique, la recherche scientifique nécessaire à la pratique du physiothérapeute se fait, aux Pays-Bas, à l'université.

En ce qui concerne le profil précité du kinésithérapeute, qui répondrait aux nouveaux besoins sociaux et qui justifierait la prolongation de la durée de la formation, un autre membre encore demande si les écoles supérieures estiment qu'une formation de trois ans est suffisante.

Le docteur Vanderheeren répond que les écoles supérieures dispensent une formation condensée. A l'étranger, le volume de ces études est réparti sur quatre années. La fédération estime, toutefois, que cette durée de trois ans est très courte et elle ne s'oppose, dès lors, absolument pas à une formation de quatre ans. Cependant, la réglementation en matière d'enseignement a toujours empêché cette prolongation. S'il s'avérait que la formation non universitaire actuelle était trop courte, ce ne serait toujours pas une raison suffisante pour en faire une formation universitaire.

L'intervenante suivante demande comment se déroulent le recyclage et la formation complémentaire.

L'auteur de la proposition de loi 944-1 répond que les organisations professionnelles et les instituts de formation organisent la formation complémentaire, éventuellement en concertation. En outre, les études de médecine ouvrent également l'accès direct à la profession, si bien que l'on ne peut pas prétendre sans plus que le domaine en question est le domaine exclusif de l'enseignement supérieur non universitaire.

Un dernier intervenant demande comment le docteur Vanderheeren pense pouvoir endiguer le nombre, actuellement trop élevé, de diplômés.

Le docteur Vanderheeren signale que les deux ministres communautaires compétents pour l'enseignement, M. Lebrun et Vandenbossche, ont l'intention de rendre, par le biais de l'extension de l'enseignement supérieur non universitaire, la subvention des instituts indépendante du nombre d'étudiants, et de rationaliser ainsi les choses tant pour ce qui est du nombre d'orientations que du nombre de diplômés.

Actuellement, la survie des universités et des établissements d'enseignement supérieur non universitaires est tributaire du nombre d'étudiants. Tant que les normes quantitatives primeront sur les normes qualitatives, cette pléthore subsistera.

2.2. Exposé du professeur Dirk van Gerven, doyen de la faculté Education physique et kinésithérapie de la K.U.Leuven

Les formations de kinésithérapie
et de rééducation motrice et kinésithérapie

1. En ce qui concerne la formation

Comme les autres branches des soins de santé, la kinésithérapie a connu, ces dernières décennies, un développement énorme sur les plans scientifique et thérapeutique. D'une profession auxiliaire technique, elle est devenue une discipline autonome, ayant son propre terrain de recherche et de travail.

Les problèmes qui se posent sur le plan de la rééducation et de la kinésithérapie, l'examen de ceux-ci, l'interprétation des résultats des examens, le processus visant à rendre les méthodes de traitement opérationnelles et à les améliorer, la transmission

De beroepsbevoegdheid is in Nederland gekoppeld aan deze H.B.O.-opleiding en niet aan de universitaire. Een zelfde structuur bestaat er voor de opleiding van logopedist.

In de praktijk doet men in Nederland aan de universiteit het wetenschappelijk onderzoek dat nodig is voor de praktijk van de fysiotherapeut.

Nog een ander lid vraagt in verband met het reeds vermelde «profiel van de kinesitherapeut», dat zou beantwoorden aan nieuwe maatschappelijke behoeften en dat de verlenging van de opleiding verrechtvaardigt, of de Hogere Scholen menen dat de opleiding van drie jaar volstaat.

Dr. Vanderheeren antwoordt dat de Hogere Scholen een gecondenseerde opleiding geven. In het buitenland wordt deze leerinhoud over vier jaar gespreid. Het Verbond vindt echter wel dat deze studieduur van drie jaar erg kort is en is zeker geen tegenstander van een vierjarige opleiding. De regelgeving inzake onderwijs heeft dit totnogtoe echter altijd belet. Als de huidige N.U.H.O.-opleiding te kort zou zijn, is dat echter nog geen reden zijn om ze over te hevelen naar de universiteit.

Een volgende spreker vraagt hoe de bijscholing en de navorming op dit ogenblik verloopt.

De auteur van het wetsvoorstel 944-1 antwoordt dat de bijscholing zowel door de beroepsorganisaties als door de vormingsinstellingen, al dan niet in overleg, georganiseerd wordt. Bovendien verlenen de studies van geneeskunde eveneens een rechtstreekse beroepstoegang zodat men niet zonder meer kan stellen dat dit het exclusieve domein is van het H.O.B.U.

Een laatste spreker vraagt hoe Dr. Vanderheeren de te grote hoeveelheid van het aantal afgestudeerden in de hand meent te kunnen houden.

Dr. Vanderheeren deelt mee dat de beide Gemeenschapsministers bevoegd voor het onderwijs, de heren Lebrun en Vandenbossche, de bedoeling hebben om door de schaalvergroting van het H.O.B.U. de subsidiëring van de instellingen onafhankelijk te maken van het aantal studenten en op die manier te komen tot een rationalisering van zowel het aantal studierichtingen als van de gediplomeerden.

Op dit ogenblik zijn zowel universiteiten als H.O.B.U.-instellingen voor hun overleven enkel afhankelijk van het aantal studenten. Zolang kwantitatieve normen primeren op kwaliteitsnormen zal dit overaanbod blijven bestaan.

2.2. Uiteenzetting van professor Dirk Van Gerven, dekaan van de faculteit Lichamelijke Opvoeding en kinesithérapie van de K.U. Leuven

1. Naar de opleiding toe

De kinesithérapie heeft, zoals de andere takken van de gezondheidszorg, de laatste decennia een enorme groei gekend op wetenschappelijk en op therapeutisch vlak. Van een technisch hulpberoep is zij uitgroeit tot een autonome discipline met een eigen onderzoeks- en werkdomein.

Probleemstellingen in het domein van de revalidatie en kinesithérapie, het daarop inspelend onderzoek, de implementatie van de onderzoeksresultaten, het operationeel maken en verbeteren van behandelingsmethoden, de feedback vanuit de praktijk naar de

d'informations aux chercheurs par le praticien, tous ces éléments représentent des stades d'un cycle dans lequel l'enseignement, la recherche, la pratique et les entreprises concernées agissent d'un commun accord. Les campus universitaires jouent à cet égard un rôle important, sinon le plus important. L'évolution tant en profondeur qu'en largeur des sciences biomédicales a pour conséquence irréversible qu'un nombre croissant de sous-spécialités ont vu le jour.

De plus en plus, se rassembleront autour du « patient » l'élite des prestataires de soins qui, chacun, connaissent très bien un compartiment sans cesse plus réduit de la « médecine », c'est-à-dire de l'ensemble des actes, à commencer par les soins de première ligne, pour finir, en passant par toutes sortes de spécialités médicales, par les phases de rééducation et de post-rééducation, y compris le réintégration dans la société et dans le processus du travail. L'évolution qu'a connue le secteur de la rééducation motrice et de la kinésithérapie a nécessité un relèvement systématique du niveau de la formation. Seule l'intégration de cette formation dans l'enseignement académique peut garantir que la personne chargée de la rééducation motrice et de la kinésithérapie est un membre à part entière de l'équipe des prestataires des soins.

Le commission *ad hoc* du V.L.I.R. (Conseil interuniversitaire flamand) veut clairement souligner qu'une formation axée sur l'exercice d'une profession, en l'occurrence la profession de kinésithérapeute, doit être un des objectifs avoués de la formation académique, dans laquelle elle trouve donc sa place.

La formation dite « professionnelle » ne relève cependant pas exclusivement de l'enseignement supérieur de type court ou de type long. L'on confond assez souvent la formation professionnelle axée sur la technique et sur l'exécution avec la formation académique, qui peut pourtant également mener à l'exercice spécifique d'une profession, bien entendu à un niveau de connaissances et d'aptitudes différent.

L'enseignement universitaire en rééducation motrice et en kinésithérapie est réglée par l'article 26 du décret du 21 juin 1991 relatif aux universités de la Communauté flamande, et fait partie de la mission spécifique universitaire, visée au décret précité.

Il est possible d'obtenir le diplôme de gradué en kinésithérapie après avoir suivi une formation technique de type court de trois ans, organisée conformément à l'arrêté royal du 16 avril 1965, et qui est dispensée dans 18 écoles en Belgique.

Après avoir obtenu le diplôme de gradué, il est possible de passer à l'université, selon les modalités du décret du 21 juin 1991, qui prévoit 3 ans d'études.

Plusieurs pays européens suivent de plus en plus l'exemple belge, qui consiste à organiser la formation au niveau universitaire.

En ce qui concerne cette évolution, nous renvoyons aux recommandations du « Standing Liaison Committee of Physiotherapists within the E.C. ». L'on y énumère toutes les exigences auxquelles doit satisfaire le nouveau kinésithérapeute. Ces exigences nécessitent une large formation de base académique, ainsi qu'un enseignement théorique et pratique à part entière en kinésithérapie. L'organisation de stages au sein d'hôpitaux universitaires et auprès de kinésithérapeutes hautement qualifiés travaillant dans le privé, un enseignement en matière de méthodes de recherche et de statistiques constitue un préambule pour l'élaboration d'une thèse universitaire qui clôture la formation. La formation universitaire actuelle en Belgique répond totalement à ce profil et peut donc servir d'exemple pour les changements qui doivent encore être réalisés dans les autres pays européens. L'on retrouve cette visée universitaire dans la motion n° 7, qui a été approuvée à l'unanimité lors du douzième congrès de la « World Confederation for Physical Therapy » (W.C.P.T.), organisée à Londres en 1991, et dans laquelle on peut lire: « W.C.P.T. recommends its

onderzoeker, het zijn alle stadia van een kringloopgebeuren waar het onderwijs, de navorsing, de praktijk en de daarbij betrokken bedrijven hand in hand gaan. Campussen van universiteiten hebben hierin een belangrijke, zonet de belangrijkste rol te vervullen. De groei in de diepte zowel als in de breedte van de biomedische wetenschappen heeft onomkeerbaar tot gevolg dat een groter aantal subspecialismen zijn ontstaan.

Meer en meer zal men rond « de patiënt » een keure van zorgverstrekkers aantreffen die elk meer weten van een steeds kleiner wordend compartiment van de « geneeskunst », hiermee bedoeleld het geheel van akten gaande van de eerstelijns akute zorgen, over allerlei medische specialismen naar de revalidatie- en de postrevalidatiefase inbegrepen de reïntegratie in de maatschappij en het arbeidsproces. De evolutie in het domein van de motorische revalidatie en kinesitherapie heeft een stelselmatig verleggen van het niveau van de opleiding noodzakelijk gemaakt. Alleen het optillen van deze opleiding tot het academisch onderwijs biedt garanties om een volwaardig lid, gelast met de motorische revalidatie en de kinesitherapie, ingeschakeld te weten in het team van zorgverstrekkers.

De commissie *ad hoc* van de V.L.I.R. wenst hierbij duidelijk te onderstrepen dat de opleiding tot het uitoefenen van een beroep, in casu kinesitherapeut enz. ..., een duidelijke doelstelling moet zijn van, en derhalve thuis hoort binnen de academische opleiding.

De zogenaamde beroepsopleiding is nochtans niet de exclusieve opdracht van het H.O.K.T. of H.O.L.T. Men verwacht hier nogal eens de meer technisch-uitvoerend gerichte beroepsopleiding met de academische opleiding die evenwel ook tot een welbepaalde beroepsuitoefening leidt weliswaar op een ander niveau van kennen en kunnen.

Het universitair onderwijs in motorische revalidatie en kinesitherapie is geregeld bij artikel 26 van het dekreet van 21 juni 1991 betreffende de universiteiten in de Vlaamse Gemeenschap, en maakt deel uit van de specifieke universitaire zending, bepaald in dit dekreet.

Het diploma van gegradueerde in de kinesitherapie kan behaald worden na drie jaar technisch gerichte korte opleiding geregeld volgens het koninklijk besluit van 16 april 1965, in 18 scholen in België.

Na het behalen van het diploma van gegradueerde kan men overstappen naar de universiteit volgens de nadere regelen van het dekreet van 21 juni 1991, hetzij 3 jaar studie.

In diverse Europese landen wordt het Belgische voorbeeld om de opleidingen op universitair niveau te brengen in steeds toenemende mate nagevolgd.

Bij deze evolutie verwijzen we naar de aanbevelingen van het « Standing Liaison Committee of Physiotherapists within the E.C. ». Hierin worden alle vereisten opgesomd waaraan een vernieuwd type van kinesitherapeut dient te voldoen. Deze vereisten impliceren een brede academische basisvorming, gekoppeld aan een volwaardig uitgebouwd theoretisch en praktisch onderwijs in kinesitherapie. Stagemogelijkheden in universitaire ziekenhuizen en bij hoog gekwalificeerde kinesitherapeuten in de privé-praktijk, onderricht inzake navorsingsmethoden en statistiek vormen hierbij een aanloop naar een universitair proefschrift waarmee de opleiding wordt afgesloten. De huidige Belgische universitaire opleiding voldoet volledig aan dit profiel en kan dus als voorbeeld fungeren voor de veranderingen die in andere Europese landen nog dienen te worden doorgevoerd. Dit streven is terug te vinden in de motie nr. 7, die op het twaalfde kongres van de World Confederation for Physical Therapy (W.C.P.T.) in 1991 in Londen unaniem werd goedgekeurd, en waarin staat: « W.C.P.T. recommends its Member Organisations to promote in

member Organisations to promote in their own countries, physiotherapy education based on university or university level studies or the equivalent, of minimum 4 years full time (or equivalent) duration ».

Dans notre pays, les universités tant flamandes que francophones disposent de la structure et de l'infrastructure nécessaire pour organiser ce genre de programme de quatre ans. Il serait donc tout à fait injuste, à l'égard de la kinésithérapie et du patient, de vouloir revenir en arrière.

La distinction entre le graduat en kinésithérapie et la licence Moreki n' rien à voir avec une différence de qualité de la formation, mais est liée à une manière d'envisager celle-ci.

De plus, n'oublions pas qu'au cours des dernières décennies, le curriculum de la formation A1, qui comptait de 36 à 40 heures par semaines, a systématiquement été réduit pour ne plus compter que 32 heures par semaines; cette diminution est contraire au relèvement du niveau de la formation.

Comme toute autre formation académique, la formation visant à former des licenciés se fonde sur un large éventail de cours de base, scientifiques, comme l'anatomie descriptive, l'histologie, la biologie humaine, la chimie, la physique, la physiologie, la psychologie. Dans un deuxième stade, ces cours de base scientifiques sont remplacés par des cours plutôt axés sur la profession et comprenant des sessions pratiques, comme l'anatomie fonctionnelle, la biomécanique et la kinésiologie, le physiologie particulière et la chimie physiologique, le physiologie des efforts et la neurophysiologie, la pathologie ainsi que la biomécanique appliquée à la pathologie.

Dans un troisième stade, qui est souvent parallèle au deuxième, l'on enseigne des méthodes et des concepts de traitement qui, intégrés aux cours théoriques, font l'objet d'un apprentissage, d'une mise en pratique et d'un examen critique. En même temps, l'on fait également acquérir aux étudiants une expérience en matière de motricité.

Enfin, ils doivent établir leur propre projet de recherche dans le cadre d'un mémoire de licence, en se fondant sur une méthodologie scientifiquement fondée.

Le tout est clôturé par une période de stage de 7 mois, qui doit être suivi dans des hôpitaux universitaires et auprès de kinésithérapeutes hautement qualifiés et sélectionnés du secteur privé, et pendant laquelle l'étudiant apprend à conceptualiser des traitements, à les mettre en pratique et à suivre les patients. Cette conception intégrée d'un enseignement assisté par la recherche forme des personnes qui disposent d'un large éventail de possibilités, et ce également en ce qui concerne l'exercice de la profession de kinésithérapeute.

La meilleure preuve est que le licencié est en mesure d'élaborer, de façon autonome, le concept du traitement kinésithérapeutique, bien entendu après que le médecin lui ait envoyé le patient.

L'évaluation et les révisions permanentes des programmes d'enseignement de la licence, ont amené récemment à la constatation qu'il est encore possible mais tout juste d'organiser la formation académique dans les limites des quatre années qui ont été prévues. L'on demandera, sous peu, à porter la durée de la formation à cinq ans.

En ce qui concerne la formation complémentaire, la combinaison de forces conservatrices et de mesures d'économie que l'on ne cesse de prendre a eu pour conséquence de freiner exagérément et de limiter un certain nombre d'évolutions indispensables au sein de ce type d'enseignement. En réaction à cela, des associations professionnelles et des personnes privées ont organisé de multiples formations complémentaires, qui coûtent, en règle générale, bien plus que la formation de base. Face à l'offre étendue de formations complémentaires, les kinésithérapeutes ont souvent du mal à séparer le bon grain de l'ivraie, à faire une distinction entre

their own countries, physiotherapy education based on university or university level studies or the equivalent, of minimum 4 years full time (or equivalent) duration ».

In ons land beschikken zowel de Vlaamse als de Franstalige universiteiten over de nodige structuur en infrastructuur voor een dergelijk vierjarig programma. Het denken aan een weg terug zou bijgevolg een grof onrecht betekenen ten aanzien van de kinesitherapie en van de patiënt.

Het onderscheid tussen de graduaatsopleiding kinesitherapie en de licentie Moreki drukt zich niet uit in termen van beter of minder goed, maar in termen van anders benaderen, anders opleiden.

Men vergeet daarenboven niet dat in de voorbije decennia in het curriculum van de A1-opleiding de 36 à 40 lestijden per week stelselmatig werden afgebouwd tot de 32 lestijden per week, een verkorting die haaks stond en staat op het verleggen naar een hoger niveau van de opleiding.

De licentie-opleiding steunt, zoals elke academische opleiding op een brede onderbouw van basiswetenschappelijke vakken als beschrijvende anatomie, histologie, menselijke biologie, scheikunde, natuurkunde, fysiologie, psychologie. In een tweede benadering vloeien deze basiswetenschappelijke vakken over in meer vakgerichte cursussen met praktijksessies, van functionele anatomie naar biomechanica en kinesiologie, van bijzondere fysiologie en fysiologische scheikunde naar inspanningsfysiologie en neurofysiologie, van pathologie naar biomechanica toegepast op de pathologie.

In een derde beweging, vaak simultaan met de tweede benadering, worden behandelingsmethoden en -concepten aangereikt die vanuit een integratie met de aandragerende vakken worden aangeleerd, ingeoeft en kritisch onderzocht. Tevens en tegelijk wordt aan eigen bewegingservaringen gewerkt.

Tenslotte wordt een eigen onderzoeksproject opgezet in het kader van een licentiaatsverhandeling, stelend op een wetenschappelijk verantwoorde methodologie.

Het geheel wordt afgerond met een stageperiode van zeven maanden in universitaire ziekenhuizen en bij geselecteerde hoog gekwalificeerde kinesithérapeuten in de privé-praktijk — waar de student getraind wordt in het conceptualiseren van behandelingen, het uitvoeren ervan en de follow-up van patiënten. Deze geïntegreerde aanpak van onderzoeksondersteund onderwijs vormt personen, die over een brede waaier van mogelijkheden beschikken, ook in de uitoefening van het beroep van kinesithérapeute.

Het best wordt dit omschreven door aan te geven dat de licentiaat in staat is zelfstandig het concept van de kinesithérapeutische behandeling te ontwerpen, uiteraard na verwijzing door de arts.

De permanente evaluatie en herzieningen van de onderwijsprogramma's van de licentie hebben recent tot de vaststelling geleid dat de academische opleiding nog maar net mogelijk is binnen de toegemeten vier jaar. Vragen naar een vijfjarige opleiding liggen in het verschiet.

Wat de navorming betreft, hebben de combinatie van conservatieve krachten en aanhoudende besparingsmaatregelen tot gevolg gehad dat een aantal noodzakelijke ontwikkelingen binnen deze onderwijsvorm te traag en te beperkt tot stand kwamen. Beroepsverenigingen en privépersonen hebben in een reactie hierop talrijke bijscholingen opgezet, die doorgaans veel meer kosten dan de basisopleiding. Bij het uitgebreide aanbod inzake bijscholing is het voor de kinesithérapeuten vaak moeilijk om het kaf van het koren, het idealisme van de business te scheiden. Alhoewel de vrijheid van onderwijs een grondwettelijk recht is, doet zich in de

l'idéalisme et le « business ». nonobstant le fait que la liberté d'enseignement est un droit constitutionnel, il est assez frappant que, dans le domaine de la kinésithérapie, de nombreuses formes d'enseignement complémentaires échappent à la tutelle du ministre de l'Education.

Les universités flamandes, qui ont réagi à cet égard, organisent actuellement elles aussi un enseignement académique continué. Elles organisent des études complémentaires spécialisées en thérapie manuelle, en rééducation à la suite d'un accident sportif, en rééducation neurologique, en rééducation gériatrique, en rééducation pédiatrique, en rééducation cardio-vasculaire et en rééducation respiratoire. Cette évolution montre que l'apport scientifique ou progressé dans l'enseignement continué en kinésithérapie, et ce dans le cadre des structures régulières de l'enseignement. L'on a, grâce à la garantie que les nouvelles connaissances et les nouvelles conceptions sont à la disposition de l'ensemble de la profession, et ce, grâce à leur communication par le biais de publications scientifiques, et qu'elles ne sont pas réservées à un petit groupe choisi d'élèves redevable de sommes énormes pour rester informés.

