

Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

**Rapport annuel d'activité
2017**

Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes
Contact : Patrick Waterbley, secrétaire – CS-HR@santé.belgique.be - + 32(0)2 524 86 28
Conception graphique :
Editeur responsable : P. Facon – Place Victor Horta 40 – boîte 10 – 1060 Bruxelles
Imprimé sur papier 100% recyclé.

Table des matières

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes	5
1. Base légale	5
2. Composition légale	5
3. Composition actuelle	8
4. Missions du Conseil.....	10
5. Groupes de travail permanents	10
6. Bureau.....	10
7. Groupes de travail mixtes	12
8. Matières communes généralistes et médecins-spécialistes.....	13
8.1. Projet AR 78 Mme la Ministre M. De Block	13
8.2. Double cohorte 2018 – Livre Vert de Madame la Ministre	14
8.3. Demandes tardives de renouvellement de l’agrément maître/service de stage (rétroactivité).....	20
8.4. Groupe de travail évaluation qualité-sécurité services de stage.....	21
8.5. e-health.....	21
8.6. Arrêté du Gouvernement flamand relatif à l’agrément des médecins spécialistes ou généralistes, MB 6 avril 2017.....	21
9. Généralistes	22
9.1. Equipe de stage.....	22
9.2. Licence to practise	23
9.3. Conventions types du centre de coordination pour la formation en médecine générale, conformément à l'art. 8 bis de l'AR du 21 avril 1983.....	24
9.4. Stages en milieu hospitalier durant la formation professionnelle des médecins généralistes : services hospitaliers pertinents, et ancienneté requise des maîtres de stage et objectifs d’apprentissage.....	25
10. Médecins-spécialistes	27
10.1. Services de stage spécifiques – art . 12 A.M. 23.04.2014 (critères transversaux).....	27
10.2. Services de stage extrahospitaliers (art. 10 AM 23.04.2014)	28
10.3. Publication scientifique du maître de stage (art. 23 AM 23.04.2014).....	30
10.4. Médecine interne (générale) (niveau 2)	32
10.5. Cardiologie (niveau 2)	34
10.6. Electrophysiologie (niveau 3).....	36
10.7. Gynécologie (niveau 2).....	37
10.8. Génétique clinique: avis sur la modification de l’AM 23 mai 2017	39

10.9.	NEUROLOGIE : avis urgent du 14 décembre 2017 de modification à court terme du trajet de formation	41
10.10.	Médecine d'assurance et expertise médicale.....	42
10.11.	Ophtalmologie (niveau 2)	42
10.12.	Infectiologie: demande émanant de professeurs d'université de préparation d'une qualification niveau 3.....	43
10.13.	Médecine du sport.....	43
10.14.	Médecine d'urgence - médecin aiguë et brevet de médecine aiguë	43
10.15.	Suivi des avis précédents - critères spécifiques.....	43
11.	Autres professions de santé – scope of practice	45
11.1.	Professions de l'aide médicale urgente	45
11.2.	Optométrie, optique (orthoptie)	45
12.	Agrément des services et maîtres de stages.....	47

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

1. Base légale

L'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (et plus particulièrement ses articles 4 à 6), détermine la structure et les missions du Conseil supérieur.

2. Composition légale

Tous les membres du Conseil supérieur sont des médecins. Le Ministre en désigne le président parmi les fonctionnaires de son département.

Le Conseil supérieur est formé d'une chambre d'expression française et d'une chambre d'expression néerlandaise qui se réunissent séparément ou conjointement.

Chaque chambre est composée¹:

1° d'un président proposé par l'Académie royale de Médecine de Belgique pour la chambre d'expression française et par la « Koninklijke Academie voor geneeskunde van België » pour la chambre d'expression néerlandaise;

2° d'un vice-président proposé par le Conseil national de l'Ordre des médecins;

3° de 12 spécialistes agréés, occupant ou ayant occupé des fonctions académiques, et proposés par les facultés de médecine;

4° de 10 spécialistes agréés proposés par les associations professionnelles représentatives et de 2 médecins, soit spécialistes agréés, soit candidats spécialistes, représentant les candidats médecins spécialistes proposés par les associations professionnelles représentatives.

5° de 12 généralistes agréés proposés par les facultés de médecine;

6° de 10 généralistes agréés, proposés par les associations professionnelles représentatives, et de 2 médecins, soit généralistes agréés, soit candidats généralistes, représentant les candidats généralistes et proposés par les associations professionnelles représentatives ;

7° d'un médecin proposé par le Ministre des Affaires Sociales ;

¹ Toutes les propositions des associations scientifiques ou professionnelles se font sur une liste double.

8° d'un médecin représentant le Ministre de la Santé publique.

Le président, le vice-président et les membres sont nommés par le Ministre pour un terme renouvelable de six ans.