En même temps, l'on met tout en œuvre pour élargir un dialogue entre les universités et les associations professionnelles, les associations professionnelles communiquant les besoins de la profession et les universités examinant la valeur scientifique des méthodes de traitement appliquées.

2. En ce qui concerne l'exercice de la profession

En ce qui concerne l'exercice de la profession, il convient de réfléchir avec le plus grand soin et de façon intégrée sur un certain nombre d'éléments liés les uns aux autres:

2.1. le nombre excessif et donc inadmissible de kinésithérapeutes;

2.2. les abus découlant du point 2.1 (traitements kinésithérapeutiques prescrits par des praticiens qui ont besoin purement et simplement de quoi vivre, etc.);

2.3. les frais inutiles qui en découlent pour l'assurance-maladie;

2.4. l'absence de délimitation entre les compétences de licenciés et celles des gradués. En aucun cas, l'absence de réglementation équitable relative aux compétences et de la norme de remboursement différenciée liée à une telle réglementation ne peuvent suffire à décréter qu'il n'y a aucune différence ni pour ce qui est des connaissances qu'elles permettent d'accumuler ni pour ce qui est des aptitudes, entre la formation de gradué et celle de licencié;

2.5. la sélection négative, dont souffrent de plus en plus les formations de gradués, et qui risque de les entraîner dans une spirale vers le bas;

2.6. le trop grand investissement en temps (3 ans) qu'un gradué doit consentir pour obtenir un diplôme de licencié.

L'on a déjà suggéré que l'on pourrait réduire cette durée à deux ans, à condition, éventuellement, d'organiser une épreuve d'admission. Il faut savoir qu'un étranger qui est titulaire d'un B.A.C. + 3 ans s'inscrivant dans le contexte européen, peut venir suivre, en Flandre, un « Master in Physiotherapy », c'est-à-dire être admis à une formation académique continuée.

Le professeur Leduc de l'U.L.B. s'associe aux idées développées par le professeur Van Gerven. Il souligne que cette discussion se situe dans le domaine de la santé publique. L'intérêt primordial est la santé de la population avant des discussions inadéquates concernant la formation. L'université se doit de rester le creuset

kinesithérapie-wereld toch het opvallende feit voor dat zeer veel vervolgonderwijs aan de voogdij van de minister van onderwijs ontsnapt.

De Vlaamse universiteiten hebben hierop ingespeeld en voorzien thans ook in voortgezet academisch onderwijs. Aanvullende of gespecialiseerde studies worden aangeboden in manuele therapie, sportrevalidatie, neurologische revalidatie, geriatrische revalidatie, pediatrische revalidatie, cardiovasculaire revalidatie en respiratorische revalidatie. Deze evolutie toont aan dat er vooruitgang wordt geboekt inzake wetenschappelijke inbreng in het voortgezet onderwijs in de kinesithérapie, en dit binnen het kader van de reguliere onderwijsstructuren. Hierdoor wordt een waarborg ingebouwd, dat het verwerven van nieuwe kennis en inzichten via wetenschappelijke publikaties voor de hele beroepsgemeenschap beschikbaar wordt gesteld, en niet wordt voorbehouden voor een selecte groep cursisten, die hiervoor extra grote bedragen moeten betalen.

Tegelijk wordt er ernstig werk gemaakt van een dialoog tussen de universiteit en de beroepsverenigingen, met de beroepsverenigingen als aanbrengers van de noden uit het beroepsveld en de universiteiten als toetsers van de wetenschappelijke waarde van de toegepaste behandelingsmethoden.

2. Naar de beroepsuitoefening toe

Wat de beroepsuitoefening betreft, dient met de grootste zorg geïntegreerd nagedacht over een aantal elementen die aan elkaar gekoppeld zijn:

2.1. het ontoelaatbaar overaanbod van kinesitherapeuten;

2.2. de uit 2.1 voortvloeiende misbruiken (kinebehandelingen om den brode, enz.);

2.3. de uit 2.2 voortvloeiende onnodige kosten voor de ziekteverzekering;

2.4. het gebrek aan bevoegdheidsafbakening tussen de licentiaat en de gegradueerde. In geen geval kan het ontbreken van een billijke bevoegdheidsregeling en de daarbij horende gedifferentieerde terugbetalingsnorm het motief zijn om te stellen dat er geen verschil is in opleiding, in kennen en kunnen tussen de gegradueerde en de licentiaat;

2.5. de negatieve selectie waaronder de graduaatopleidingen meer en meer te lijden hebben en die een spiraal neerwaarts dreigt te worden;

2.6. de te groot geachte tijdsinvestering (3 jaar) die een gegradueerde moet doen om de licentie te behalen.

Hier werd reeds gesuggereerd dat dit zou kunnen herleid worden tot 2 jaar, eventueel mits toelatingsproef. Men moet hierbij bedenken dat een buitenlander B.A.C. + 3 jaar in Europees verband in Vlaanderen een Master in Physiotherapy kan komen volgen, d.w.z. toegelaten kan worden tot de voortgezette academische opleiding.

Professor Leduc van de U.L.B. sluit aan bij de gedachten die prof. Van Gerven heeft ontwikkeld. Hij onderstreept dat die discussie geplaast moet worden in het vlak van de volksgezondheid. Het belang van de volksgezondheid gaat vóór ondoelmatige discussies over de opleiding. De universiteit moet de smelt-

où se forgent les esprits au sens de l'adaptation et de la réalisation d'une thérapie.

*
* *

Un commissaire estime qu'il faudra probablement en arriver à délimiter clairement les compétences des titulaires d'un diplôme académique et des diplômés issus de l'enseignement supérieur non universitaire. Elle demande au professeur Van Gerven de dire de quelle façon cette distinction pourrait être opérée en pratique.

Le professeur Van Gerven estime que les gradués devraient évoluer pour devenir des techniciens auxiliaires au service des médecins ou des licenciés. Il faudrait, dès lors, définir exactement quelles sont les compétences respectives de chacun.

Le professeur Stappaerts souligne que la conférence mondiale des kinésithérapeutes (*World Confederation of Physical Therapists*) avait déjà déclaré, en 1991, que les États membres devraient veiller à ce que la formation en kinésithérapie soit dispensée au niveau universitaire ou constitue une formation équivalente d'au moins quatre ans.

La conviction générale est qu'une formation de trois ans n'est pas suffisante.

II. Audition de représentants des Académies de médecine, des Facultés universitaires de médecine et du Groupement des Unions professionnelles belges des médecins-spécialistes

1. Audition des représentants des Académies royales de médecine de Belgique

Le professeur de Scoville observe que l'Académie royale de médecine de Belgique, ainsi que la « Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België » ont pris position à l'égard des différentes propositions de loi réglant le statut de la kinésithérapie. Les deux académies estiment que le problème de la kinésithérapie existe. Elles considèrent la kinésithérapie comme étant une profession paramédicale et trouvent révolutionnaire le fait de vouloir séparer la kinésithérapie des autres professions paramédicales.

La proposition de loi déposée par MM. Diegenant et Mahoux permet au kinésithérapeute de poser des diagnostics et d'établir des thérapeutiques sans contrôle médicales. Les académies ne peuvent marquer leur accord avec cette proposition de loi.

Le professeur Lacquet remarque que les académies ont déjà maintes fois explicité leur point de vue concernant la kinésithérapie, et ce, pour la dernière fois le 26 février 1994, lorsqu'elles ont donné leur avis, à la demande du conseil national de l'Ordre des médecins, sur trois propositions de loi relatives à la kinésithérapie, déposée par M. Charlier (doc. Chambre, n° 885/1, 1992-1993), MM. Gevenois et Taminiaux (doc. Sénat, n° 636-1, 1992-1993) et M. Bertouille (doc. Chambre, n° 902/1, 1992-1993).

Leur avis est le suivant:

1. Les trois propositions de loi ont pour but de donner un statut distinct à la kinésithérapie dans le cadre de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

Contrairement aux propositions de loi précédentes du sénateur Diegenant et de celle de M. Bertouille, qui veulent faire de la kinésithérapie une branche de l'art de guérir, au même titre que la médecine, l'art dentaire et la pharmacie, les propositions I et II de MM. Charlier et Gevenois reconnaissent la kinésithérapie comme une profession paramédicale, tout en réclamant pour cette discipline un statut privilégié sous forme d'un chapitre distinct dans

kroes blijven waar de geesten worden gevormd met het oog op de keuze en de verwezenlijking van een therapie.

*
* *

Een commissielid meent dat het waarschijnlijk zal moeten komen tot een welbegrepen bevoegdheidsafbakening tussen academisch en N.U.H.O.-gediplomeerden. Zij vraagt aan professor Van Gerven hoe zich dat in de praktijk dient te vertalen.

Professor Van Gerven meent dat de gegradueerden zouden moeten evolueren tot een technisch hulpberoep in dienst van artsen of licentiaten. Er dient dan precies afgebakend te worden welke de respectieve bevoegdheidsdomeinen zijn.

Professor Stappaerts wijst er op dat de wereldconfederatie van kinesitherapeuten (*World Confederation of Physical Therapists*) reeds in 1991 heeft gesteld dat de lidstaten er voor zouden moeten zorgen dat de kinesitherapeutenopleiding moet worden gebaseerd op universitair niveau of op een equivalente opleiding van minimaal vier jaren.

Algemeen heerst de overtuiging dat een opleiding van drie jaar niet volstaat.

II. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de Academies voor Geneeskunde, de Universitaire faculteiten voor geneeskunde en het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten

1. Hoorzitting met de vertegenwoordigers van de Koninklijke Academies voor geneeskunde van België

Professor Scoville merkt op dat de « Académie royale de Médecine de Belgique » en de Koninklijke Academie voor geneeskunde van België hun standpunt hebben bepaald ten opzichte van de verschillende wetsvoorstellen die het statuut van de kinesithérapie regelen. Beide academies zijn van mening dat het probleem van de kinesithérapie reëel is. Zij beschouwen de kinesithérapie als een paramedisch beroep en vinden het revolutionair dat men de kinesithérapie wil scheiden van de andere paramedische beroepen.

Het wetsvoorstel dat door de heren Diegenant en Mahoux is ingediend, maakt het voor de kinesithérapeuten mogelijk een diagnose te stellen en behandelingen voor te schrijven zonder medische controle. De academies kunnen hun goedkeuring niet hechten aan dit wetsvoorstel.

Professor Lacquet merkt op dat de academies reeds herhaaldelijk hun standpunt over de kinesithérapie hebben uiteengezet en voor het laatst nog op 26 februari 1994, toen de academies advies hebben uitgebracht op verzoek van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren over drie wetsvoorstellen betreffende de kinesithérapie respectievelijk ingediend door de heren Charlier (Gedr. St., Kamer, nr. 885-1, 1992-1993), Gevenois en Taminiaux (Gedr. St., Senaat, 1992-1993, nr. 636-1) en Bertouille (Gedr. St., Kamer, nr. 902-1, 1992-1993).

Het advies luidt als volgt:

1. De drie wetsvoorstellen willen aan de kinesithérapie een afzonderlijk statuut geven in het raam van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967.

In tegenstelling tot de vroegere wetsvoorstellen van senator Diegenant, en dit van de heer Bertouille e.a. die de kinesithérapie willen verheffen tot een tak van de geneeskunst, naast geneeskunde, tandheelkunde en farmacie, erkennen de wetsvoorstellen I en II van de heren Charlier en Gevenois de kinesithérapie als een paramedisch beroep, en ze verlangen een bevoorrechtiging ervan in een afzonderlijk hoofdstuk van het Besluit nr. 78, naast

l'arrêté royal n° 78 à côté de l'art infirmier. Les propositions de loi I et II se prononcent en faveur d'un Conseil national et d'une Commission technique distincts, alors que la proposition III prévoit uniquement la création d'un Conseil national qui serait toutefois tenu de demander l'avis des Académies.

2. Les trois propositions de loi donnent une trop grande liberté d'action au kinésithérapeute, liberté pouvant être exercée en dehors de toute surveillance ou responsabilité d'un médecin qui devra cependant prendre l'initiative du traitement. Aucune distinction (ou une distinction insuffisante) n'est opérée entre les prestations purement techniques, dont certaines peuvent être accomplies à l'initiative du personnel paramédical lui-même et les actes confiés qui dépassent sa compétence, parce qu'ils ont un caractère médical, et ne peuvent être prestés par le kinésithérapeute, aux termes de la loi, que sous la surveillance et la responsabilité du médecin traitant, souvent lui-même spécialiste en médecine physique. En effet, les trois ou quatre années de formation des praticiens des professions paramédicales ne peuvent pas être comparées aux sept années de formation des médecins et aux douze années de formation du spécialiste en médecine physique.

3. Les propositions acceptent qu'un médecin pose le diagnostic de l'affection à traiter et oriente le patient vers le kinésithérapeute, ou lui donne même une prescription (ordonnance). M. Bertouille parle d'« envoi » dans son article 3, mais de prescription dans ses développements, et confond donc les deux notions. Mais ces notions restent vagues, même dans la proposition Bertouille. On introduit même la notion de « complément » du diagnostic par le kinésithérapeute, alors que le médecin est exclu du choix de la thérapie et ne peut, de plus exercer aucun contrôle sur le résultat obtenu en cours de traitement.

Des complications pour le patient risquent d'être observées trop tard, avec des suites sérieuses, voire dangereuses.

Conclusions

1. On ne peut pas mettre en doute le fait que la kinésithérapie répond complètement et exclusivement à la définition d'une profession paramédicale telle que visée à l'article 22bis de l'arrêté royal n° 78 et a sa place dans ce groupe de professions.

Il est logique que les médecins se fassent assister par des personnes compétentes, ayant reçu une formation en kinésithérapie, ergothérapie, logopédie, podologie, ou d'autres techniques encore, qui accompliront certains actes techniques à sa place (partiellement ou totalement); il leur confiera même certains actes médicaux, qu'ils accompliront sous sa responsabilité et sa surveillance directe. Il n'est pas exclu que, dans des circonstances déterminées, ce personnel paramédical soit autorisé à poser certains actes techniques de sa propre initiative.

2. Les Académies réitérent énergiquement leur point de vue au sujet de la kinésithérapie, tel qu'il a été décrit de manière détaillée dans leurs rapports concernant les professions paramédicales, et plus particulièrement la kinésithérapie, en date du 28 octobre 1989.

3. Les remarques précédentes sont également d'application pour la proposition de loi 944-1 (1993-1994) de MM. Diegenant et Mahoux du 23 décembre 1993.

Le professeur Lacquet ajoute que le diagnostic et l'indication, c'est-à-dire le choix du traitement, comme le traitement lui-même relèvent du domaine de la médecine et doivent donc être assurés par les médecins.

de verpleegkunde. De voorstellen I en II willen een afzonderlijke Nationale Raad en een Technische Commissie, het voorstel III vergenoegt zich met een Nationale Raad, die weliswaar het advies van de Academiën moet vragen.

2. De drie wetsvoorstellen geven een te grote vrijheid van handelen aan de kinesitherapeut, zonder toezicht noch verantwoordelijkheid van de geneesheer die aan de basis moet staan van de behandeling. Er wordt geen of onvoldoende onderscheid gemaakt tussen zuiver technische prestaties, waaronder sommige zelfs op eigen initiatief van de paramedici kunnen toegepast worden, en toevertrouwde handelingen, die hun bevoegdheid overstijgen omdat ze uiteraard medisch zijn en slechts door de kinesitherapeut wettelijk mogen uitgevoerd worden onder toezicht en verantwoordelijkheid van de behandelende arts, die zelf meestal specialist is in de fysische geneeskunde. Immers, de 3 of 4 jaar opleiding van de paramedicus is niet vergelijkbaar met de 7 jaar van de arts en de 12 jaar van de specialist in fysische geneeskunde. Het toppunt is wel dat men aan de geneesheerspecialist in de fysische geneeskunde de machtiging wil verlenen om de kinesitherapie uit te oefenen (Voorstel III, art. 2, § 5), alhoewel hij per definitie daartoe bevoegd is.

3. De voorstellen aanvaarden wel dat een arts de diagnose stelt van de te behandelen aandoening en de patiënt verwijst naar de kinesitherapeut of zelfs een voorschrift meegeeft. De heer Bertouille spreekt van verwijzing in artikel 3, doch van voorschrift in zijn toelichting, en verwacht aldus de twee begrippen. Maar deze begrippen blijven vaag, zelfs in het voorstel Bertouille. Er komt zelfs « aanvulling » van de diagnose door de kinesitherapeut, zonder inspraak van de arts in de keuze van therapie, noch zijn controle op het resultaat in de loop van de behandeling.

Verwikkelingen voor de patiënt kunnen dan te laat opgemerkt worden met ernstige, zelfs gevaarlijke gevolgen.

Besluit

1. Er kan niet getwijfeld worden aan het feit dat de kinesitherapie volledig en uitsluitend beantwoordt aan de bepaling van een paramedisch beroep waarvan sprake is in artikel 22bis van het koninklijk besluit nr. 78 en daarom bij deze groep thuis hoort.

Het is logisch dat de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde, naar wie een patiënt door zijn huisarts verwezen wordt voor speciale diagnose en behandeling, zich laat bijstaan door bevoegde helpers, gevormd in de technieken van kinesitherapie, of ergotherapie, of logopedie, of podologie, of andere, die in zijn plaats technische handelingen gedeeltelijk of volledig uitvoeren, of aan wie hij zelfs medische handelingen toevertrouwt op zijn verantwoordelijkheid en onder zijn rechtstreeks toezicht. Het is niet uitgesloten dat deze paramedici in bepaalde omstandigheden ook sommige technische handelingen op eigen initiatief kunnen en mogen toepassen.

2. De Academiën bevestigen met klem hun standpunt betreffende de kinesitherapie, zoals het breedvoerig omschreven staat in hun verslagen betreffende paramedische beroepen, meer bepaald over kinesitherapie, d.d. 28 oktober 1989 (*Jaarboek van de Academie*, 1989, blz. 199-203).

3. Dezelfde opmerkingen als hierboven zijn van toepassing op het wetsvoorstel 944-1 (1993-1994) van de heren Diegenant en Mahoux van 23 december 1993.

Professor Lacquet voegt hier nog aan toe dat zowel diagnose en indicatie, dat wil zeggen de keuze van de behandeling, als de behandeling zelf, elementen zijn van de geneeskunde en door de artsen worden uitgevoerd.

La tâche du personnel paramédical est d'assister le médecin dans la mise en œuvre du traitement, qu'il a prescrit.

Le médecin, qui est responsable du traitement, doit en contrôler la bonne exécution et, si nécessaire, le modifier.

Le professeur Lacquet souligne ensuite que la kinésithérapie n'est souvent qu'un des éléments du traitement (par exemple dans le domaine de la cardiologie).

Il insiste une fois de plus sur le fait que le patient ne subit pas des actes kinésithérapeutiques après avoir été orienté vers le kinésithérapeute par le médecin, mais bien après avoir reçu une prescription de ce dernier. C'est d'ailleurs le médecin qui reste responsable de cette prescription.

Le médecin n'oriente dès lors pas le patient vers un kinésithérapeute; le cas échéant, il oriente le patient vers un collègue médecin et confie le patient à ce dernier.

Le kinésithérapeute occupe le même rang que les autres collaborateurs paramédicaux, comme les ergothérapeutes, les podologues, les logopèdes, les diététiciens, les bandagistes, les orthésistes, les prothésistes et les orthoptistes.

Il peut également arriver qu'on confie au kinésithérapeute, outre des actes techniques, des traitements médicaux. Dans ce cas, le contrôle, voire la présence du médecin, sont indispensables.

*
* *

Un commissaire constate que les académies royales de médecine de Belgique ont notamment pour mission de conseiller le ministre de la Santé publique sur les matières qui ont un rapport avec l'exercice de l'art de guérir (art. 46 de l'arrêté royal n° 78).

L'intervenant demande quel est l'avis des académies concernant la création d'un Conseil national de la kinésithérapie, prévue par la proposition de loi de MM. Diegenant et Mahoux.

Ce conseil national, dans lequel les kinésithérapeutes seront majoritaires, disposera de très larges compétences, conformément à l'article 2 de la proposition de loi.

Le professeur de Scoville déclare qu'à son avis, le pouvoir d'avis des académies est réduit à néant par cette disposition. Les kinésithérapeutes seront en mesure de discuter et de régler entre eux les problèmes. On peut se demander, dès lors, si la consultation des académies peut encore avoir un sens.

Le professeur Lacquet souligne qu'il existe un Conseil national des professions paramédicales. Ce conseil n'a pas l'obligation de demander l'avis des académies. Les académies ont élaboré des critères généraux pour l'ensemble des professions paramédicales et pour chaque profession paramédicale prise séparément. Les critères applicables à chaque profession font tous une distinction entre les actes techniques et les actes médicaux qui lui sont confiés.

L'auteur de la proposition de loi 944-1 fait observer qu'aux termes de la loi, le pharmacien est un praticien de l'art de guérir; le pharmacien exerce son activité sur la prescription du médecin.

Les professeurs de Scoville et Lacquet déclarent que les kinésithérapeutes appartiennent au corps paramédical; cependant, dans le cadre d'un recours, introduit par un groupe professionnel de kinésithérapeutes, devant le Conseil d'Etat, et qui y est pendant, on prétend que, du point de vue légal, le kinésithérapeute n'appartient pas au corps paramédical.

Selon l'auteur de la proposition de loi, les praticiens de la kinésithérapie demandent si, dans le domaine de la médecine, il y a place pour d'autres praticiens que les médecins. La réponse à cette

Het is de taak van de paramedicus de geneesheer bij de behandeling bij te staan.

De arts, die verantwoordelijk is voor de behandeling, moet die behandeling opvolgen en zo nodig wijzigen.

Professor Lacquet wijst er voorts op dat de kinesitherapie vaak slechts een onderdeel van de behandeling is (bijvoorbeeld in de cardiologie).

Hij benadrukt nogmaals dat de kinesitherapie niet wordt uitgeoefend na verwijzing door de arts, maar op voorschrift van deze laatste. De arts blijft overigens verantwoordelijk voor dat voorschrift.

De arts verwijst derhalve niet naar een kinesitherapeut; hij verwijst een patiënt in voorkomend geval naar een collega-arts en staat de patiënt aan die collega af.

De kinesitherapeut vindt zijn plaats naast de andere paramedische medewerkers, zoals de ergotherapeuten, de podologen, de logopedisten, de diëtisten, de bandagisten, orthesisten en prothesisten en de orthoptisten.

Het kan voorkomen dat aan de kinesitherapeut, naast technische handelingen, ook medische behandelingen worden toevertrouwd. In dat geval is het toezicht en zelfs de aanwezigheid van de arts noodzakelijk.

*
* *

Een commissielid constateert dat de Koninklijke Academiën voor Geneeskunde van België onder meer tot taak hebben aan de minister van Volksgezondheid advies te verstrekken over aangelegenheden die verband houden met de uitoefening van de geneeskunde (art. 46 van het koninklijk besluit nr. 78).

Het lid vraagt wat de mening is van de Academiën over de oprichting van een Nationale Raad voor de Kinesitherapie waarin het wetsvoorstel Diegenant-Mahoux voorziet.

Deze Nationale Raad, waarin de kinesitherapeuten de meerderheid hebben, zal, luidens artikel 2 van het wetsvoorstel, zeer ruime bevoegdheden hebben.

Professor de Scoville geeft als zijn mening te kennen dat het adviesrecht van de Academiën hierdoor tot nul wordt herleid. De kinesitherapeuten zullen in de mogelijkheid zijn de problemen onder elkaar te bespreken en te regelen. Men kan zich in die omstandigheden afvragen of het nog wel zinvol zal zijn de Academiën te raadplegen.

Professor Lacquet wijst erop dat er een Nationale Raad is voor de Paramedische Beroepen. Die raad is niet verplicht advies te vragen aan de Academiën. De Academiën hebben voor de paramedische beroepen in hun geheel en voor elk paramedisch beroep afzonderlijk, algemene criteria opgesteld. In de criteria voor elk beroep wordt telkens een onderscheid gemaakt tussen de technische handelingen en de toevertrouwde medische handelingen.

De auteur van het wetsvoorstel 944-1 merkt op dat de apotheker, volgens de termen van de wet, een medicus is; de apotheker werkt op voorschrift van de arts.

De professoren de Scoville en Lacquet stellen dat de kinesitherapeut een paramedicus is, maar bij de Raad van State is een verhaal aanhangig van een beroepsgroep van kinesitherapeuten die stelt dat de kinesitherapeut, uitgaande van de bepaling van de wet, geen paramedicus is.

Volgens de auteur van het wetsvoorstel vragen de beoefenaars van de kinesitherapie of er in het domein van de geneeskunst plaats is voor andere beoefenaars dan de artsen. Het antwoord op

question doit permettre à la commission de situer la kinésithérapie dans le cadre de l'arrêté royal n° 78. L'auteur explique une fois de plus quels sont les objectifs de sa proposition de loi, laquelle part du principe que le médecin pose un diagnostic et envoie ensuite le patient chez le kinésithérapeute. Ce dernier établit un diagnostic complémentaire dans le domaine pour lequel il est compétent et fixe le traitement à suivre.

Le professeur Lacquet répond qu'on ne peut pas se borner à envoyer un patient chez le kinésithérapeute. L'exercice de thérapies fait partie intégrante de l'art de guérir et la kinésithérapie en est un aspect. Un membre du corps paramédical peut, sous le contrôle du médecin, établir un diagnostic complémentaire. Le médecin en tire des conclusions quant au traitement à suivre.

Un commissaire croit savoir que la majorité des kinésithérapeutes souhaitent travailler sur la base d'une prescription du médecin. En d'autres termes, ils veulent que le médecin conserve la responsabilité. Les kinésithérapeutes soulignent, toutefois, que les prescriptions sont souvent imprécises et/ou inadéquates et ils souhaitent que, à cet égard, les médecins les établissent de commun accord avec eux.

D'après le professeur Lacquet, aucune loi n'est nécessaire à cela. Un médecin qui estime que le cas qui lui est présenté dépasse ses compétences, doit envoyer le patient chez un collègue plus compétent. S'il s'avère que la thérapeutique définie n'est pas bonne, il y a faute non pas de la part du kinésithérapeute, mais du médecin.

À cet égard, un autre membre estime que le médecin prescripteur joue un rôle très important. On peut dire en règle générale que le généraliste n'est pas en mesure d'établir une prescription adéquate.

Il faudrait donc soit mieux former les généralistes, soit réserver aux seuls médecins spécialistes la compétence de prescrire des séances de kinésithérapie. En ce qui concerne la proposition de loi Diegenant-Mahoux elle-même, le membre fait encore observer que ses dispositions sont trop vagues et qu'elle entraînera une hausse des dépenses.

Un autre membre encore renvoie aux propos du professeur Lacquet relatifs aux actes techniques et médicaux. À ses yeux, il faudrait dresser une liste de ces deux types d'actes, même s'il lui paraît difficile d'établir des listes exhaustives.

Le professeur Lacquet fait remarquer que ces listes existent.

Dans le prolongement de la suggestion d'un commissaire, le professeur de Scoville pense qu'il n'est pas impossible de réserver aux seuls médecins spécialistes la compétence de prescrire certains actes kinésithérapeutiques.

Le professeur Henry renvoie encore aux développements de la proposition de loi, dans lesquels on donne une description très large de la tâche du kinésithérapeute. D'après les développements (p. 2), le kinésithérapeute permet, par sa contribution ... « au médecin d'affiner son diagnostic ». Le professeur Henry lui aussi souligne que l'établissement de tout diagnostic relève de la compétence du seul médecin.

2. Audition avec des représentants des Facultés de médecine des Universités néerlandophones

La Dr Van Laere, chef de clinique adjointe auprès du service de physiothérapie de la Faculté de médecine de la V.U.B., partage l'opinion des représentants des Académies royales de médecine. Elle verrait d'un mauvais œil que le kinésithérapeute puisse fixer lui-même le traitement et sa durée. Elle souhaite que le kinésithérapeute continue à exercer sa profession sur la base des directives qui lui sont données par le médecin, comme il le fait actuellement.

Le professeur Dr Mussen signale qu'au cours de sa réunion du 22 mars dernier, la Faculté de médecine de l'Université de Gand,

die vraag moet de Commissie in staat stellen de kinesitherapie te situeren in het koninklijk besluit nr. 78. De auteur licht nogmaals de strekking van zijn wetsvoorstel toe dat ervan uitgaat dat de arts een diagnose stelt en de patiënt naar de kinesitherapeut verwijst. Deze laatste stelt een bijkomende diagnose in het domein waarvoor hij bevoegd is en bepaalt de behandeling.

Professor Lacquet repliceert hierop dat verwijzing zonder meer niet mag. Therapie is geneeskunde en de kinesitherapie is daar een aspect van. Door een paramedicus kan, onder toezicht van de geneesheer, een bijkomende diagnose worden uitgevoerd. De geneesheer trekt hieruit de conclusies wat de toe te passen behandeling betreft.

Een commissielid meent dat de meerderheid van de kinesitherapeuten op voorschrift van de geneesheer wenst te werken. Zij wensen m.a.w. de verantwoordelijkheid bij de medicus te laten. De kinesitherapeuten wijzen er wel op dat de voorschriften vaak onnauwkeurig en/of inadequaat zijn. Zij wensen dat de voorschriften in samenspraak met de kinesitherapeut zouden worden opgemaakt.

Volgens professor Lacquet is daarvoor geen wet nodig. Een geneesheer die zich onbevoegd acht, moet een patiënt naar een meer bevoegde collega verwijzen. Indien blijkt dat de therapie verkeerd is dan is de geneesheer en niet de kinesitherapeut in fout.

Een ander lid, hierop inhakend, is de mening toegedaan dat de geneesheer-voorschrijver een zeer belangrijke rol vervult. Algemeen kan worden gesteld dat de huisarts niet in staat is een adequaat voorschrift op te stellen.

Men zou derhalve ofwel de huisartsen beter moeten opleiden ofwel aan de geneesheer-specialisten alleen de bevoegdheid verlenen kinesitherapie voor te schrijven. Wat het wetsvoorstel Diegenant-Mahoux zelf betreft, merkt het lid nog op dat de bepalingen te vaag zijn en dat het de uitgaven zal doen stijgen.

Nog een ander lid verwijst naar hetgeen professor Lacquet heeft gezegd over de technische en de medische handelingen. Zijns inziens zou van beide soorten handelingen een lijst moeten worden opgemaakt al lijkt het hem moeilijk exhaustieve lijsten op te stellen.

Professor Lacquet merkt op dat die lijsten bestaan.

Professor de Scoville, inhakend op de suggestie van een lid, acht het niet onmogelijk de bevoegdheid om bepaalde kinesitherapeutische handelingen voor te schrijven, alleen aan geneesheer-specialisten te verlenen.

Professor Henry verwijst nog naar de toelichting bij het wetsvoorstel die een zeer ruime omschrijving geeft van de taak van de kinesitherapeut. Volgens de toelichting (blz. 2) stelt de kinesitherapeut door zijn onderzoek « de arts in staat zijn diagnose te verfijnen ». Ook professor Henry wijst erop dat elke diagnose de taak van de arts is.

2. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de Faculteiten geneeskunde van de Nederlandstalige universiteiten

Dokter Van Laere, adjunct-kliniekhoofd bij de dienst Fysiotherapie van de Faculteit geneeskunde bij de V.U.B., deelt de mening van de vertegenwoordigers van de Koninklijke Academieën voor Geneeskunde. Het zou haar storen dat de kinesitherapeut voortaan zelf de behandeling en de duur daarvan zou bepalen. Zij wenst dat de kinesitherapeut, zoals thans het geval is, zijn beroep blijft uitoefenen op basis van de richtlijnen die hem door de arts worden gegeven.

Professor doctor Mussen merkt op dat de Faculteit geneeskunde van de Universiteit Gent, tijdens de faculteits-

l'a chargé d'accompagner le professeur Dr Vanderstraeten pour participer avec lui à l'audition en cours. Cela ne signifie, toutefois, pas que mandat leur a été donné d'exprimer, au nom de la faculté, une opinion déterminée. D'ailleurs, ils ne connaissent pas encore l'opinion de la faculté. Ils sont cependant conscients du fait que certaines associations professionnelles, y compris certaines associations de médecins, n'ont pas toujours donné à leurs membres les informations exactes concernant les propositions de loi à l'examen et qu'elles les ont donc consciemment ou non, induits en erreur.

Le professeur Mussen estime — et il a consulté plusieurs membres de la faculté — à propos de sa manière de voir qu'il faut prévoir d'urgence pour les kinésithérapeutes un statut convenable qui inclurait certains éléments déjà appliqués par l'I.N.A.M.I.

Le diagnostic médical reste le monopole du médecin et il ne serait assurément pas mauvais que celui-ci prescrive l'ensemble du traitement et que le kinésithérapeute l'exécute en fonction de ses instructions. Or, pour toutes sortes de raisons, les médecins ne prescrivent pas toujours le traitement à suivre et se contentent d'établir un diagnostic, après quoi ils envoient le patient chez le kinésithérapeute, en mentionnant, pour son information, d'éventuelles contre-indications en matière de thérapie.

Le professeur Mussen est conscient du fait qu'actuellement, les médecins sont suffisamment formés et informés pour prescrire un traitement kinésithérapeutique approprié.

D'autre part, bien des médecins n'ont pas le temps d'en prescrire un et ne souhaitent pas avoir à assumer la responsabilité d'un traitement.

Si le médecin ne fait pas le schéma du traitement, le kinésithérapeute peut le faire. D'ailleurs, aux Pays-Bas, où cette possibilité existe également, il en a été fait mention dans le statut (1977).

Le professeur Mussen estime cependant que bien des kinésithérapeutes ne peuvent, étant donné que la formation qu'ils ont reçue a été trop courte et que ce ne fut pas une formation académique, être chargés d'assumer la responsabilité en la matière, s'ils n'ont pas suivi aucune formation complémentaire. Il ne vise nullement la prolifération des spécialisations, qui est organisée par des associations professionnelles de kinésithérapeutes, et à la suite de laquelle l'on acquiert très vite le titre de spécialiste dans l'une ou l'autre technique. Il faut également mettre le holà à cette prolifération.

La formation complémentaire de ces kinésithérapeutes pourrait être organisée sous le contrôle des Facultés de médecine.

Le professeur Mussen estime, d'autre part, que le kinésithérapeute universitaire est compétent pour rédiger un projet de traitement, mais il pense qu'il vaudrait mieux quand même que sa formation dure cinq ans.

Cependant, dans les deux cas, le médecin est seul compétent pour définir la durée du traitement kinésithérapeutique, parce qu'il faut éviter les surcoûts et mettre l'accent sur le rôle de coordonnateur central que joue le médecin.

Le professeur Mussen souligne que ces quelques observations, qui n'engagent à rien, pourraient faire l'objet d'une discussion plus approfondie et plus large au sein de la Faculté de médecine, qui forme non seulement les médecins, mais également, seule parmi les Facultés flamandes de médecine, les licenciés en rééducation motrice et kinésithérapie (et qui assume donc aussi directement la responsabilité de cette formation).

C'est pourquoi l'intervenant est convaincu qu'il serait extrêmement utile de débattre, au sein de cette Faculté, du statut des kinésithérapeutes. En outre, sur la base d'un effort de compréhension réciproque, en tenant compte des vraies réalités et avec l'audace de

vergadering van 22 maart laatstleden, professor doctor Vanderstraeten en hemzelf heeft aangewezen om naar deze hoorzitting te komen. Dit betekent evenwel niet dat zij een mandaat gekregen hebben om namens de faculteit een bepaalde mening te verkondigen. Trouwens, op dit moment kennen zij deze mening nog niet. Zij zijn er zich wel van bewust dat bepaalde beroepsverenigingen, ook van geneesheren, niet altijd de juiste informatie over deze wetsvoorstellen aan hun leden verschaft hebben en alzo deze bewust of onbewust misleiden.

Professor Mussen geeft als zijn persoonlijke mening te kennen, en hij heeft hierover wel enkele leden van de Faculteit geconsulteerd, dat het dringend noodzakelijk is dat er voor de kinesitherapeuten een degelijk statuut komt, waarin bepaalde elementen opgenomen worden die nu al door het R.I.Z.I.V. toegepast worden.

De medische diagnose is en blijft het monopolie van de arts en bovendien zou het idee zeker niet te verwerpen zijn dat deze arts ook de volledige behandeling voorschrijft en de kinesitherapeut deze aldus uitvoert. Doch omwille van velerlei redenen stellen de arts en deze behandeling niet altijd op en bepalen zij alleen de diagnose en verwijzen de patiënt naar de kinesitherapeut, met vermelding van eventuele contra-indicaties voor bepaalde therapieën.

Professor Mussen is er zich van bewust dat, op dit ogenblik, de arts en niet voldoende opgeleid en geïnformeerd zijn om deze kinesitherapeutische behandeling degelijk op te stellen.

Van de andere kant ontbreekt bij velen de tijd en de verantwoordelijkheid om dit te doen.

Zo de arts het behandelingsschema niet opstelt, dan kan dit door de kinesitherapeut worden gedaan. Trouwens in Nederland bestaat eveneens deze mogelijkheid en werd dit vermeld in het statuut (1977).

Maar professor Mussen is van oordeel dat aan vele kinesitherapeuten, vooral omwille van hun te korte en niet-academische opleiding, de verantwoordelijkheid hiervoor niet kan gegeven worden zo zij hiervoor niet zouden bijschoold worden. Hiermee bedoelt hij niet de wildgroei van de talrijke specialisaties, die door beroepsverenigingen van kinesitherapeuten georganiseerd worden en waardoor men al vlug specialist in een of andere techniek is. Ook hier dient men paal en perk aan te stellen.

De bijscholing voor deze kinesitherapeuten zou onder toezicht van de Faculteiten geneeskunde kunnen geschieden.

Professor Mussen meent van de andere kant dat de universitaire gevormde kinesitherapeut bekwaam is om het behandelingsplan op te stellen, al is hij eveneens de mening toegedaan dat hiervoor een vijfjarige opleiding beter zou zijn.

Nochtans is in beide gevallen alleen de geneesheer bevoegd om de duur van de kinesitherapeutische behandeling te bepalen, dit zowel om de financiële wildgroei te vermijden als om de centrale coördinerende rol van de geneesheer te benadrukken.

Professor Mussen wijst er nog op dat dit enkele vrijblijvende bemerkingen zijn die het voorwerp zouden kunnen uitmaken van een diepere en bredere bespreking in de Faculteit geneeskunde, die bovendien niet alleen de arts en opleidt, maar als enige Vlaamse Faculteit geneeskunde, ook de licentiaten Motorische Revalidatie en Kinesitherapie vormt (en hiervoor dus rechtstreeks ook de verantwoordelijkheid draagt).

Daarom is hij ervan overtuigd dat een bespreking in deze faculteit over een statuut voor kinesitherapeuten zeker aangewezen zou zijn. Bovendien, baserend op wederzijds begrip, zin voor realiteit en durf om de opleiding tot kinesitherapeut eventueel te

modifier ou d'adapter éventuellement la formation des kinésithérapeutes, la Faculté pourrait fournir un avis compétent à la commission du Sénat. Il lui faudra, toutefois, pour ce faire, plus de temps que celui qui lui a été imparti entre l'invitation et la date de l'audition.

Certes, la section Rééducation motrice et Kinésithérapie de l'U.G., qui est responsable de la formation des licenciés en rééducation motrice et kinésithérapie, a demandé, conjointement avec les responsables des autres universités belges, que les kinésithérapeutes universitaires soient rangés, non plus parmi les titulaires de professions paramédicales, mais parmi les praticiens de l'art de guérir, et ce, dans le cadre de dispositions légales leur accordant un statut propre (lettre du 28 juin 1993 aux ministres De Galan et Anselme).

Plus récemment, les professeurs responsables de la K.U.L., de la V.U.B. et de l'U.G. ont transmis au V.L.I.R., par l'intermédiaire de leur recteur, une note conjointe, dont le contenu allait d'ailleurs dans le même sens que la lettre précitée, relative à la formation des kinésithérapeutes.

Cette note doit, toutefois, encore fait l'objet d'un débat au sein du V.L.I.R.

Tôt ou tard, il faudra cependant faire un choix entre la formation A1 et la formation universitaire. Selon le professeur Mussen, le kinésithérapeute universitaire doit être rangé, au cas où l'on opterait pour cette dernière formation, parmi les praticiens de l'art de guérir. Si les facultés optent pour le maintien de la licence, qu'elles ont d'ailleurs elles-mêmes créée, elles fixent aussi, indirectement, le choix du statut.

Le professeur Dr G. Vanderstraeten émet les observations suivantes au sujet des différentes propositions de loi.

1. Nous lisons, dans l'invitation que le doyen de la Faculté de médecine a reçue, que, selon les termes de la proposition de loi de M. Dieganant, le kinésithérapeute exerce sa profession, non pas sur la prescription du médecin, mais après que ce dernier a établi son diagnostic et lui a envoyé le patient.

Or, pour pouvoir exercer la kinésithérapie, il faut disposer d'une prescription médicale comprenant un diagnostic clair.

Si la prescription est rédigée de façon détaillée, le kinésithérapeute est également d'appliquer la méthode thérapeutique décrite et à laquelle il a été formé. Si la prescription n'est pas rédigée de façon détaillée, le licencié en kinésithérapie peut concevoir la thérapeutique selon les normes de l'I.N.A.M.I. L'on peut en conclure que le kinésithérapeute doit exercer sa profession sur prescription médicale après que le médecin a établi un diagnostic précis et lui a envoyé le patient.

2. Nous lisons dans la même invitation qu'il appartient au kinésithérapeute d'effectuer lui-même les examens dans le domaine de sa compétence. Nous retrouvons ce même principe dans la proposition de loi, à l'article 1^{er}, § 4, 2^o, qui dispose qu'il appartient aux kinésithérapeutes agréés d'effectuer « des examens et des bilans de motricité du patient visant à contribuer à l'établissement d'un diagnostic par un médecin... ».

Les kinésithérapeutes n'ont pas compétence pour effectuer ces examens et les gradués de niveau A1 l'ont moins encore. Ils ne sont pas formés à cet effet et ils ne sont pas non plus en mesure d'interpréter les résultats des examens. En outre, cet alinéa est assez dénigrant pour les médecins, puisqu'il prévoit que les kinésithérapeutes peuvent contribuer à l'établissement de diagnostics par les médecins.

A cet égard aussi, nous pouvons dire que les kinésithérapeutes ne sont pas formés pour établir des diagnostics, que les médecins ont bénéficié, eux, à cet effet, d'une formation de 7 ans et les médecins spécialistes d'une formation complémentaire de 5 à 6 ans.

wijzigen of aan te passen, zou de Faculté een degelijk advies aan de senaatscommissie kunnen geven, doch hiervoor is meer tijd nodig dan de korte periode tussen de uitnodiging en de dag van de hoorzitting.

Wel heeft de afdeling Motorische Revalidatie en Kinesithérapie van de U.G. die verantwoordelijk is voor de opleiding van de licentiaten Motorische Revalidatie en Kinesithérapie samen met dezelfde verantwoordelijken van de andere Belgische universiteiten zich uitgesproken dat de academisch gevormde kinesitherapeut uit de paramedische sfeer dient gelicht te worden en hem in de wet te situeren bij de beoefenaars van de geneeskunst, met een voor hem eigen statuut (brief van 28 juni 1993 aan de ministers De Galan en Anselme).

Meer recent hebben de verantwoordelijke professoren van de K.U.L., V.U.B. en U.G. een gezamenlijke nota, via hun rector, aan de V.L.I.R. bezorgd, in dezelfde zin trouwens, omtrent de opleiding van kinesitherapeuten.

Deze nota moet echter in de V.L.I.R. nog besproken worden.

Niettemin zal men vroeg of laat toch een keuze moeten maken tussen de opleiding A1 en de universitaire vorming. Zo men voor deze laatste kiest, dan dient de academisch gevormde kinesitherapeut, volgens de persoonlijke mening, van professor Mussen, gesitueerd te worden bij de beoefenaars van de geneeskunst. Willen de faculteiten kiezen voor het behoud van de licentie, die ze trouwens zelf opgericht hebben, dan leggen zij, onrechtstreeks, ook de optie voor het statuut vast.

Professor Dr. G. Vanderstraeten maakt de volgende opmerkingen in verband met de onderscheiden wetsvoorstellen.

1. In de uitnodiging die de Dekaan van de Faculté Geneeskunde ontving, lezen wij dat in het voorstel van de heer Dieganant de kinesitherapeut zijn beroep uitoefent niet op voorschrift van de arts, maar na diagnose en verwijzing door de laatstgenoemde.

De enige manier waarop kinesithérapie kan worden uitgeoefend is echter het medisch voorschrift, dat een duidelijke diagnose omvat.

Indien het voorschrift gedetailleerd is opgesteld, dan is de kinesitherapeut ook gebonden aan deze behandelingsmethode die hij moet uitvoeren en waarvoor hij ook opgeleid is. Indien het voorschrift niet gedetailleerd is opgesteld, kan de licentiaat kinesitherapeut deze behandeling concipiëren zoals in de R.I.Z.I.V.-normen is bepaald. Als conclusie kunnen we hierbij stellen dat de kinesitherapeut moet werken op medisch voorschrift na een zorgvuldige diagnose en verwijzing door de arts.

2. In dezelfde uitnodiging staat dat de kinesitherapeut zelf het onderzoek doet in het domein waarvoor hij bevoegd is. Ditzelfde vinden wij terug in het voorstel van de wet, artikel 1, § 4, 2^o waarin te lezen staat dat « het verrichten van onderzoeken en het opstellen van bilans van de motoriek van de patiënt met als doel bij te dragen tot het stellen van een diagnose door een geneesheer... » tot de bevoegdheid van de erkende kinesitherapeut behoort.

De kinesitherapeuten en zeker de A1-gevormden, zijn niet bekwaam deze onderzoeken aan te vragen. Zij zijn hiervoor niet opgeleid en zijn ook niet in staat de resultaten van deze onderzoeken te interpreteren. Verder komt deze alinea nogal denigrerend over naar de arts toe, vermits de kinesitherapeut kan bijdragen tot het stellen van een diagnose door een geneesheer.

Ook hier kunnen wij stellen dat de kinesitherapeut niet opgeleid is voor het stellen van een diagnose en dat de arts hiervoor een 7-jarige opleiding kreeg en een geneesheer-specialist nog eens 5 à 6 jaar.

3. Le kinésithérapeute pourrait, du moins d'après M. Diegenant, déterminer la nature et la durée du traitement.

Il est clair que le kinésithérapeute n'est pas davantage compétent en cette matière et que seul le médecin est en mesure de déterminer la nature et la durée d'un traitement.

Nous pouvons éventuellement faire la comparaison avec une ordonnance pharmaceutique, sur laquelle le médecin précise également de façon très spécifique la nature du médicament, la dose et la durée du traitement.

4. Dans une note explicative de M. Diegenant, datée du 29 juin 1992, nous lisons que les médecins spécialisés en médecine physique et en rééducation sont compétents pour exercer la kinésithérapie. Le médecin spécialiste en médecine physique et en rééducation peut donc, en tout cas, exercer la kinésithérapie et dispose également, à cet effet, d'un numéro déterminé de nomenclature.

Le professeur Dr Broos, membre du Bureau de la Faculté de médecine de la K.U. Leuven, expose le point de vue de cette faculté à propos de la proposition de loi de MM. Diegenant et Mahoux.

La Faculté de médecine de la K.U. Leuven formule quelques remarques importantes relatives à cette proposition de loi :

1. La Faculté de médecine de la K.U. Leuven estime tout d'abord que la revalorisation visée par la proposition de loi à l'examen peut uniquement s'appliquer en faveur des kinésithérapeutes ayant bénéficié d'une formation de licencié d'au moins 4 ans, dispensée par une université.

Cette revalorisation ne peut aucunement s'appliquer en faveur des kinésithérapeutes qui n'ont bénéficié que d'une formation essentiellement technique de type A1 dans le cadre de l'enseignement supérieur de type court (3 ans).

Les kinésithérapeutes diplômés ne peuvent, en aucun cas, même pas en application d'une mesure transitoire, être assimilés à des licenciés en kinésithérapie; ils ne doivent, dès lors, jamais être susceptibles d'exercer la médecine, même pas après avoir bénéficié d'une formation complémentaire. Comme l'exercice de cette partie restreinte de la médecine doit être réservé aux seuls kinésithérapeutes formés dans une université qui a des liens étroits avec une Faculté de médecine, la Faculté de médecine de la K.U. Leuven s'opposera à une éventuelle proposition de loi visant à prolonger jusqu'à 4 ans l'ensemble des formations kinésithérapeutiques, qui seraient, si prolongation il y avait, dispensées exclusivement dans des institutions d'enseignement supérieur de type long, mais non universitaire.

2. Il reste impensable, d'après la Faculté de médecine de la K.U. Leuven, qu'un kinésithérapeute puisse, seul, établir ou contribuer à l'établissement d'un diagnostic. Le kinésithérapeute est cependant autorisé, sur la base de son examen clinique, d'établir un bilan fonctionnel. Le kinésithérapeute ne peut cependant pas demander de sa propre autorité l'exécution des examens techniques ni décider de les exécuter lui-même de manière autonome. Le médecin est bien entendu toujours autorisé à établir un bilan fonctionnel sur la base d'un examen clinique.

3. Il faut continuer à autoriser les médecins formés à cet effet (par exemple des physiothérapeutes) à pratiquer (certains aspects de) la kinésithérapie sans être eux-mêmes licenciés en kinésithérapie.

4. Pour que l'intervention du kinésithérapeute continue à ouvrir un droit à un remboursement, il faut que le patient ait été envoyé chez le kinésithérapeute par un médecin.

Il n'est pas nécessaire que le médecin indique dans sa prescription quelle doit être la nature du traitement, mais il lui est permis

3. De kinesitherapeut zou, althans volgens de heer Diegenant, de aard en de duur van de behandeling bepalen.

Het is duidelijk dat de kinesitherapeut ook hiervoor niet bevoegd is en dat enkel de geneesheer in staat is de aard en de duur van een behandeling te bepalen.

Wij kunnen dit eventueel vergelijken met een farmaceutisch voorschrift waar ook de arts heel specifiek de aard van het medicament, de dosis en de duur van de behandeling bepaalt.

4. In een toelichting van de heer Diegenant d.d. 29 juni 1992 lezen wij dat artsen gespecialiseerd in de fysische geneeskunde en revalidatie worden bevoegd de kinesitherapie uit te oefenen. Hierbij moeten wij stellen dat de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie sowieso de kinesitherapie mag beoefenen en hiervoor ook een bepaald nomenclatuurnummer bezit.

Professor Dr. Broos, lid van het Bureau van de Faculteit Geneeskunde van de K.U. Leuven zet het standpunt uiteen van deze faculteit in verband met het wetsvoorstel Diegenant-Mahoux.

De Faculteit Geneeskunde van de K.U. Leuven heeft in verband met dit wetsvoorstel enkele belangrijke opmerkingen :

1. Vooreerst meent de Faculteit Geneeskunde van de K.U. Leuven dat deze opwaardering uitsluitend en alleen van toepassing kan zijn voor kinesitherapeuten die een licentiaatsopleiding van minimum 4 jaar hebben genoten aan een universiteit.

Deze opwaardering kan geenszins van toepassing zijn voor kinesisten die enkel een hoofdzakelijk technische A1 opleiding hebben genoten in het Hoger Onderwijs Korte Type (3 jaar).

De aldus gegradueerde kinesisten kunnen onder geen enkel beding, ook niet als overgangsmaatregel, gelijk worden gesteld met licenciaten in de kinesitherapie, zij kunnen bijgevolg nooit in aanmerking komen voor beoefening van de geneeskunst, zelfs niet na bijscholing. Daar de beoefening van een beperkt gebied van de Geneeskunst enkel kan worden voorbehouden aan kinesitherapeuten opgeleid aan een universiteit waar nauwe banden bestaan met een Faculteit Geneeskunde, zal de Faculteit Geneeskunde van de K.U. Leuven zich bijgevolg ook verzetten tegen een eventueel wetsvoorstel dat alle kinesitherapeutische opleidingen zou verlengen tot 4 jaar maar dan uitsluitend in instellingen voor Hoger Onderwijs van het Lange type, niet universitair.

2. Het stellen van of het bijdragen tot een diagnose louter en alleen door een kinesitherapeut blijft volgens de Faculteit geneeskunde van de K.U. Leuven onmogelijk. Wel is het de kinesitherapeut toegelaten op basis van zijn klinisch onderzoek een functioneel bilan op te stellen. De kinesitherapeut mag evenwel zelfstandig niet overgaan tot het aanvragen of het uitvoeren van technische onderzoeken. Uiteraard blijft het ook de arts toegestaan aan de hand van een klinisch onderzoek een functioneel bilan op te stellen.

3. Het moet verder toegelaten blijven dat hiertoe opgeleide geneesheren (bijvoorbeeld fysiotherapeuten) (bepaalde aspecten van) de kinesitherapie uitvoeren zonder zelf licentiaat in de kinesitherapie te zijn.

4. Opdat de door de kinesitherapeut uitgevoerde handeling voor terugbetaling in aanmerking zou komen, blijft verwijzing door een arts naar een kinesitherapeut noodzakelijk.

Het voorschrift door de arts van de aard van behandeling is niet noodzakelijk maar blijft toegelaten en dient indien aanwezig door

de le faire et, s'il y a une prescription, le kinésithérapeute doit s'y conformer, surtout si elle mentionne des contre-indications concrètes pour ce qui est de certaines formes de traitement kinésithérapeutique. Il est, dans ce cas, plus que souhaitable que le kinésithérapeute informe par écrit le médecin de son traitement et de l'évolution du patient.

5. La Faculté de médecine de la K.U. Leuven ne formule pas d'objections à l'encontre de la composition proposée du « Conseil national de la kinésithérapie ». Elle pense cependant que, si les licenciés en kinésithérapie obtiennent un statut qui les range, comme les sages-femmes, parmi les praticiens de l'art de guérir, le conseil précité devra continuer à tenir compte de l'avis de l'Académie royale de médecine et, si nécessaire, lui faire rapport.

*
* *

D'après une commissaire, les exposés des professeurs créent une certaine confusion. On déclare, d'une part, qu'il faut prévoir un statut convenable pour les kinésithérapeutes ainsi que davantage de collaboration entre ceux-ci et les médecins, mais aussi, d'autre part, que les kinésithérapeutes doivent se trouver dans un lien de subordination par rapport aux médecins. On déclare aussi que la formation des kinésithérapeutes est insuffisante et qu'il faut l'organiser au niveau universitaire. Comment défend-on, dans ce cas, l'idée selon laquelle les kinésithérapeutes doivent se trouver dans un lien de subordination par rapport aux médecins?

La proposition de loi de MM. Diegenant et Mahoux accorde au kinésithérapeute le droit de faire des prescriptions. Qu'en pensent les interlocuteurs?

Le professeur Mussen répond qu'il existe diverses sections au sein de la Faculté de médecine; l'une d'elles est la section de rééducation motrice et kinésithérapie. Le professeur Mussen n'est pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle le kinésithérapeute est subordonné au médecin; d'un autre côté, il n'est pas non plus un médecin. Il faut considérer le kinésithérapeute comme un collaborateur.

Le professeur Vanderstraeten attire l'attention sur les différences dans la durée de la formation des kinésithérapeutes et des médecins spécialistes. Il serait anormal de donner au premier, qui a eu deux ans de cours théoriques et qui a suivi un an de stage, le droit d'aider le médecin, qui, lui, a étudié pendant 13 années à établir un diagnostic.

Un autre commissaire déduit des exposés des professeurs qu'il faut continuer à considérer la kinésithérapie comme une profession paramédicale exercée sur prescription d'un médecin. L'Université de Gand permet aux licenciés en kinésithérapie d'agir de façon autonome lorsque la conception du traitement kinésithérapeutique n'est pas claire. On peut se demander qui sera, dans ce cas, responsable du traitement.

Un autre commissaire encore demande quel est le point de vue des professeurs concernant les kinésithérapeutes diplômés.

L'intervenant suivant pose la même question. Il se demande, en outre, si l'on ne risque pas de voir se développer deux catégories de kinésithérapeutes, revendiquant chacune la même chose en ce qui concerne la nomenclature.

Le professeur Broos répond que la Faculté de médecine de la K.U.L. ne souhaite pas faire des kinésithérapeutes des praticiens de l'art de guérir.

L'auteur de la proposition de loi fait remarquer que, si, on considère les kinésithérapeutes comme du personnel paramédical, il n'est pas nécessaire de légiférer. En effet, les professions paramédicales sont réglementées par arrêté royal.

de kinesiherapeut gevolgd te worden, zeker indien in dit voorschrift concrete tegenindicaties voor een bepaalde vorm van kinesiherapeutische behandeling zijn vermeld. Het is daarbij zeer wenselijk dat de kinesiherapeut de arts schriftelijk over zijn behandeling en over de evolutie van de patiënt op de hoogte stelt.

5. De Faculteit geneeskunde van de K.U. Leuven heeft geen bezwaren tegen de huidige voorgestelde samenstelling van de Nationale Raad voor Kinesiherapie. Wel meent de Faculteit geneeskunde van de K.U. Leuven dat, indien de licentiaten in de kinesiherapie een statuut bekomen dat hen naar analogie van de vroedvrouwen onderbrengt bij de beoefenaars van de geneeskunde deze nationale raad voor kinesiherapie rekening dient te blijven houden met het advies van en zo nodig rapporteren naar de Koninklijke Academie voor Geneeskunde.

*
* *

Volgens een lid leiden de uiteenzettingen van de professoren tot enige verwarring. Enerzijds wordt gezegd dat er een degelijk statuut moet komen voor de kinesiherapeut en dat er meer samenwerking dient te zijn tussen de arts en de kinesiherapeut maar dat deze laatste tegenover de arts in een ondergeschikte positie dient te staan. Van de andere kant wordt gezegd dat de opleiding van de kinesiherapeuten ontoereikend is en dat die opleiding op universitair niveau moet worden gebracht. Hoe verdedigt men in dat geval de ondergeschikte relatie van de kinesiherapeut?

Het wetsvoorstel Diegenant-Mahoux verleent aan de kinesiherapeut het recht tot voorschrijven. Wat denken de gesprekspartners hierover?

Professor Mussen antwoordt dat er in de Faculteit geneeskunde verschillende afdelingen zijn; één daarvan is die van de motorische revalidatie en kinesiherapeut. Professor Mussen is het er niet mee eens dat de kinesiherapie ondergeschikt is aan de medicus; van de andere kant is hij ook geen medicus. De kinesiherapeut dient te worden beschouwd als een medewerker.

Professor Vanderstraeten wijst op het verschil in opleidingsduur van de kinesiherapeut en de geneesheer-specialist. Aan de eerstgenoemde, die twee jaar theorie volgt en één jaar stage loopt terwijl de geneesheer 13 jaar studeert, het recht geven de diagnose te helpen stellen, is niet zinvol.

Een ander lid leidt uit de uiteenzettingen van de professoren af dat de kinesiherapie moet blijven beschouwd worden als paramedisch beroep dat op voorschrift van de arts wordt uitgeoefend. De universiteit Gent laat een opening voor zelfstandig optreden van de licentiaten kinesiherapie wanneer de conceptie van de kinesiherapeutische behandeling niet duidelijk is. De vraag is wie in dat geval verantwoordelijk is voor de behandeling.

Nog een ander lid vraagt wat het standpunt van de professoren is met betrekking tot de gegradueerde kinesiherapeuten.

Een volgende spreker stelt dezelfde vraag. Hij vraagt zich bovendien af of het ondenkbaar is dat wij een ontwikkeling van twee categorieën van kinesiherapeuten krijgen met eenzelfde claim op de nomenclatuur.

Professor Broos antwoordt dat de Faculteit geneeskunde van de K.U.L. de kinesiherapeuten niet wenst op te waarderen tot beoefenaars van de geneeskunst.

De auteur van het wetsvoorstel merkt op dat, zo men de kinesiherapeuten als paramedici beschouwt, er geen wetgevend optreden noodzakelijk is. De ordening van de paramedische beroepen geschiedt immers bij koninklijk besluit.

Le professeur Mussen souligne encore qu'il faudra bientôt organiser une formation d'une durée de quatre ans pour les kinésithérapeutes pour remplir les obligations imposées par l'Union européenne. Le V.L.I.R. est confronté à deux types de formation existants. Faut-il les maintenir? D'après le professeur Mussen, il faudra tôt ou tard faire un choix entre deux possibilités: la revalorisation des gradués ou la suppression de la formation universitaire.

L'une des intervenantes précédentes constate que le professeur Broos en particulier s'oppose à l'octroi aux gradués en kinésithérapie du statut de praticien de l'art de guérir. Ce ne n'est pas vraiment une matière dont doit s'occuper notre commission, qui doit déterminer qui aura accès au statut. Pour ce qui est de la formation, il s'agit d'une matière qui ressortit aux Communautés.

La question est donc de savoir si les gradués peuvent avoir accès au statut. Cela n'empêche pas que la formation universitaire, axée, notamment, sur la recherche scientifique ou formant les étudiants à des tâches dirigeantes, puisse continuer à exister.

Le professeur Broos répète le point de vue qu'il a exposé ci-dessus. Les kinésithérapeutes peuvent obtenir un statut qui les assimile aux praticiens de l'art de guérir, à condition qu'ils soient titulaires du diplôme de licencié.

Une autre membre croit pouvoir déduire de la réponse du professeur Broos que ce dernier ne reconnaît que les diplômés universitaires. Elle peut comprendre cette position de la part d'un professeur d'université. Mais la commission, en partant de la réalité (80 p.c. des kinésithérapeutes sont des gradués) et en tenant compte d'un objectif de santé publique, d'objectifs budgétaires et de la nécessité, à l'avenir, d'un *numerus clausus*, doit définir le statut du kinésithérapeute.

Un autre membre encore rejoint l'observation de la préopinante. La commission est divisée sur le niveau à donner au statut. Ensuite vient la question des études.

Faut-il placer le statut au niveau des accoucheuses, dans l'art de guérir, ou au niveau des infirmiers? A partir du moment que le choix a été fait, le restant s'ensuit logiquement.

Le professeur Vanderstraeten remarque que, si l'on cesse de considérer les kinésithérapeutes comme des membres du corps paramédical, cela ne sera pas sans conséquences pour les autres professions paramédicales. La commission ne peut manquer de réfléchir à ces conséquences.

3. Audition des représentants des facultés de médecine des universités francophones

Le professeur Cassiers, doyen de la faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain, est d'avis que le problème de la kinésithérapie ne peut être réglé sans faire la distinction entre les gradués et les licenciés. Aussi longtemps que les propositions de loi mettent sur le même pied les licenciés et les gradués, il ne peut être question de donner à ces derniers des responsabilités de type médical c'est-à-dire de diagnostic et de durée du traitement.

Par contre, en tant qu'universitaires, les médecins et les licenciés-kinésithérapeutes souhaiteraient que l'on procède à une réforme des études de telle sorte qu'il n'y ait qu'une seule catégorie de kinésithérapeutes: soit des gradués, soit des licenciés.

En troisième lieu, il n'est pas possible de résoudre le problème sans prendre en compte les conséquences éventuelles pour d'autres professions et notamment les psychologues.

La faculté estime aussi que si l'on veut accorder des responsabilités cliniques du type médical aux kinésithérapeutes, il faut allonger les études. Si on ne le fait pas, on risque de créer des conflits entre les médecins de médecine physique qui ont fait des études de

Professor Mussen wijst er nog op dat er binnenkort, ingevolge de verplichtingen opgelegd door de Europese Unie, een vierjarige opleiding moet komen voor de kinesitherapeuten. De V.L.I.R. is geconfronteerd met twee bestaande opleidingsvormen. De vraag rijst of die moeten gehandhaafd blijven. Volgens professor Mussen zal vroeg of laat een keuze moeten worden gemaakt tussen twee mogelijkheden: de opwaardering van de gegradueerden of de afschaffing van de universitaire vorming.

Een van de voorgaande sprekers constateert dat meer bepaald professor Broos zich verzet tegen de toekenning van het statuut van beoefenaars van de geneeskunst aan gegradueerden in de kinesitherapie. Dat is niet zozeer een aangelegenheid voor deze commissie die moet bepalen wie toegang heeft tot het statuut. De opleiding daarentegen is een zaak van de Gemeenschappen.

De vraag is dus of de gegradueerden toegang mogen hebben tot het statuut. Dat neemt niet weg dat de universitaire opleiding, met name toegespitst op wetenschappelijk onderzoek of voorbereidend op leidinggevende taken, kan blijven bestaan.

Professor Broos herhaalt het standpunt zoals hij het hierboven heeft uiteengezet. De kinesitherapeuten kunnen een statuut krijgen dat hen gelijkstelt met beoefenaars van de geneeskunde op voorwaarde dat zij houder zijn van het diploma van licentiaat.

Een ander lid meent uit het antwoord van professor Broos te kunnen afleiden dat de professor slechts de universitaire gediplomeerden erkent. Zij kan die houding van een universiteitsprofessor begrijpen. De Commissie heeft echter tot taak het statuut van de kinesitherapeut vast te leggen op grond van de feitelijke toestand (80 pct. van de kinesitherapeuten zijn gegradueerden) en rekening houdend met de volksgezondheid, de begrotingsdoelstellingen en de noodzaak om in de toekomst een *numerus clausus* in te voeren.

Nog een ander lid deelt de mening van de voorgaande spreker. De Commissie is verdeeld over het niveau van het statuut. Vervolgens is er het probleem van de opleiding.

Moet er geopteerd worden voor een statuut op het niveau van de vroedvrouwen in de geneeskunde, of op het niveau van de verpleegkundigen? Zodra die keuze gemaakt is, vloeit de rest er logisch uit voort.

Professor Vanderstraeten merkt op dat, zo men de kinesitherapeuten niet langer beschouwt als paramedici, zulks gevolgen zal hebben voor de andere paramedische beroepen. De Commissie kan niet anders dan zich over die gevolgen beraden.

3. Hoorzitting met vertegenwoordigers van de medische faculteiten van de Franstalige universiteiten

Professor Cassiers, decaan van de faculteit geneeskunde van de U.C.L., meent dat een duidelijk onderscheid dient te worden gemaakt tussen de twee opleidingsniveaus in de kinesitherapie: tussen de gegradueerden A1 en de licentiaten. Naar zijn mening kan geen enkel eigen statuut van kinesitherapeut op geldige wijze in het leven worden geroepen indien de twee diploma's die overeenstemmen met een verschillend opleidingsniveau en een verschillend bevoegdheidsniveau verward worden.

Het statuut van de houders van een diploma van gegradueerde A1 zou moeten worden gelijkgesteld met het statuut van de verpleegkundigen A1.

Het lijkt ook normaal dat het statuut van de licentiaten in de kinesitherapie de betrokkenen in staat stelt een grotere verantwoordelijkheid te dragen dan de gegradueerden.

Het niveau van die verantwoordelijkheid kan slechts nauwkeurig worden bepaald wanneer tegelijkertijd rekening wordt gehouden met twee andere problemen. Zoals men weet is dat in de eerste plaats het maken van een duidelijk onderscheid tussen het

7 ans et 4 ou 5 ans de spécialisation et des kinésithérapeutes qui ont fait 4 ans. Dans l'état actuel des choses, la formation des kinésithérapeutes est comparable à celles des infirmiers. On peut envisager une solution possible dans les deux sens: c'est-à-dire suppression progressive du graduat ou suppression progressive de la licence. La faculté de médecine de l'U.C.L. propose d'accorder aux kinésithérapeutes un statut équivalent à celui de l'infirmier.

Le professeur Pelc, doyen de la faculté de médecine de l'Université libre de Bruxelles, partage l'avis du professeur Cassiers sur le principal.

Il formule les remarques techniques suivantes au sujet des différentes propositions de loi.

Il est étonnant de constater, qu'au niveau du Conseil national des kinésithérapeutes, les universités ne sont pas représentées. Il faut constater aussi qu'il n'y a pas de différence entre le graduat et la licence qui, pourtant, sont deux niveaux essentiellement différents, l'un étant universitaire et l'autre pas.

Le professeur Pelc fait ensuite les remarques plus générales suivantes:

On trouve dans les arguments avancés dans les divers documents, pour extraire la kinésithérapie des professions paramédicales et pour lui donner un statut de l'art kinésithérapeutique, un certain nombre d'arguments qui se réfèrent à des comparaisons avec les dentistes, les accoucheuses, les infirmiers et les pharmaciens. Il n'est pas indiqué de faire ces associations. La dentisterie est une discipline en soi qui est de niveau universitaire. La même observation peut être faite pour la pharmacie; d'ailleurs la faculté de l'U.L.B. s'appelle toujours « Faculté de médecine et de pharmacie ». La pharmacie a une autonomie complète, mais plusieurs professeurs partagent leur temps entre la faculté de médecine et l'institut de pharmacie.

Pour les infirmiers, la situation est différente; les infirmiers ont le statut de l'art infirmier, ce qui est une bonne chose. En général, les infirmiers sont organisés en équipes, dans un hôpital, un infirmier a une certaine autonomie mais à l'intérieur d'une équipe. Le professeur Pelc ne connaît pas d'exemples du même type à propos des kinésithérapeutes; l'organisation dans une institution, même si elle est hiérarchisée, est une organisation de simple gestion.

Les accoucheuses ont leur statut particulier et spécifique; elles ne font pas de diagnostic, elle participent à l'exécution d'un acte en collaboration avec le gynécologue.

Les comparaisons faites dans les différentes propositions de loi ne sont donc pas correctes.

Les kinésithérapeutes peuvent être comparés aux podologues et aux psychologues et plus spécialement aux psycho-thérapeutes.

Parmi les psycho-thérapeutes, il y en a qui viennent du bord des psychologues, du bord des psychiatres-médecins et parfois d'autres bords (sociologues, philologues). Comme il s'agit d'un diplôme non protégé, n'importe qui peut donner une aide psychologique à quelqu'un et se former personnellement pour donner une aide psychologique qui rentre dans le cadre d'une formation particulière. Dans ce domaine, il y a un foisonnement d'écoles qui font des formations à l'acte psycho-thérapeutique. La faculté espère que les psycho-thérapeutes seront un jour reconnus comme des collaborateurs de l'art de guérir.

La faculté de médecine de l'U.L.B. pense que les kinésistes se forment à travers un graduat, une licence et puis acquièrent des

responsabilités de niveau de licence et que de la faculté de médecine de l'U.L.B. pense que les kinésistes se forment à travers un graduat, une licence et puis acquièrent des

responsabilités de niveau de licence et que de la faculté de médecine de l'U.L.B. pense que les kinésistes se forment à travers un graduat, une licence et puis acquièrent des

responsabilités de niveau de licence et que de la faculté de médecine de l'U.L.B. pense que les kinésistes se forment à travers un graduat, une licence et puis acquièrent des

responsabilités de niveau de licence et que de la faculté de médecine de l'U.L.B. pense que les kinésistes se forment à travers un graduat, une licence et puis acquièrent des

responsabilités de niveau de licence et que de la faculté de médecine de l'U.L.B. pense que les kinésistes se forment à travers un graduat, une licence et puis acquièrent des

Onder de argumenten die in de verschillende stukken worden aangevoerd om de kinesitherapie uit de paramedische beroepen te lichten en ze een apart statuut te geven, zijn er vergelijkingen met de tandartsen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de apothekers. Dergelijke vergelijkingen zijn niet wenselijk. De tandheelkunde is een zelfstandige discipline van universitair niveau. Dezelfde opmerking geldt voor de artsennijbereidkunde. De U.L.B.-faculteit heet trouwens nog altijd « Faculté de Médecine et de Pharmacie ». De artsennijbereidkunde is volledig autonoom maar verschillende professoren verdelen hun tijd over de faculteit geneeskunde en het instituut van de artsennijbereidkunde.

Voor de verpleegkundigen is de toestand anders. De verpleegkundigen hebben het statuut van de verpleegkunde, wat een goede zaak is. Gewoonlijk zijn de verpleegkundigen georganiseerd in teamverband. In een ziekenhuis beschikt een verpleegkundige over een zekere autonomie, doch binnen een team. Professor Pelc kent geen soortgelijke voorbeelden in verband met de kinesitherapeuten. Wanneer zij zich organiseren in een instelling gebeurt dat zuiver uit beheersoogpunt, ook al is die instelling hiërarchisch gestructureerd.

De vroedvrouwen hebben hun eigen afzonderlijk en specifiek statuut. Zij stellen geen diagnoses maar werken mee aan de uitvoering van een handeling in samenwerking met de gynecoloog.

De vergelijkingen die in de verschillende wetsvoorstellen gemaakt worden, zijn dus niet correct.

De kinesitherapeuten kunnen vergeleken worden met de podologen en de psychologen, en in het bijzonder met de psychotherapeuten.

Tot de psychotherapeuten behoren mensen die psycholoog zijn, die psychiater-geneesheer zijn of die een andere kwalificatie hebben (sociologen, filologen). Aangezien het een niet beschermd diploma betreft, kan om het even wie psychologische hulp verstrekken en zich persoonlijk vormen om psychologische hulp te verlenen die dan in het kader van een bijzondere opleiding past. Op dit terrein zijn er tal van scholen die voorbereiden op het stellen van psychotherapeutische handelingen. De faculteit hoopt dat de psychotherapeuten ooit erkend zullen worden als medewerkers op het gebied van de geneeskunde.

De faculteit geneeskunde van de U.L.B. is van mening dat de kinesitherapeuten dienen te worden opgeleid via een graduaat,

compétences particulières et personnelles (mobilisation des vertèbres, massages particuliers ...). Un certain nombre de personnes font appel à eux pour faire des traitements dans le cas de pathologies et de l'aide à la santé ou au bien-être dans d'autres cas. Dans ces conditions, il est excessivement difficile de réglementer les choses par un titre particulier de l'art de guérir.

A la limite, ni le titre de gradué, ni celui de licencié, en tant que tel, permettra d'établir une réglementation. Un médecin ou un patient consultera un kinésithérapeute en non pas n'importe quel kinésithérapeute pour faire 20 séances de massage.

Un médecin qui prescrit 20 séances de mobilisation kinésithérapeutique dans un certain domaine et qui s'adresse à 10 kinésithérapeutes différents, aura 10 traitements différents.

Etant donné le foisonnement, la diversité des pratiques qui existent en kinésithérapie on ne peut pas décréter que les kinésithérapeutes ont, comme d'autres praticiens, la liberté de faire un diagnostic, de suivre un traitement, etc.

On irait très vite vers des dérives très importantes. N'importe qui pourrait faire n'importe quoi dans n'importe quelle condition.

Le professeur Pelc se dit donc adversaire d'une modification de la situation actuelle c'est-à-dire la situation de paramédicale, d'exécutant d'un programme. Cette situation lui semble adéquate pour les kinésithérapeutes.

Il observe néanmoins qu'un certain nombre de kinésithérapeutes développent un savoir faire spécifique que même un certain nombre de médecins n'ont pas.

En d'autres termes, ces médecins ne savent pas à quoi se réfèrent techniquement 20 séances de mobilisation de la colonne vertébrale. Si on veut améliorer la situation, on pourrait proposer à ces kinésistes d'avoir un code particulier, qui est un plan de traitement pour certaines pathologies, en collaboration avec un médecin traitant.

Pour le reste, le professeur Pelc rejoint l'avis du professeur Cassiers; il serait dangereux de permettre à des kinésithérapeutes d'avoir une autonomie plus grande.

Il estime aussi qu'il faut maintenir les deux niveaux d'enseignement.

Le professeur Crielaard, licencié en kinésithérapie et spécialiste en médecine physique, de l'Université de Liège, remarque que le problème des kinésithérapeutes est un problème sensible; il existe souvent des intérêts conflictuels entre les médecins d'une part et les kinésistes d'autre part. En plus, des conflits existent entre les kinésistes gradués et les kinésistes licenciés.

Le professeur Crielaard défend la position de l'université de Liège pour laquelle il y a un consensus à la faculté de médecine parmi les kinésithérapeutes et les médecins de l'université.

La profession de kinésithérapeute est une profession paramédicale assimilée à celle de l'infirmier. Le kinésithérapeute n'a pas et ne doit avoir aucune compétence diagnostique. Il est utile de faire une différence entre le licencié et le gradué en kinésithérapie. Ces trois éléments sont repris dans une lettre signée par divers représentants de la section kinésithérapie et qui est libellée comme suit :

Cette lettre constitue une prise de position de divers représentants de la section de kinésithérapie, faculté de médecine de l'Université de Liège, concernant le statut des kinésithérapeutes. Les projets de loi Diegenant (S.E. 1991-1992) et Delcourt-Charlier (1992-1993) suscitent les avis suivants :

een licentie, en dat ze volgens bijzondere en persoonlijke vaardigheden kunnen verwerven (bewegingsoefeningen voor de wervels, bijzondere massages...). Sommigen doen een beroep op hen in geval van ziekte of wanneer de behandeling bijdraagt tot een betere gezondheid of tot het welzijn in het algemeen. In die omstandigheden is het uiterst moeilijk de zaken te regelen via een bijzondere titel in de geneeskunde.

Eigenlijk kan noch op grond van de titel van gegradueerde noch op grond van de titel van licentiaat als dusdanig een regelgeving uitgewerkt worden. Een arts of een patiënt zal voor 20 massagebeurten een beroep doen op een welbepaalde kinesitherapeut en niet op om het even welke kinesitherapeut.

Wanneer een arts 20 kinesitherapeutische bewegingsbeurten op een bepaald gebied voorschrijft, zal men bij 10 verschillende kinesitherapeuten 10 verschillende behandelingen krijgen.

Gelet op het grote aantal en de grote diversiteit van de kinesitherapeutische praktijken mag men niet decreteren dat de kinesitherapeuten, zoals andere beoefenaars, vrij zijn een diagnose te stellen, een behandeling voor te schrijven, enz.

Een en ander zou heel snel in het honderd kunnen lopen. Om het even wie zou om het even wat kunnen doen in om het even welke omstandigheden.

Professor Pelc kant zich tegen een wijziging van de huidige toestand, d.w.z. de situatie waarin de kinesitherapeut als paramedicus een programma uitvoert. Die situatie lijkt hem geschikt voor de kinesitherapeuten.

Hij merkt niettemin op dat sommige kinesitherapeuten een specifieke vaardigheid ontwikkelen die zelfs een aantal artsen niet hebben.

Die artsen weten met andere woorden niet waarmee 20 beurten van bewegingsoefeningen met betrekking tot de wervelkolom technisch overeenstemmen. Wanneer men de toestand wil verbeteren zou men die kinesitherapeuten kunnen voorstellen een bijzondere code te ontwikkelen die het behandelingsplan vormt voor bepaalde ziekten, in samenwerking met de behandelende artsen.

Professor Pelc is het voor het overige eens met professor Cassiers; het zou gevaarlijk zijn kinesitherapeuten een grotere autonomie te geven.

Hij is eveneens van mening dat de twee onderwijsniveaus in stand moeten worden gehouden.

Professor Crielaard, licentiaat in de kinesithérapie en specialist in de fysische geneeskunde van de Universiteit van Luik, merkt op dat het probleem van de kinesithérapeuten gevoelig ligt. Arsen en kinesithérapeuten hebben vaak strijdige belangen. Daarenboven bestaan er conflicten tussen gegradueerde kinesithérapeuten en de kinesithérapeuten die licentiaat zijn.

Professor Crielaard verdedigt het standpunt van de Universiteit van Luik, waar er in de faculteit geneeskunde een consensus bestaat onder de kinesithérapeuten en de artsen van de universiteit.

Het beroep van kinesithérapeute is een paramedisch beroep dat kan worden gelijkgeschakeld met dat van verpleegkundige. De kinesithérapeute is niet bevoegd om diagnoses te stellen en moet dat ook niet zijn. Het is nuttig een onderscheid te maken tussen de licentiaat en de gegradueerde in de kinesithérapie. Die drie gegevens zijn terug te vinden in een brief die ondertekend is door verschillende vertegenwoordigers van de afdeling kinesithérapie en die als volgt luidt:

Deze brief bevat het standpunt van de verschillende vertegenwoordigers van de afdeling kinesithérapie (faculteit Geneeskunde) van de Universiteit van Luik betreffende het statuut van de kinesithérapeuten. Over de wetsontwerpen Diegenant (1991-1992) en Delcourt-Charlier (1992-1993) kan als volgt worden geadviseerd:

I. Le kinésithérapeute n'a pas de compétence diagnostique. Le bilan réalisé lors de la première séance est un bilan de prise en charge et non une aide à l'établissement d'un diagnostic.

A l'inverse, l'acte de kinésithérapie n'est pas purement technique, étant donné la nécessité du choix des techniques de rééducation et leur évolution au cours du traitement.

II. Il est impératif de différencier les kinésithérapeutes selon la nature de leur diplôme. Différentes possibilités peuvent être envisagées pour valoriser le diplôme universitaire de licencié en kinésithérapie :

- Au niveau des rémunérations, le montant des honoraires d'une séance de kinésithérapie réalisée chez un licencié pourrait être plus élevé que celui des gradués. Cependant, le ticket modérateur devrait rester identique à tous les kinésithérapeutes, quelle que soit la nature de leur diplôme.

- Critères d'installation : seul le licencié serait habilité à travailler en privé (en cabinet). Il faudrait naturellement conférer cette prérogative aux gradués déjà diplômés. Les futurs gradués seraient amenés à travailler, eux, en milieu hospitalier ou en maison de repos et de soins. Cette mesure contribuerait également à lutter contre la pléthore de kinésithérapeutes.

- Nature des soins : autoriser le licencié à dispenser des soins d'électrothérapie sur prescription du médecin spécialiste en médecine physique.

* *

Un commissaire se dit étonné par le point de vue développé par le professeur Pelc. Il arrive que le médecin travaille avec un kinésithérapeute déterminé mais cette situation ne constitue pas la majorité des cas.

En ville, beaucoup de personnes ont leur kinésithérapeute et en province le malade va chez le kinésithérapeute du village. Ce n'est pas la relation médecin-kiné qui est prédominante.

Le membre respecte le point de vue des représentants des universités, mais est-ce le point de vue décisif ? D'après l'intervenant, celui qui prescrit la kinésithérapie et qui voit les résultats est mieux placé pour l'évaluer.

Le professeur Pelc répond que la kinésithérapie est un problème qui intègre le médecin lorsqu'il s'agit de pathologies médicales. Dans ce cas, il faut un diagnostic différentiel et des indications à mettre en route un traitement. La pratique montre que le médecin travaille avec un ou deux kinésithérapeutes et non pas avec cinquante kinésistes. Il s'agit d'une relation médecin-kiné-patient. Il est vrai que ce n'est que le médecin qui peut suivre l'évolution générale de la pathologie.

Le même membre observe encore que la proposition Diegenant-Mahoux risque de conduire à des dérives et à des ouvertures de portes vers des médecins dont l'efficacité n'est pas prouvée.

Pour ce qui est des plans thérapeutiques, l'intervenant estime que ce terme a une dimension assez considérable par rapport à la réalité.

A ses yeux, la clé du problème est la protection du consommateur et les enjeux devant lesquels on se trouve sont tels que le consommateur est mal défendu.

Les professeurs ont, à juste titre, critiqué le fait que les universités sont absentes du Conseil supérieur de la kinésithérapie, mais ceux qui envoient les patients chez les kinésistes et qui évaluent les résultats sont aussi absents que les universités.

I. De kinesitherapeut is niet bevoegd om een diagnose te stellen. De balans die wordt opgemaakt bij de eerste raadpleging, is bedoeld voor de verdere verzorging en geen hulpmiddel om een diagnose te stellen.

Omgekeerd zijn kinesitherapeutische handelingen ook geen zuiver technische handelingen aangezien er een keuze moet gemaakt worden onder de revalidatietechnieken en de eventuele aanpassing ervan tijdens de behandeling.

II. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen de kinesitherapeuten op grond van hun diploma. Er zijn verschillende mogelijkheden om het universitair diploma van licentiaat in de kinesitherapie te herwaarderden :

- Het ereloon dat betaald wordt voor een behandeling bij een licentiaat, zou hoger kunnen zijn dan het bedrag dat betaald wordt voor een behandeling bij een gegradueerde. Het remgeld zou evenwel hetzelfde blijven voor alle behandelingen van kinesitherapeuten, ongeacht de aard van hun diploma.

- Vestigingscriteria : alleen de licentiaat zou gemachtigd zijn te werken in een privé-praktijk. Dat voorrecht zou natuurlijk wel moeten worden toegekend aan de reeds gediplomeerde gegradueerden. De toekomstige gegradueerden zouden dan wel verplicht worden te werken in een ziekenhuis of in een rust- en verzorgingstehuis. Die maatregel zou eveneens bijdragen tot de bestrijding van het overaanbod in de sector van de kinesitherapie.

- Aard van de zorgverlening : de licentiaat zou gemachtigd worden op voorschrift van de specialist in fysische geneeskunde elektrotherapie toe te passen.

* *

Een lid zegt verbaasd te zijn over het standpunt van professor Pelc. Het komt voor dat de arts samenwerkt met een welbepaalde kinesitherapeut doch dat is in de meeste gevallen niet zo.

In de stad hebben heel wat mensen hun eigen kinesitherapeut en op het platteland gaat de zieke naar de kinesitherapeut die in het dorp woont. De relatie arts-kinesitherapeut is daarbij niet doorslaggevend.

Het lid respecteert het standpunt van de vertegenwoordigers van de universiteiten doch vraagt zich af of dit standpunt de doorslag moet geven. Volgens het lid is degene die de kinesitherapeutische behandeling voorschrijft en die de resultaten ziet, het best geplaatst om die te evalueren.

Professor Pelc antwoordt dat de kinesitherapie een probleem is waarbij de arts betrokken wordt wanneer het gaat om medische ziekten. In dat geval zijn een gedifferentieerde diagnose en aanwijzingen nodig om een behandeling te starten. De praktijk leert dat de arts met een of twee kinesitherapeuten samenwerkt en niet met vijftig. Het gaat hier om een relatie arts-kinesitherapeut-patiënt. Het is juist dat het niet alleen de arts is die de algemene evolutie van de ziekte kan volgen.

Hetzelfde lid merkt nog op dat het voorstel Diegenant-Mahoux tot ontsporingen dreigt te leiden. Het gevaar is reëel dat overgeschakeld wordt op een geneeskunde waarvan de doeltreffendheid niet is bewezen.

Wat de behandelingsplannen betreft is het lid van mening dat die term nogal zwaar uitvalt ten opzichte van de realiteit.

Volgens hem is het kernprobleem de bescherming van de consument en de uitdaging waarmee men geconfronteerd wordt is zo groot dat de consument slecht verdedigd wordt.

De professoren hebben terecht kritiek geuit op het feit dat de universiteiten niet vertegenwoordigd zijn in de Hoge Raad voor de kinesitherapie, maar degenen die de patiënten naar de kinesitherapeuten sturen en de resultaten evalueren, zijn net zo min als de universiteiten vertegenwoordigd.

Le professeur Pelc répète qu'il pourrait admettre une revalorisation d'une certaine catégorie de kinésithérapeutes mais il ne plaide pas en faveur d'une telle mesure. Il plaide pour le maintien de la situation actuelle.

Les propositions de loi montrent que les kinésithérapeutes veulent une reconnaissance plus poussée; selon le professeur Pelc, on pourrait tout au plus reconnaître pour certains kinés la compétence de faire un plan de travail comparable à celui fait par le prothésiste.

L'auteur de la proposition de loi 944-1 donne les exemples suivants en posant les questions ci-après:

— Le kiné reçoit une prescription — par exemple épaule bloquée — et il doit dresser un bilan sur la base du diagnostic médical. Dans ce cadre, il établit son traitement de rééducation (mobilisation). Le kinésithérapeute juge à tout instant du degré de l'effort actif et passif.

A un certain moment, le kinésithérapeute juge de l'efficacité du traitement; ce jugement faisant partie du bilan, il fait un rapport. Le rapport kinésithérapeute dépasse-t-il ses compétences?

— Le kinésithérapeute reçoit un malade qui lui est adressé et qui souffre de douleurs du bas du dos; le symptôme sur la base du diagnostic est: ischialgie probable. A ce moment, le kinésithérapeute fait son bilan de motricité et doute du symptôme de la douleur. Est-il en droit ou doit-il exprimer ce doute et contacter le médecin qui lui a adressé le patient?

Le professeur Cassiers répond par l'affirmative à la dernière question. Quand le kiné pense que le médecin s'est trompé, il est de son devoir de dire au médecin qu'il a des doutes.

Le professeur Crielaard observe que les exemples cités par l'auteur constituent le cœur du débat. Des problèmes de référence à des prescriptions ne se posent jamais lorsqu'il s'agit de la revalidation cardiaque ou de la revalidation respiratoire.

Les problèmes se posent toujours dans le domaine de la pathologie ostéo-articulaire parce que le niveau moyen des médecins généralistes dans cette pathologie n'est pas excellent et il arrive que certains diagnostics ne sont pas précis.

Selon le professeur Crielaard, un médecin généraliste qui doute de son diagnostic, au lieu d'envoyer un diagnostic de symptôme au kinésithérapeute, ferait mieux de se référer à un médecin spécialiste rhumatologue qui, lui, établira une prescription parfaitement adéquate.

Si le kinésithérapeute n'a pas un diagnostic correct, il ne sait pas faire de traitement correct; mais ce n'est pas à lui de poser un diagnostic, il n'en a pas la compétence.

Un commissaire constate que les représentants des universités francophones n'adoptent pas tout à fait le même point de vue que leurs collègues néerlandophones. Ces derniers sont plutôt partisans de la formation dispensée à leur université. La discussion avec les professeurs francophones est plus large, et elle porte également sur la protection du consommateur, ce qui est réjouissant.

L'intervenant se demande s'il a bien compris le professeur Cassiers, qui se déclare partisan d'une seule catégorie de kinésithérapeutes: soit des gradués, soit des universitaires. Son collègue M. Pelc, qui dit pouvoir partager son point de vue, reste néanmoins partisan du *statu quo*. Le professeur Cassiers peut-il également admettre le *statu quo*, lequel implique l'existence de kinésithérapeutes de niveau A1?

Professor Pelc herhaalt dat hij een herwaardering van een bepaalde categorie van kinesitherapeuten zou kunnen aanvaarden maar pleit niet voor een dergelijke maatregel. Hij pleit voor het behoud van de huidige toestand.

De wetsvoorstellen tonen aan dat de kinesitherapeuten een grotere erkenning willen. Volgens professor Pelc zou men ten hoogste kunnen erkennen dat welbepaalde kinesitherapeuten bezorgd zijn om een werkschema op te stellen dat vergelijkbaar is met het werkschema van een prothesemaker.

De auteur van het wetsvoorstel 944-1 geeft de volgende voorbeelden en stelt daarbij de volgende vragen:

— De kinesitherapeut ontvangt een voorschrift (bijvoorbeeld voor de behandeling van een geblokeerde schouder) en moet een balans opmaken op grond van de medische diagnose. In het kader daarvan bepaalt hij de revalidatiebehandeling (lichaamsoefeningstherapie). De kinesitherapeut oordeelt op elk ogenblik over de graad van de actieve en passieve inspanning.

Op een gegeven ogenblik oordeelt de kinesitherapeut over de doeltreffendheid van de behandeling. Dit oordeel maakt deel uit van de balans; hij maakt een verslag op. Overschrijdt de kinesitherapeut met dit verslag zijn bevoegdheden?

— De kinesitherapeut ontvangt een zieke die door de arts naar hem werd gestuurd en die lage rugpijn heeft. Op basis van de diagnose kan het ziekteverschijnsel als vermoedelijke ischialgie gekwalificeerd worden. Op dat ogenblik maakt de kinesitherapeut een balans op van de motoriek en rijzen bij hem twijfels in verband met het pijnsymptoom. Mag of moet hij uiting geven aan die twijfel en zich in verbinding stellen met de arts die hem de patiënt heeft gestuurd?

Professor Cassiers antwoordt bevestigend op de laatste vraag. Wanneer de kinesitherapeut meent dat de arts zich heeft vergist, is het zijn plicht hem mee te delen dat hij twijfels heeft.

Professor Crieland merkt op dat de voorbeelden die door de auteur worden aangehaald, de kern van het debat vormen. De diagnose van de artsen en de daaruit voortvloeiende voorschriften doen nooit problemen rijzen wanneer het gaat om de cardiologische of respiratorische revalidatie.

De problemen doen zich altijd voor op het gebied van de been-der- en gewrichtsziekten omdat de gemiddelde kennis van de huisartsen op dat gebied niet uitstekend is en het wel eens gebeurt dat de diagnose niet duidelijk wordt gesteld.

Volgens professor Crieland stuurt een huisarts die twijfels heeft omtrent zijn diagnose, beter geen diagnose van het ziekteverschijnsel aan de kinesitherapeut maar doet hij er beter aan contact te leggen met een specialist-reumatoloog die dan wel de geschikte behandeling zal voorschrijven.

Indien de kinesitherapeut niet over een juiste diagnose beschikt, kan hij onmogelijk de juiste behandeling geven, doch het is niet zijn taak een diagnose te stellen, hij is daartoe niet bevoegd.

Een commissielid constateert dat de vertegenwoordigers van de Franstalige universiteiten niet helemaal hetzelfde standpunt innemen als hun Nederlandstalige collega's. Deze laatsten verdedigen veel meer de opleiding verstrekt aan hun universiteit. Met de Franstalige professoren wordt een ruimer debat gevoerd, met aandacht voor de bescherming van de verbruiker, hetgeen verheugend is.

Het lid vraagt of hij professor Cassiers correct heeft verstaan, die voorstander is van één categorie kinesitherapeuten: ofwel gegradueerden ofwel universitair gediplomeerden. Zijn collega Pelc zou het hiermee eens zijn, maar niettemin voorstander zijn van de *status quo*. Kan professor Cassiers eveneens instemmen met die *status quo* die in feite neerkomt op kinesitherapeuten van niveau A1?

Le professeur Cassiers estime qu'un *numerus clausus* apporterait la vraie solution au problème. Toutefois, une telle mesure n'a des résultats qu'à long terme. Pour ce qui est du court terme, les deux solutions proposées sont bonnes. Mais il est dans l'intérêt de la population et du budget de diminuer le nombre de kinésithérapeutes comme celui des médecins.

Il a été déjà dit que le médecin généraliste, dans de nombreux cas, n'est pas en mesure de poser un diagnostic correct en matière de kinésithérapie. Il faut dire qu'il ne renvoie pas ses patients chez un spécialiste en médecine physique ou chez un spécialiste en orthopédie parce qu'il a besoin de ses clients et il a peur de les perdre.

Le professeur Cassiers renvoie encore à la situation chez les infirmiers : les infirmiers-chefs de service sont, de plus en plus, des infirmiers A1 qui en outre ont fait une licence universitaire en sciences hospitalières. La même situation peut-être imaginée pour les kinésithérapeutes; dans ce cas, les deux catégories peuvent subsister.

Un membre ressent quelque hésitation dans la réponse du professeur Cassiers, qui semble pouvoir admettre la coexistence des deux formations, même si c'est sans grande conviction.

L'existence de ces deux catégories ne permet pas d'échapper à une certaine ambiguïté. D'une manière générale, on a sensiblement abaissé le niveau de la formation A1, et cela soulève des problèmes.

Quoi qu'il en soit, les universitaires remplissent en réalité aujourd'hui les mêmes missions que les gradués. Ce n'est pas le cas en ce qui concerne l'art infirmier.

Que pense le professeur Cassiers d'une prolongation jusqu'à quatre ans de la formation non universitaire, qui irait de pair avec une amélioration qualitative?

Le professeur Cassiers peut admettre une formation non universitaire d'une durée de quatre ans. On pourrait, en outre, fournir une formation universitaire à un nombre limité de personnes. Ces dernières pourraient remplir des fonctions dirigeantes, comme les infirmiers.

Il est évident que le kinésithérapeute n'aurait pas encore compétence pour établir un diagnostic après quatre ans de formation.

L'intervenant déclare que c'est de toute façon le médecin qui établit le diagnostic de base. Dans le prolongement de celui-ci, le kinésithérapeute, qui est plus compétent dans un certain nombre de domaines, établira un projet thérapeutique, de préférence en concertation avec le médecin. C'est le médecin qui garde la responsabilité finale.

Les professeurs Cassiers et Pelc sont d'accord sur ce point.

4. Audition avec des représentants du Groupement des Unions professionnelles belges de médecins spécialistes (G.B.S.)

La délégation du G.B.S. se compose du professeur Dr. Jacques Gruwez, vice-président du G.B.S. et également président de l'Union professionnelle belge des chirurgiens, du Dr. Willem Loosen, membre du conseil de direction de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation, et de moi-même, Dr. Marc Moens, secrétaire général du G.B.S. et médecin spécialiste en biologie clinique.

Le Dr. Moens, qui, le premier, prend la parole, remarque que la délégation présente le point de vue du G.B.S. dans son ensemble, c'est-à-dire celui de 5 400 membres affiliés, répartis sur 25 unions professionnelles reconnues par la loi correspondant chacune à un titre professionnel reconnu légalement.

La grande majorité de ces spécialistes fait appel à la collaboration compétente des kinésithérapeutes. L'intervenant mentionne plus particulièrement aux côtés de la chirurgie et de la médecine

Professor Cassiers is van mening dat een *numerus clausus* de echte oplossing is van het probleem. Een dergelijke maatregel heeft evenwel slechts resultaten op lange termijn. Wat de korte termijn betreft, zijn de twee oplossingen die worden voorgesteld goed. Het is echter in het belang van de bevolking en van de begroting dat het aantal kinesitherapeuten net zoals het aantal artsen daalt.

Er is reeds gezegd dat de huisarts in vele gevallen niet in staat is een juiste diagnose te stellen inzake kinesitherapie. Men moet erkennen dat hij zijn patiënten niet doorstuurt naar een specialist in fysische geneeskunde of naar een specialist in de orthopedie omdat hij bang is klanten te verliezen.

Professor Cassiers verwijst nog naar de toestand bij de verpleegkundigen: de verpleegkundigen die diensthoofd zijn, zijn hoe langer hoe meer A1-verpleegkundigen die daarenboven nog een universitaire licentie in de ziekenhuiswetenschappen hebben behaald. Dezelfde situatie is denkbaar voor de kinesitherapeuten. In dat geval kunnen beide categorieën blijven bestaan.

Een lid voelt enige aarzeling in het antwoord van professor Cassiers. Hij kan er blijkbaar mee instemmen, zij het zonder overtuiging, dat een en ander blijft bestaan.

Door het bestaan van twee categorieën, ontkomt men niet aan een zekere dubbelzinnigheid. Het niveau van de A1-opleidingen is in de regel gevoelig gedaald, hetgeen problemen doet rijzen.

Inmiddels is het zo dat de universitair gediplomeerden dezelfde opdrachten vervullen als de gegradueerden. In de verpleegkunde is dat niet het geval.

Wat denkt professor Cassiers van een verlenging van de opleiding buiten de universiteit tot 4 jaar, gepaard gaande met een kwantitatieve verbetering van die opleiding?

Professor Cassiers kan akkoord gaan met een vierjarige opleiding buiten de universiteit. Afgezien daarvan zou men aan een beperkt aantal personen een universitaire opleiding kunnen geven. Deze laatste zouden, zoals bij de verpleegkundigen, leidinggevende functies kunnen bekleden.

Het spreekt vanzelf dat de kinesitherapeut, na vier jaar opleiding, niet de bevoegdheid zou hebben een diagnose te stellen.

Volgens het commissielid geschiedt de basisdiagnose hoe dan ook door de geneesheer. In het verlengde daarvan zal de kinesist die op een aantal terreinen deskundiger is, een therapeutisch plan opmaken, bij voorkeur in samenspraak met de geneesheer. De geneesheer blijft finaal verantwoordelijk.

De professoren Cassiers en Pelc zijn het hiermee eens.

4. Hoorzitting met vertegenwoordigers der Belgische Beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten (V.B.S.)

De V.B.S.-delegatie bestaat uit professor doctor Jacques Gruwez, V.B.S.-ondervoorzitter en tevens voorzitter van de Beroepsvereniging der Belgische Chirurgen, dokter Willem Loosen, raadgever bij het bestuur van de Belgische Vereniging van Geneesheren Specialisten in Fysische Geneeskunde en Readaptatie en dokter Marc Moens, secretaris-generaal van het V.B.S. en geneesheer specialist in de klinische biologie.

Dokter Moens, die als eerste spreker het woord neemt, merkt op dat de delegatie het standpunt van het V.B.S. in zijn geheel vertolkt: dit wil zeggen van zijn 5400 aangesloten leden, verdeeld over 25 door de wet erkende beroepsverenigingen die overeenstemmen met evenveel door de wet erkende beroepstitels.

De grote meerderheid van deze specialisten maakt gebruik van de deskundige medewerking van de kinesitherapeuten. Hij vermeldt in het bijzonder naast de chirurgie en de fysische

physique dont ses deux confrères parleront, l'Union professionnelle médicale belge d'orthopédie et l'Union professionnelle des médecins spécialistes belges en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés. L'exposé du Dr. Moens est rapporté textuellement et ci-dessous.

Etant moi-même biologiste clinicien, j'appartiens à une des rares disciplines qui n'entrent jamais en contact interprofessionnel avec les kinésithérapeutes. Il se fait, par contre, que je collabore depuis 19 ans déjà avec des paramédicaux dans des laboratoires médicaux et que je leur donne cours depuis 17 ans déjà. En qualité de membre du Conseil national des Professions paramédicales (C.N.P.P.) et de la Commission technique des Professions paramédicales (C.T.P.P.), j'ai pu suivre très attentivement l'évolution du secteur.

L'agrégation des technologues de laboratoire médicale, introduite par arrêté royal du 2 juin 1993 (*Moniteur belge* du 10 juillet 1993), qui est une conséquence des travaux du Conseil national des Professions paramédicales (C.N.P.P.) et de la Commission technique des Professions paramédicales (C.T.P.P.), démontre que ces structures mises en place grâce aux efforts de cette Commission sénatoriale de la Santé publique et de l'Environnement, ont permis de procéder rapidement à la reconnaissance de ce groupe professionnel en tant que paramédicaux.

Le Conseil national et la Commission technique s'efforcent d'ailleurs d'attribuer également aux autres professions paramédicales un statut juridique approprié, tout en définissant leurs conditions de formation et leurs actes professionnels.

On ne peut que regretter que les kinésithérapeutes ont voulu d'emblée se soustraire aux travaux du C.N.P.P. et de la C.T.P.P. se considérant à tort comme n'appartenant pas aux professions paramédicales.

Durée d'étude

Cette manœuvre a engendré une perte de temps considérable pour les kinésithérapeutes. Une des conséquences négatives en est que les kinésithérapeutes belges ne peuvent pas s'établir dans le cadre de l'Union européenne faute d'un statut légal, alors que le mouvement inverse est tout à fait possible.

Les propositions 426-1 introduite par M. Diegenant et 944-1 introduite par MM. Diegenant et Mahoux, prévoient une prolongation de la durée des études d'un an, passant de 3 à 4 ans. Cela permet, sans aucun doute, d'accroître la formation théorique, sans toutefois atteindre le niveau d'étude du médecin (7 ans) ou du médecin spécialiste (11 à 14 ans). M. Diegenant a ainsi le mérite qu'il avance un éventuel exemple à suivre pour la formation des kinésithérapeutes dans les autres Etats membres de l'Union européenne, la norme européenne étant le « Bac + 3 ».

Mais, d'autre part, ces deux propositions placent ainsi les kinésithérapeutes nouvellement formés dans une position concurrentielle défavorable par rapport à leurs collègues européens.

Le kinésithérapeute n'est pas un médecin

Les propositions de loi me paraissent particulièrement inquiétantes, non seulement en ma qualité de médecin, mais comme patient potentiel. Le « renvoi » obligatoire après le « diagnostic » par le médecin, est un concept très élastique. Les développements nous apprennent d'ailleurs que M. Diegenant estime que la constatation d'un problème du système locomoteur est déjà à considérer comme un diagnostic.

Les pathologies qui peuvent se trouver à la base de cette constatation peuvent être tellement étendues, par exemple d'une banale foulure jusqu'à l'arthrite rhumatoïde sur base de troubles immu-

geneskunde waaromtrent zijn beide collegae het zullen hebben, de Belgische Geneeskundige Orthopedische Beroepsunie en de Beroepsvereniging van de Belgische Geneesheren Specialisten in Functionele en Professionele Revalidatie van Gehandicapten. De uitzetting van dokter Moens wordt hierna woordelijk weergegeven.

Zelf klinisch bioloog, behoort ik tot een van de zeldzame specialismen die nooit in interprofessioneel contact komen met kinesitherapeuten. Daartegenover staat dat ik al 19 jaar samenwerk met paramedici in het medisch laboratorium en al 17 jaar les aan hen geef. Als lid van de Nationale Raad voor Paramedische Beroepen (N.R.P.B.) en van de Technische Commissie voor Paramedische Beroepen (T.C.P.B.), heb ik de evolutie in deze sector steeds zeer aandachtig gevolgd.

De erkenning van de medische laboratoriumtechnologen ingevoerd bij koninklijk besluit van 2 juni 1993 (*Belgisch Staatsblad* van 10 juli 1993) als gevolg van de werkzaamheden van de Nationale Raad voor Paramedische Beroepen en van de T.C.P.B. bewijst dat deze structuren, die opgericht werden dankzij de inspanningen van deze Senaatscommissie voor Volksgezondheid en Leefmilieu, snel deze beroepsgroep als paramedici heeft kunnen doen erkennen.

De Nationale Raad en de Technische Commissie spannen zich in om ook de andere paramedische beroepen een geëigend wettelijk statuut te bezorgen en hun opleiding en beroepshandelingen te omschrijven.

Het is te betreuren dat de kinesitherapeuten zich van in den beginne onttrokken hebben aan de werkzaamheden van de N.R.P.B. en de T.C.P.B., omdat zij, ons inziens onterecht, menen dat ze niet tot de paramedici behoren.

Studieduur

Dit maneuver heeft voor de kinesitherapeuten veel tijdverlies meegebracht. Een van de negatieve consequenties hiervan is dat de Belgische kinesitherapeuten zich niet binnen de Europese Unie kunnen vestigen bij ontstentenis van een wettelijk statuut terwijl de omgekeerde beweging wel mogelijk wordt.

De voorstellen van 426-1 ingediend door de heer Diegenant en 944-1 door de heren Diegenant en Mahoux voorzien in een uitbreiding van de studieduur van drie naar vier jaar. Dit kan enerzijds ongetwijfeld een toegenomen theoretische vorming meebrengen, zonder evenwel aan het studieniveau te komen van de geneesheer (7 jaar) of de geneesheer specialist (11 tot 14 jaar). De heer Diegenant heeft hiermee de verdienste dat hij een eventueel na te volgen voorbeeld stelt voor de opleiding van de kinesitherapeuten in de overige lidstaten van de Europese Unie, vermits de Europese norm de « Bac + 3 » is.

Maar anderzijds brengen op deze wijze beide voorstellen de positie van de nieuw-afgestudeerde kinesitherapeuten in een ongunstige concurrentiële positie ten overstaan van hun Europese collegae.

De kinesitherapeut is geen arts

Als medicus en als potentiële patiënt verontrusten de voorgestelde voorstellen van wet mij ten eerste. De verplichte « verwijzing » na « diagnose » door de arts is een zeer rekbaar begrip. In de toelichting kunnen we trouwens lezen dat de heer Diegenant het vaststellen van een probleem van het locomotorisch systeem al beschouwt als een diagnose.

De pathologieën die aan de basis van deze vaststelling kunnen liggen zijn dermate uitgebreid, van bijvoorbeeld een banale verstuiking tot reumatoïde artritis op basis van stoornissen in de

nitaires, passant par les douleurs neurologiques sur base d'une dérégulation diabétique chronique, jusqu'aux différentes formes de leucémie et de tumeurs malignes.

M. Diegenant attribue plus de compétences aux kinésithérapeutes qu'aux médecins généralistes, médecins spécialistes en médecine interne, et toutes les autres spécialités réunies. Il découle en outre du texte qu'il se soustrait en même temps à l'avis des Académies royales de médecine. Il relève, dès lors, le kinésithérapeute au-dessus du niveau du médecin.

Selon l'article 17 de la proposition 944-1, l'avis de l'Académie est réduit à une simple formalité, ne méritant aucune justification de la part du Conseil des ministres.

Par contre, lorsque le pouvoir exécutif prend un arrêté royal divergeant de la décision du Conseil national de la kinésithérapie, cet arrêté doit être publié, accompagné d'un rapport justificatif au Roi.

Puisque selon la proposition, le Conseil national de la Kinésithérapie est composé pour les deux tiers de kinésithérapeutes, et puisque l'avis de l'Académie est réduit à sa plus simple expression, les kinésithérapeutes peuvent, dès lors, décider de manière autonome quels sont les actes kinésithérapeutiques et médicaux qu'ils peuvent s'approprier, sans devoir rendre la moindre justification aux experts médicaux et particulièrement les médecins spécialistes.

Nous trouvons par exemple un manque de vision médicale dans la proposition de MM. Gevenois et Taminiaux. L'article 2 de cette proposition vise à insérer un article 21*vicies quater* dans l'arrêté royal n° 78 visant à établir une liste de fautes professionnelles. En médecine, les fautes professionnelles sont illimitées et hyperindividuelles, doinc insaisissables dans un texte légal.

Quant aux textes provenant des associations de kinésithérapeutes, ainsi que les documents rédigés par MM. Postiaux et Lefevre auxquels le Gouvernement avait demandé en qualité d'experts kinésistes de présenter un commentaire devant cette Commission sénatoriale, ils laissent apparaître que les kinésithérapeutes souhaitent s'accaparer davantage que l'appareil locomoteur. Ils réclament les soins intensifs, la néonatalogie, la pneumologie et bien d'autres domaines pour lesquels normalement une formation médicale minimale de 12 ans est requise.

Au nom des médecins spécialistes, je me permets de demander avec la plus grande insistance à cette Commission de maintenir la kinésithérapie exclusivement sur prescription médicale, sauf pour un nombre limité d'actes précis pour lesquels le kinésiste pourrait intervenir de manière autonome. Cette situation existe indiscutablement également chez certaines autres professions paramédicales.

Sinon, on suppose que le kinésiste a la possibilité de poser à tout moment un diagnostic, puisqu'il devrait par exemple distinguer un cas banal d'une pathologie grave. Que cela n'est même pas possible dans bon nombre de cas pour le médecin généraliste, est démontré par la naissance, dans le courant du dernier demi-siècle, des différentes spécialités médicales.

Le kinésithérapeute par rapport aux professions de l'art de guérir

Après 5 années de formation universitaire, le pharmacien exerce sa profession sur prescription médicale.

Après également 5 années d'études universitaires, le dentiste limite son activité à un domaine très restreint de l'Art médical, à savoir les soins dentaires. Pour les maladies de la bouche et des maxillaires ainsi que les problèmes dentaires complexes, il fait appel au médecin spécialiste en stomatologie qui a reçu une formation de 13 ans.

Quant aux sages-femmes graduées, leur intervention, après 4 années d'études, est limitée aux grossesses normales et aux accouchements normaux. Dès qu'il y a présomption d'un problème, elles doivent faire appel à un médecin.

Ces trois catégories professionnelles relèvent de la procédure visée à l'article 46, c'est-à-dire que les arrêtés royaux concernant

afweer (auto-immuunziekte), over zenuwpijnen op basis van een chronisch ontregelde suikerziekte, tot verschillende vormen van leukemie en kwaadaardige gezwellen.

De heer Diegenant kent de kinesitherapeuten meer deskundigheid toe dan aan de huisarts, de specialist in de inwendige geneeskunde en alle andere specialismen samen. Bovendien blijkt uit de tekst dat hij zich terzelfdertijd onttrekt aan het advies van de Koninklijke Academiën voor Geneeskunde. Hierdoor wordt de kinesitherapeut zelfs boven het niveau van de arts verheven.

Uit het artikel 17 van het voorstel 944-1 blijkt dat het advies van de Academie herleid wordt tot een formaliteit, waartegenover de ministerraad geen enkele verantwoording verschuldigd is.

Indien daarentegen een koninklijk besluit afwijkt van een beslissing van de Nationale Raad voor de Kinesithérapie, dan dient dit koninklijk besluit te worden gepubliceerd met een motiverend verslag van de Koning.

Gezien volgens het voorstel de Nationale Raad voor Kinesithérapie voor 2/3 bestaat uit kinesitherapeuten, en gezien het advies van de Academie niets meer is dan een vrijblijvend advies, kunnen m.a.w. de kinesitherapeuten autonoom beslissen welke kinesitherapeutische en medische acten zij zich kunnen toeëigenen, zonder rekenschap te moeten geven aan de deskundigen, met name de geneesheren en in het bijzonder de geneesheren specialisten.

Een uiting van het gebrek aan medische visie vinden we bij voorbeeld in het voorstel van de heren Gevenois en Taminiaux. Artikel 2 van dit voorstel voert een artikel 21*vicies quater* in in het koninklijk besluit 78 waarbij zij een lijst met beroepsfouten willen vastleggen. In de geneeskunde zijn beroepsfouten oneindig in aantal en hyperindividueel, en dus niet te vatten in een wettekst.

Uit de teksten afkomstig van de kinesisten-verenigingen, alsook uit de documenten opgesteld door de heren Postiaux en Lefevre, die door de Regering als kinesisten-experten werden verzocht voor deze Senaatscommissie hun commentaar neer te schrijven, blijkt dat de kinesitherapeuten veel verder wensen te gaan dan het locomotorisch apparaat. Zij eisen intensieve zorgen voor, neonatologie, pneumologie en tal van andere domeinen waarvoor doorgaans minimum 12 jaar medische opleiding nodig is.

Namens de geneesheren specialisten wil ik hier met de grootste nadruk vragen aan de Commissie om de kinesithérapie uitsluitend op voorschrift te behouden, behoudens een beperkt aantal acten waarbij de kinesist wel autonoom kan handelen. Deze situatie bestaat ongetwijfeld ook bij een aantal andere paramedische beroepen.

Zoniet, veronderstelt men dat de kinesist de mogelijkheid heeft om steeds een diagnose te stellen want hij moet bij voorbeeld banaal van ernstig kunnen onderscheiden. Dat dit in heel wat gevallen zelfs niet mogelijk is voor de algemeen geneeskundige, bewijst het ontstaan de laatste 50 jaar van de verschillende medische specialismen.

De kinesitherapeut t.o.v. de beroepen van de geneeskunst

Na 5 jaar universitaire opleiding oefent de apotheker zijn beroep uit op medisch voorschrift.

Eveneens na 5 jaar universitaire studies houdt de tandarts zich bezig met een zeer beperkt gebied van de geneeskunde, namelijk de verzorging van het gebit. Bij problemen van mond en kaak en ook bij meer ingewikkelde tandproblemen roept hij de hulp in van een geneesheer-specialist in de stomatologie, die hiervoor 13 jaar opleiding diende te volgen.

Na 4 jaar mogen de gegradueerde vroedvrouwen de normale zwangerschappen volgen en de normale bevallingen doen. Bij vermoeden van een probleem dienen zij beroep te doen op een geneesheer.

De drie beroepscategorieën zijn gebonden door de procedure van artikel 46, d.w.z. dat de betreffende koninklijke besluiten

leurs activités doivent être pris sur avis conforme des Académies de Médecine. Dans les propositions de loi présentées, cette procédure est refusée par les kinésithérapeutes.

Les kinésithérapeutes et les autres professions paramédicales

Il n'y a aucune raison objective de considérer les kinésithérapeutes comme une catégorie professionnelle différente des autres professions paramédicales, comme le suggèrent les propositions de Mme Delcourt-Pêtre et MM. Gevenois et Taminiaux.

Certes, en rangeant les kinésistes dans une catégorie particulière, on risque de perturber les relations entre les kinésistes et par exemple les ergothérapeutes qui font également de la réadaptation fonctionnelle sur prescription des médecins revalidateurs, les orthopédistes qui s'occupent de l'entraînement des muscles oculaires sur prescription des ophtalmologues, les orthésistes, les bandagistes, prothésistes et podologues exerçant sur prescription des disciplines chirurgicales.

Malgré une formation équivalente, les kinésistes réclameront la maîtrise sur les autres professions paramédicales alors que leur compétence limitée en matière de pathologie ne le justifie en aucune mesure.

En conséquence, il faut craindre que toutes les professions paramédicales énoncées dans l'arrêté royal du 21 décembre 1989 risquent de réclamer la même autonomie. Dans ce type « d'organisation horizontale », la répartition des tâches devient quasi impossible et crée un important problème de responsabilité.

Conséquences budgétaires

Les soins de santé doivent être organisés de manière à pouvoir dispenser le plus adéquatement possible, des soins qualitativement optimaux, accessibles à chacun, dans un système budgétaire pourtant fermé.

C'est donc avec la même adéquation que les moyens financiers destinés à la kinésithérapie doivent être affectés. Il serait, dès lors, particulièrement contre-indiqué de procéder par autoprescription. Dans une enveloppe fermée de kinésithérapie, cela ne peut que conduire à une inflation de dépenses pour les prestations kinésithérapeutiques, avec par conséquent un réel danger de perte de qualité.

Puisque les propositions de loi réclament indirectement le diagnostic, on peut craindre que celui-ci s'accompagne de la mise en œuvre de prestations médico-techniques spécialisées telles que l'imagerie médicale, la biologie clinique et bien d'autres épreuves fonctionnelles.

Dans un système à budget fermé, il serait injustifié de gaspiller des moyens par usage non adéquat, pour la simple raison qu'il est impossible que les kinésithérapeutes puissent avoir une formation suffisante durant des études de 4, voire de 5 ans.

Conclusion

Il ne s'agit pas de trouver un consensus concernant le choix entre, d'une part les propositions introduites par Mme Delcourt-Pêtre et MM. Gevenois et Taminiaux, qui relèvent la kinésithérapie de son statut paramédical, et du chapitre II de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 à un statut intermédiaire, décrit dans un nouveau chapitre I^{er} et, d'autre part, par l'inscription de la kinésithérapie sous le statut médical du chapitre I^{er}, comme le proposent MM. Diegenant et Mahoux.

Par contre, il s'agit de procurer à la kinésithérapie le plus rapidement possible son agrément légal comme profession médicale. Ce n'est que de cette manière :

— que l'on pourra résoudre les problèmes de complémentarité entre les différentes professions paramédicales;

slechts kunnen worden genomen op eensluidend advies van de Academiën voor Geneeskunde. In de voorliggende voorstellen van wet wordt deze procedure geweigerd door de kinesitherapeuten.

De kinesitherapeuten en de andere paramedische beroepen

Er is geen enkele objectieve reden om de kinesitherapeuten als een beroepscategorie te beschouwen die anders is dan de overige paramedische beroepen, zoals de voorstellen van mevrouw Delcourt-Pêtre en de heren Gevenois en Taminiaux suggereren.

De onderlinge verhoudingen tussen kinesisten en bij voorbeeld de ergotherapeuten die ook functionele revalidatie uitvoeren op voorschrift van de revalidatieartsen, de orthoptisten die op voorschrift van de ophthalmologen de oogspieren trainen, de orthésisten, bandagisten, prothesisten en podologen die op voorschrift van de chirurgische disciplines hun beroep uitoefenen, zullen zeker verstoord worden indien men de kinesisten anders catalogeert.

Ondanks een evenwaardige opleiding zullen de kinesisten het meesterschap over de andere paramedici opeisen, waar hun beperkte deskundigheid met betrekking tot de pathologie dit geenszins verantwoordt.

Als consequentie valt te vrezen dat alle paramedische beroepen opgesomd in het koninklijk besluit van 21 december 1989, eenzelfde autonomie zullen opeisen. In dergelijke « horizontale organisatie » wordt taakverdeling onmogelijk en ontstaat een scherp probleem van verantwoordelijkheid.

Budgettaire consequenties

De gezondheidszorg moet zich organiseren om binnen een gesloten budgetsysteem zo adequaat mogelijk kwalitatief hoogstaande verzorging te verstrekken die voor elkeen toegankelijk zijn.

Ook de financiële middelen bestemd voor de kinesithérapie moeten dus oordeelkundig worden aangewend. Autoprescriptie is hierbij ten eerste tegenaangewezen. Binnen een gesloten enveloppe kinesithérapie kan dit alleen maar leiden tot een inflatie van de betaling der verstrekkingen kinesithérapie, met een reëel gevaar voor kwaliteitsverlies tot gevolg.

Vermits de voorstellen ook indirect de diagnose opeisen, zou dit dienen gepaard te gaan met het aanwenden van specialistische medisch-technische verstrekkingen als medische beeldvorming, klinische biologie en tal van andere functieproeven.

Het zou onverantwoord zijn binnen het gesloten budgetsysteem middelen te verspillen door niet adequaat gebruik, om de eenvoudige reden dat de kinesithérapeuten hiervoor onmogelijk kunnen worden opgeleid tijdens een studie van 4 of zelfs 5 jaar.

Besluit

Het gaat er niet om een consensus te bereiken betreffende de keuze tussen de voorstellen ingediend door mevrouw Delcourt-Pêtre en de heren Gevenois en Taminiaux, die de kinesithérapie opwaarderen van zijn paramedische status van hoofdstuk II van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 tot een intermediaire status, beschreven in een nieuw hoofdstuk I^{ter} en de inschrijving van de kinesithérapie onder de medische status onder hoofdstuk I zoals de heren Diegenant en Mahoux voorstellen.

Het gaat er integendeel om de kinesithérapie zo snel mogelijk zijn wettelijke erkenning te bezorgen als paramedisch beroep. Alleen op deze wijze :

— zal men de problemen van complementariteit tussen de verschillende paramedische beroepen kunnen oplossen;

— que le patient sera protégé sur le plan des soins médicaux; dans le contexte belge, caractérisé par une médecine très avancée et de qualité supérieure, tout patient a droit à ce type de protection experte;

— que l'on pourra éviter le gaspillage de moyens compte tenu des possibilités financières toujours plus réduites et des systèmes d'enveloppe fermée;

— que les kinésistes pourront sécuriser leurs perspectives d'avenir dans le domaine de l'emploi au sein de l'Union européenne.

Les médecins spécialistes proposent que les kinésithérapeutes exercent en qualité de praticien d'une profession paramédicale et ce, quasi exclusivement sur prescription.

Le professeur Gruwez, jusqu'il y a peu chef du service de chirurgie de la K.U. Leuven, parlant en tant que chirurgien, déclare être totalement d'accord avec ce qu'a dit le Dr. Moens. La santé publique n'a pas vraiment besoin que le kinésithérapeute soit revalorisé au niveau d'un praticien de l'art de guérir, au contraire, cette revalorisation présenterait plutôt un danger pour la santé publique. Il serait imprudent de se borner à exiger que le médecin envoie le patient chez le kinésithérapeute; l'exercice de la kinésithérapie doit se faire sous le contrôle permanent du médecin qui doit suivre le patient. Cela n'empêche pas un échange réciproque d'informations.

Les médecins apprécient l'aide des kinésithérapeutes au cours du traitement, ces derniers constituent un chaînon important du mécanisme de traitement, mais il serait dangereux d'isoler ce chaînon et de considérer la kinésithérapie comme une profession médicale autonome.

Quelques exemples ont déjà été cités au cours de l'audition.

Le professeur Gruwez cite l'exemple d'une personne ayant une jambe enflée; son affection peut être due à diverses pathologies: une phlébothrombose, un œdème lymphatique, un lipo-œdème, un œdème cardiaque,...

L'établissement du diagnostic est très important, ainsi que les spécifications des différents types de traitement qui peuvent s'appliquer à une pathologie déterminée. À côté de cela, le suivi du patient est également important, parce que, dans certaines circonstances, la kinésithérapie peut être d'un intérêt vital, notamment dans le département de réanimation et de soins intensifs.

Le professeur Gruwez souligne qu'il a demandé l'avis du professeur Lauwens, qui dirige le plus grand département de soins intensifs du pays. Il s'est avéré que les milieux concernés n'ont été ni informés, ni même consultés au sujet des propositions.

Le professeur Lauwens estime qu'en comparaison avec l'étranger, la formation n'est pas de très bonne qualité en Belgique. La situation ne se prête absolument pas encore à l'expérience visée dans les propositions de loi. Le collègue du professeur Gruwez a souligné qu'un contrôle médical continu est nécessaire, surtout en raison des conséquences vitales ou fatales que le traitement kinésithérapeutique peut avoir, et ce, bien que l'on ait examiné le problème de très près, dans le cadre des soins intensifs, et que les médecins aient assuré la structuration et la formation complémentaire nécessaires.

On a également demandé des informations au professeur Boeckx, chef du département de chirurgie plastique reconstructive et de chirurgie des plaies par brûlures. Ce collègue était du même avis: il y a un manque de bonne formation, un besoin de cours supplémentaires, une insuffisance en ce qui concerne les connaissances physiopathologiques et physiologiques, une abondance de pseudo-activités. Bref, il estime, lui aussi, qu'un contrôle continu est absolument nécessaire.

— zal de patiënt de bescherming krijgen in verband met zijn geneeskundige verzorging; in de Belgische context met zijn geavanceerde geneeskunde met een hoogstaande kwaliteit heeft elke patiënt recht op dergelijke bescherming door deskundigen;

— zal verspilling van geldmiddelen worden vermeden binnen de schaarser wordende financiële mogelijkheden en gesloten enveloppesystemen;

— zullen de kinesisten hun toekomstperspectieven binnen de Europese Unie kunnen veilig stellen qua tewerkstelling.

De geneesheren specialisten stellen voor dat de kinesitherapeuten als paramedici en quasi uitsluitend op voorschrift zouden werken.

Professor Gruwez, tot voor enige tijd hoofd van de Dienst heelkunde aan de K.U. Leuven, en sprekend als chirurg, verklaart het volledig eens te zijn met wat Dr. Moens heeft gezegd. De opwaardering van de kinesitherapeut tot beoefenaar van de geneeskunst beantwoordt niet aan een reële nood van de volksgezondheid, integendeel, die opwaardering houdt veeleer een gevaar in voor de volksgezondheid. Het zou roekeloos zijn alleen een verwijzing te vereisen; de kinesithérapie moet onder de voortdurende controle en opvolging van de arts worden beoefend. Dat neemt niet weg dat er wederzijdse uitwisseling van informatie moet zijn.

De geneesheren appreciëren de hulp van de kinesitherapeut bij de behandeling; zij zijn een belangrijke schakel in het mechanisme van de behandeling maar het zou gevaarlijk zijn deze schakel te isoleren en de kinesithérapie te beschouwen als een autonoom medisch beroep.

Tijdens de hoorzitting zijn reeds enkele voorbeelden aangehaald.

Professor Gruwez vermeldt het voorbeeld van een dik been; dat kan op verscheidene pathologieën berusten: flebo-trombose, lymfoedeem, lipoedeem, cardiaal oedeem, ...

De diagnosestelling is zeer belangrijk, maar ook de specificaties van de verschillende behandelingswijzen voor één bepaalde pathologie. Daarnaast is de opvolging evenzeer van belang, omdat de kinesithérapie in bepaalde middens vitaal kan zijn, met name op de afdeling reanimatie en intensieve verzorging.

Professor Gruwez wijst erop dat hij het advies heeft gevraagd van professor Lauwens, die de leiding heeft van de grootste afdeling voor intensieve verzorging van het land. Het bleek dat de betrokken milieus over de voorstellen niet geïnformeerd, laat staan geconsulteerd zijn.

Professor Lauwens is van oordeel, dat de opleiding in België, vergeleken met het buitenland, niet hoogstaand is. De toestand is helemaal niet rijp voor het experiment dat met de voorstellen wordt beoogd. De collega van professor Gruwez heeft geïnsisteerd op het feit dat, alhoewel in het kader van de intensieve verzorging, het probleem van extreem nabij gevolgd werd, de nodige structurering en bijscholing door artsen gegeven werd, continue medische controle noodzakelijk is vooral omdat de kinesitherapeutische behandeling vitale of fatale gevolgen kan hebben.

Professor Boeckx, hoofd van de dienst plastische reconstructieve en brandwondenheelkunde werd eveneens om informatie gevraagd. Deze collega nam hetzelfde standpunt in: gebrek aan goede opleiding, noodzaak aan extra cursussen, onvoldoende fysio-pathologisch en fysiologisch inzicht, veel pseudo-activiteit. Kortom, continue controle is ook voor hem absoluut noodzakelijk.

La proposition de loi de MM. Diegenant et Mahoux définit le statut social du kinésithérapeute, ce qui est louable. Mais la revalorisation de la profession de kinésithérapeute ne constitue pas une nécessité pour la santé publique; au contraire, elle présente plutôt des dangers.

La conclusion du professeur Gruwez est la suivante: il ne faut pas recourir à la procédure de l'envoi du patient par le médecin, mais conserver celle de la prescription, ce qui implique le maintien d'un contact le plus étroit avec le médecin qui doit rester responsable sur le plan médical.

Le Dr Loosen remarque que la proposition de loi de MM. Diegenant et Mahoux est unique, en ce sens que, nulle part au monde, on ne range les kinésithérapeutes parmi les praticiens de l'art de guérir.

Le Dr Loosen, qui est également actif au sein de la Fédération belge des syndicats de médecins, est devenu spécialiste en médecine physique et en médecine de la rééducation, après une formation de 7 ans en médecine générale, de 5 ans en médecine physique et de 2 ans en médecine de la rééducation, c'est-à-dire 14 ans de formation universitaire. Aux termes de la proposition de loi de MM. Diegenant et Mahoux, cette formation sera complétée par 3 années supplémentaires.

Le Dr Loosen est d'accord avec les auteurs de la proposition de loi en ce qui concerne les symptômes, mais il a une opinion différente en ce qui concerne la thérapie.

Contrairement aux autres pays européens, la Belgique est confrontée à un problème en ce qui concerne la kinésithérapie, pour deux raisons:

— La première raison vient de la pléthore de kinésithérapeutes: la Belgique est le seul pays dépourvu de *numerus clausus*. En 1990, 14 263 kinésithérapeutes étaient inscrits à l'I.N.A.M.I.

Un montant allant de 0 à 250 000 francs a été versé à 22,6 p.c. des kinésithérapeutes et un montant ne dépassant pas 1 million de francs à 73,04 p.c. des kinésithérapeutes.

La situation n'est pas plus positive pour ce qui est de la médecine générale. En revalorisant la profession de kinésithérapeute pour la porter au niveau de celle d'un praticien de l'art de guérir, on ne fera que déplacer le problème.

— La deuxième raison est liée à un accident de moto, dans lequel le père de la médecine physique en Belgique, le Dr Istace, s'est tué au cours de la Deuxième Guerre mondiale. Son « héritage » a été réparti entre deux professeurs, le professeur Mazy et le professeur De Nayer.

Le professeur De Nayer a scindé la formation en médecine physique et a nommé l'une de ses branches la rééducation motrice. Le professeur De Nayer est le chef de l'institut sportif où l'on forme des licenciés en éducation physique. Ces licenciés sont habilités, s'ils ont suivi pendant 6 mois un stage dans un hôpital, à acquérir le titre scientifique de licencié en kinésithérapie. Cette situation persiste depuis des années et on forme donc des licenciés en kinésithérapie qui travaillent non pas sous la direction de médecins, mais qui exercent leur profession à l'université, sous le seul encadrement d'autres kinésithérapeutes. Par la suite, ils sont confrontés, dans le cadre de leur cabinet privé, avec des prescriptions établies par des généralistes.

Depuis les années 60, le cours de médecine physique, y compris la kinésithérapie, est non plus un cours obligatoire pour les généralistes, mais un cours à option. Les généralistes ne bénéficient donc plus d'une formation en kinésithérapie, alors que, selon les chiffres de l'I.N.A.M.I., 52 p.c. de toutes les prestations kinésithérapeutiques sont fournies sur la prescription de généralistes.

Le kinésithérapeute qui a suivi une formation dispensée en grande partie en l'absence de médecins, reçoit des prescriptions

Het wetsvoorstel Diegenant-Mahoux stelt de sociale status van de kinesitherapeut op; dat behoort te worden gerespecteerd. Maar de opwaardering is geen noodzaak voor de volksgezondheid, zij houdt veeleer gevaren in.

Professor Gruwez zegt tot besluit: niet verwijzen maar blijven bij het voorschrift, een zo nauw mogelijk contact met de geneesheer die medisch verantwoordelijk moet blijven.

Dr. Loosen merkt op dat het wetsvoorstel Diegenant-Mahoux in die zin uniek is dat nergens in de wereld de kinesitherapeuten worden toegelaten tot de geneeskunst.

Dr. Loosen, die ook actief is in het Belgisch verbond van Artsensyndicaten, is specialist in fysische en revalidatie-geneeskunde met een opleiding van 7 jaar algemene geneeskunde, 5 jaar fysische geneeskunde en 2 jaar revalidatiegeneeskunde, d.w.z. 14 jaar universitaire opleiding. Uitgaande van het wetsvoorstel Diegenant-Mahoux zal daar nog 3 jaar bijkomen.

Dr. Loosen is het met de indieners van het wetsvoorstel eens wat de symptomen betreft, maar verschilt van mening wat de therapie aangaat.

België wordt in tegenstelling tot de andere Europese landen, met het probleem van de kinesithérapie geconfronteerd om twee redenen:

— De plethora: België is het enige land zonder *numerus clausus*. In 1990 waren er bij het R.I.Z.I.V. 14 263 kinesitherapeuten ingeschreven.

Een bedrag van 0 tot 250 000 frank werd uitgekeerd aan 22,6 pct. van de kinesitherapeuten, minder dan 1 miljoen frank wordt uitgekeerd aan 73,04 pct. van het aantal kinesitherapeuten.

In de algemene geneeskunde is de toestand niet veel beter. Door de opwaardering tot beoefenaar van de geneeskunst zal het probleem alleen worden verplaatst.

— De tweede reden heeft te maken met een motorongeval. De oprichter van de fysische geneeskunde in België, dr. Istace is tijdens W.O. II verongelukt. Zijn « erfenis » is verdeeld onder twee professoren: Professor Mazy en Professor De Nayer.

Professor De Nayer splitst de opleiding in de fysische geneeskunde en noemt een tak daarvan: motorische revalidatie. Professor De Nayer is hoofd van het sportinstituut waar licentiaten in de lichamelijke opvoeding worden opgeleid. Aan deze licentiaten wordt het toegestaan, mits een stage van 6 maanden in een ziekenhuis, de wetenschappelijke titel van licentiaat in de kinesithérapie te verwerven. Die toestand duurt jaren en er worden licentiaten kinesitherapeuten gevormd die niet onder de leiding van geneesheren hebben gestaan en die hun beroep aan de universiteit hebben beoefend, slechts omkaderd door andere kinesitherapeuten. Nadien worden zij in hun privé-praktijk geconfronteerd met voorschriften van huisartsen.

Sedert de zestiger jaren is het vak fysische geneeskunde, met inbegrip van de kinesithérapie, voor de huisartsen geen verplicht vak meer, maar een optievak. De huisartsen hebben dus geen opleiding meer in de kinesithérapie, maar de cijfers van het R.I.Z.I.V. tonen aan dat huisartsen 52 pct. van alle kinesithérapie voorschrijven.

De kinesitherapeut die, voor een belangrijk gedeelte een opleiding heeft genoten zonder geneesheren, ontvangt voorschriften

qui mentionnent tout au plus « massage-mobilisation », et il doit pouvoir se débrouiller. Il est donc normal que les kinésithérapeutes estiment pouvoir tout aussi bien se passer des prescriptions pour exercer leur profession.

Le Dr Loosen souligne encore que le professeur De Nayer, qui est à l'origine de la situation actuelle, est un des cosignataires de l'avis de l'Académie royale de médecine relatif à la kinésithérapie.

En ce qui concerne la kinésithérapie, la situation est actuellement chaotique dans les cabinets privés, d'après le Dr Loosen. Le kinésithérapeute qui reçoit une prescription sommaire, prend des tas d'initiatives personnelles, avec toutes les conséquences néfastes qui s'ensuivent pour la santé publique. Il n'y a d'ailleurs pas que pour la kinésithérapie qu'on constate cette situation.

En raison du trop grand nombre de médecins, les soins sont mal dispensés, il y a des escroqueries et des pratiques criminelles.

Dans les hôpitaux, la médecine a évolué de façon tout à fait différente: les spécialistes rééducateurs travaillent en équipe avec des kinésithérapeutes, des logopèdes, des infirmiers sociaux, etc. Isoler les kinésithérapeutes de ce groupe en leur donnant un statut propre, c'est aller à l'encontre de l'évolution actuelle de la médecine.

La Fédération des associations professionnelles belges des médecins spécialistes souhaite que les généralistes soient mieux formés, de manière qu'ils puissent établir des prescriptions conçues en fonction des besoins de compréhension des kinésithérapeutes. Ces prescriptions doivent fournir, aux kinésithérapeutes, un cadre dans lequel ils puissent inscrire leurs interventions.

Enfin, le Dr Loosen remarque encore que les kinésithérapeutes, licenciés et gradués, ont leur place dans l'ensemble des soins de santé. Dans les petits hôpitaux, il vaut mieux qu'on dispose de gradués, parce que ce sont de meilleurs techniciens. Par contre, les licenciés sont indispensables dans les grands hôpitaux parce qu'ils ont une meilleure base théorique.

*
* *

Un commissaire se dit étonné de la façon dont le Dr Loosen a jugé les généralistes. Ses propos mettent en cause l'Ordre des médecins. Ils constituent ni plus ni moins une attaque contre certains procédés des généralistes. C'est particulièrement grave et cela signifie qu'il déconseille à la population d'encore consulter des généralistes.

L'intervenant se demande s'il convient de faire figurer les propos du Dr Loosen dans le rapport de l'audition.

Le Dr Loosen répond que ses propos peuvent être vérifiés. Il suffit de consulter les programmes des universités et les statistiques de l'I.N.A.M.I. concernant les prescriptions.

Le médecin généraliste reçoit une formation générale en pathologie, physiologie, pharmacologie, ... mais sa capacité d'aborder les choses concrètement est insuffisante. En outre, le cours de médecine physique n'est plus obligatoire.

Le même commissaire remarque encore que le Dr Loosen a mis en cause la qualité des généralistes en général. Il a même utilisé le mot « criminalité ». Une certaine prudence n'est pas inutile.

Un autre membre constate que le docteur Loosen a soulevé un certain nombre de problèmes qui n'ont rien à voir avec le sujet en question. Il ajoute qu'en tout cas, si des abus il y a, les pouvoirs publics ne peuvent pas rester inactifs.

waarop hooguit « massage-mobilisatie » vermeld staat, en moet zich daarmee uit de slag trekken. Het is dus begrijpelijk dat de kinesitherapeuten vinden dat zij net zo goed zonder dat voorschrift kunnen werken.

Dr. Loosen benadrukt nog dat Professor De Nayer, die aan de basis ligt van de bestaande toestand, met betrekking tot de kinesitherapie het advies van de Koninklijke Academie voor geneeskunde mede heeft ondertekend.

De huidige toestand in de huispraktijk, op het gebied van de kinesitherapie, noemt Dr. Loosen chaotisch. De kinesitherapeut die een summier voorschrift ontvangt, concipieert zelf allerlei zaken met alle nadelige gevolgen voor de volksgezondheid. Dit is overigens niet alleen het geval voor de kinesitherapie.

Het overaanbod aan artsen leidt tot slechte zorgverstrekking, oplichterij en ten slotte tot criminaliteit.

In de ziekenhuizen is de evolutie van de geneeskunde totaal anders geworden: de specialisten-revalidatoren werken in teamverband met kinesitherapeuten, logopeden, sociale verpleegkundigen enz. De kinesitherapeuten losmaken uit die groep en hun een eigen statuut geven, gaat in tegen de hedendaagse evolutie van de geneeskunde.

Het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten wenst dat de huisartsen beter zouden worden opgeleid zodat zij in staat zijn een adequaat voorschrift af te geven voor de kinesitherapeuten. Dit voorschrift moet een raamvoorschrift zijn waarin de kinesitherapeut kan handelen.

Dr. Loosen merkt ten slotte nog op, dat zowel de kinesitherapeuten licentiaten als de gegradueerden hun plaats hebben in het geheel van de verzorging. In kleinere ziekenhuizen zijn gegradueerden, die betere technici zijn, aangewezen; in grotere ziekenhuizen daarentegen zijn licentiaten, die beter theoretisch geschoold zijn, onmisbaar.

*
* *

Een commissielid toont zich verbaasd over de wijze waarop Dr. Loosen de huisartsen heeft beoordeeld. Zijn uitspraken brengen de Orde der Geneesheren in het geding. Dr. Loosen formuleert nog min noch meer een aanklacht tegen de huisartspraktijken. Dit is bijzonder erg en betekent dat de bevolking wordt afgeraden nog huisartsen te consulteren.

Het lid vraagt zich af of de uitlatingen van Dr. Loosen in het verslag over de hoorzitting moeten worden opgenomen.

Dr. Loosen antwoordt dat hetgeen hij gezegd heeft, kan worden geverifieerd. Het volstaat de programma's van de universiteiten na te lezen en de statistieken van het R.I.Z.I.V. met betrekking tot de voorschriften te consulteren.

De huisarts ontvangt een algemene opleiding over pathologie, fysiologie, geneesmiddelenleer, ...; maar zijn benadering is onvoldoende. Bovendien is het zo dat het vak fysische geneeskunde niet meer verplicht is.

Herzelfde lid merkt nog op dat Dr. Loosen een beschuldiging over de kwaliteit van de huisartsen in het algemeen heeft uitgesproken. Zelfs het woord « criminaliteit » is gevallen. Enige voorzichtigheid is niet overbodig.

Een ander lid constateert dat Dr. Loosen een aantal problemen heeft opgeworpen die niet aan de orde zijn. Hoedanook, als er misbruiken zijn, dan kan de politieke overheid niet blijven stilzitten.

L'intervenant constate ensuite que les interlocuteurs laissent la porte ouverte aux deux niveaux de formation (gradués et licenciés).

On peut se demander dans quelle mesure et à quel niveau une différenciation est nécessaire ou souhaitable. Dans quelle perspective cette différenciation doit-elle s'inscrire? Comme les deux catégories se rencontrent dans un même endroit — la distinction entre petites et grandes entités n'est, en soi, pas une raison suffisante de différenciation —, pourquoi faut-il que les formations soient différenciées?

Comme le docteur Cassiers, le docteur Gruwez renvoie à l'exemple concernant l'art infirmier. A la tête d'un département se trouve un infirmier universitaire. Dans les grandes entités, l'universitaire, qui dispose d'une connaissance théorique plus importante, aura une fonction dirigeante et les gradués seront plutôt chargés de tâches exécutives.

Le docteur Gruwez souligne, d'ailleurs, qu'il n'a pas adopté de point de vue concernant la nécessité de disposer de kinésithérapeutes gradués et/ou licenciés.

Le docteur Gruwez revient ensuite à la réaction du premier intervenant concernant les propos du docteur Loosen. La formation dispensée par les universités soulève en fait un problème dramatique: la formation spécifique en médecine générale a été introduite il y a une quinzaine d'années. L'on a dû, en conséquence, compresser l'enseignement de la pathologie en quatrième année et cinquième année, alors que cette discipline connaissait une énorme évolution. C'est pourquoi l'on a dû supprimer les cours de physiothérapie. C'est donc parce que la médecine générale n'est pas enseignée en tant que spécialité, après les études universitaires de base, comme dans certains autres pays, mais pendant celles-ci, qu'il y a ces lacunes.

Un commissaire remarque que les facultés universitaires de médecine ont précisément créé les licences en rééducation motrice en leur sein ou dans un contexte étroitement lié à elles, pour combler partiellement les lacunes précitées.

L'un des intervenants précédents souligne qu'un patient éprouvant certains troubles s'adresse d'abord à son médecin de famille. On peut raisonnablement attendre de celui-ci qu'il soit en mesure d'établir un diagnostic correct sans trop recourir à des examens complémentaires. Ce n'est que dans des cas d'urgence ou dans des cas relevant de la médecine spécialisée, que le généraliste doit envoyer le patient chez un collègue. Le but doit être de faire en sorte que le plus de cas possibles soient examinés par les médecins de première ligne, et seulement par eux.

Selon M. Meesten il faut revoir en totalité la formation des médecins généralistes si on veut être efficace.

Le docteur Loosen estime que l'envoi par un médecin d'un patient chez un autre confrère et, surtout, le moment auquel cet envoi a lieu et l'identité du confrère ont leur importance. Le généraliste doit avoir, pour ce faire, une bonne connaissance de la thérapeutique utilisée. Si cette connaissance est insuffisante, il peut arriver qu'il oriente le patient dans une mauvaise direction, ce qui entraîne des frais plus élevés pour la sécurité sociale.

M. Moens remarque encore que les généralistes se sentent quelque peu mal vis-à-vis de la kinésithérapie. Ils peuvent décider d'envoyer un patient chez un kinésithérapeute muni d'une prescription, dont ils ne sont, toutefois, pas sûrs qu'elle est rédigée de façon appropriée, ou envoyer ce patient chez un spécialiste en courant le risque de ne plus le revoir. Tout le monde sait qu'il y a trop de généralistes en Belgique, mais l'on sait moins bien qu'il y a beaucoup plus de spécialistes (+ 2 000).

Ce problème est lié étroitement, bien qu'indirectement, à celui qui a été soulevé au cours de l'audition.

Het lid stelt voorts vast dat de gesprekspartners de deur open houden voor de twee opleidingsniveaus (gegradueerden en licentiaten).

De vraag rijst in welke mate differentiatie nodig of wenselijk is en op welk niveau ze dat is. Wat moet het perspectief zijn van die differentiatie? Wanneer beide groepen op dezelfde plaats terechtkomen — het onderscheid tussen grote en kleine entiteiten is op zichzelf geen voldoende reden — waarom moet er dan differentiatie in de opleiding zijn?

Dr. Gruwez verwijst, zoals Dr. Cassiers, naar het voorbeeld van de verpleegkunde. Aan het hoofd van de afdeling staat een universitair geschoolde. In grotere groepen zal de universitair gediplomeerde, met een grotere theoretische kennis, de leiding nemen en zullen de gegradueerden veeleer met uitvoerende taken worden belast.

Dr. Gruwez wijst er overigens op dat hij geen standpunt heeft ingenomen over de noodzaak van gegradueerden en/of licentiaten.

Dr. Gruwez komt vervolgens terug op de reactie van de eerste intervenant op de uitspraken van Dr. Loosen. De opleiding aan de universiteiten vormt in feite een dramatisch probleem: de specifieke huisartsgeneeskundige opleiding werd een vijftiental jaren geleden ingevoerd. Ten gevolge daarvan moest men het onderwijs van de pathologie comprimeren in het vierde en vijfde jaar, niettegenstaande de enorme ontwikkeling van de pathologie. Daarom is de fysiotherapie weggefallen. Het feit dat de specifieke huisartsgeneeskunde niet na — zoals in sommige landen — maar tijdens het universitaire curriculum wordt gegeven, is dus oorzaak van de lacunes.

Een commissielid merkt op dat de universitaire faculteiten voor de geneeskunde in hun schoot ofwel met hen verbonden, de licenties motorische revalidatie hebben uitgebouwd, precies om de lacunes ten dele op te vangen.

Een van de voorgaande sprekers wijst erop dat een patiënt met een klacht eerst naar de huisarts gaat. Redelijkerwijze mag worden verwacht dat de huisarts in staat is een goede diagnose te stellen zonder al te veel beroep te doen op bijkomende onderzoeken. Alleen in specialistische of noodgevallen dient de huisarts door te verwijzen. Het beleid moet erop gericht zijn zoveel mogelijk gevallen op de eerste lijn en alleen daar, te behandelen.

Volgens de heer Meesten zal men het gewenste doel slechts bereiken indien de hele opleiding van de huisartsen wordt herzien.

Dr. Loosen vindt dat, in de huisartsgeneeskundige praktijk, de verwijzing van belang is, meer bepaald het ogenblik van de verwijzing en naar wie. Zulks vergt een kennis van het therapeutisch dat wordt gebruikt. Wanneer die kennis onvoldoende is, kan er een verkeerde verwijzing zijn met hogere kosten voor de sociale zekerheid.

Dr. Moens merkt nog op dat de huisartsen zich wat de kinésithérapie betreft, enigszins ongelukkig voelen. Ofwel sturen zij een patient naar een kinesitherapeut met een voorschrift, waarvan zij niet zeker zijn dat het adequaat is opgesteld. Ofwel verwijzen zij de patient naar een specialist en lopen zij het risico dat zij de patient niet meer terugzien. Het is algemeen bekend dat er een te groot aantal huisartsen is, maar het is minder bekend dat er op dit ogenblik in België veel meer specialisten dan huisartsen (+ 2 000) zijn.

Dit probleem, ofschoon geen rechtstreeks verband hebbend met deze hoorzitting, heeft er niettemin veel mee te maken.