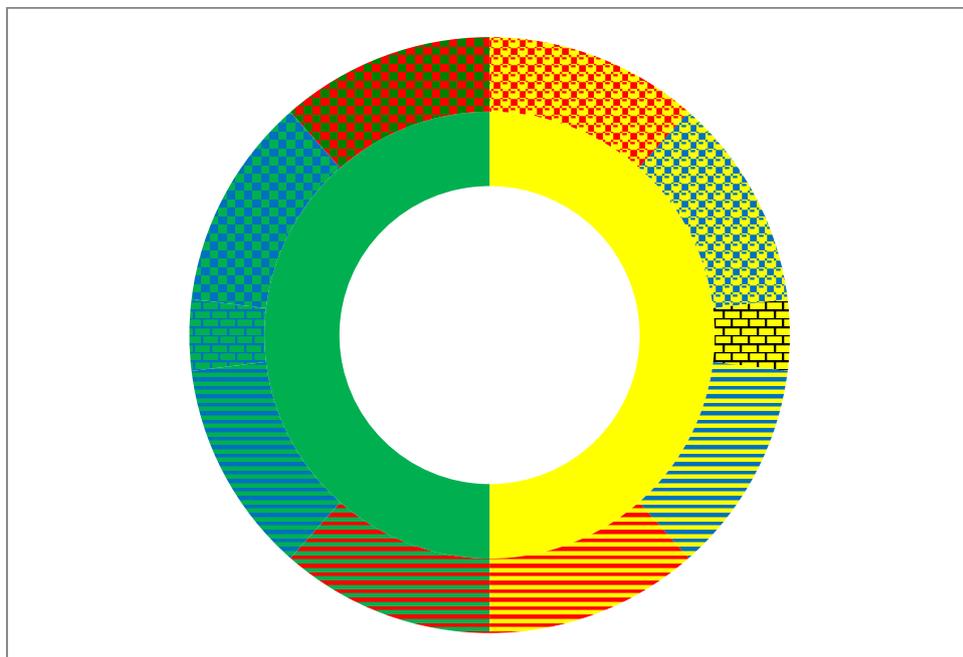


Figure 1 : Composition schématique du Conseil supérieur



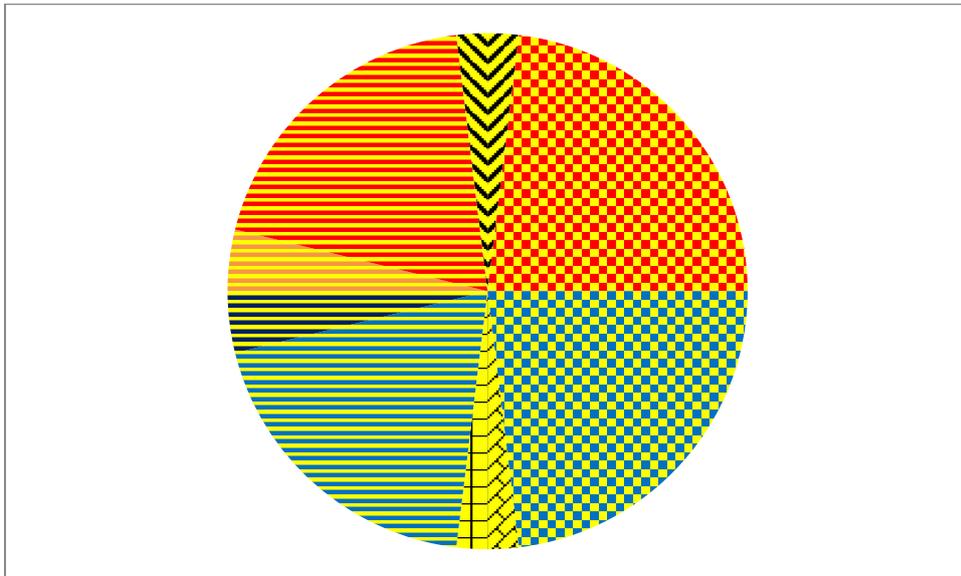


Figure 2: Composition détaillée d'une Chambre du Conseil



3. Composition actuelle

Le Conseil supérieur actuel a été composé par l'arrêté ministériel du 24/07/2013² :

	Président : Dr Jacques Boniver	
	Vice-Président : Dr Patrick Waterbley	
	Chambre d'expression francophone	Chambre d'expression néerlandophone
Président	Dr Jean-Louis Vanherweghem	Dr Jo Lambert
Vice-président	Dr Christiane Vermylen	Dr Michel Deneyer
Médecins spécialistes représentant les facultés de médecine	Dr Boeynaems Jean Dr Boxho Philippe Dr Cogan Elie Dr Collard Edith Dr Creteur Viviane Dr De Coster Patrick Dr Jacobs Frédérique Dr Jacquemin Denise Dr Lerut Jan Dr Meuris Christelle Dr Nielens Henri Dr Nisolle Michelle	Dr Bosmans Johan Dr De Backer Wilfried Dr Dupont Alain Dr Goffin Jan Dr Hoebeke Piet Dr Mortier Eric Dr Peetermans Willy Dr Peleman Renaat Dr Pouliart Nicole Dr Van Gaal Luc Dr Van Geet Christel Dr Velkeniers-Hoebanckx Brigitte
Médecins spécialistes représentant les associations professionnelles	Dr Aubert Christine Dr Bergiers Guy Dr Boisdenghien Annie Dr Brauner Jonathan Dr Claeys Christian Dr De Donder Béatrice Dr De Galocsy Chantal Dr Debersaques Eric Dr Demeere Jean-Luc Dr Gasmanne Paul Dr Lienard Jean Dr Rickaert Fabienne	Dr Baeten Yolande Dr Claeys Donald Dr Dhaenens Patrick Dr Dirix Luc Dr Heylen Line Dr Lamont Jan Dr Leupe Pieterjan Dr Lins Robert Dr Moens Marc Dr Rutsaert Robert Dr Van Cauwelaert Philip Dr Van Hauthem Hilde
Médecins généralistes représentant les facultés de médecine	Dr Beuken Guy Dr Bruwier Geneviève Dr Burette Philippe Dr De May Laurence	Dr Aertgeerts Bert Dr De Lepeleire Jan Dr De Maeseneer Jan Dr De Sutter Annie

² AM du 24/07/20013 portant nomination des membres du Conseil supérieur des Médecins spécialistes et des Médecins généralistes, publié le 16/08/2013.

	Dr Dumontier Emilie Dr Giet Didier Dr Leconte Sophie Dr Minguet Cassian Dr Montrieux Christian Dr Roland Michel Dr Roynet Dominique Dr Schetgen Marco	Dr Devroey Dirk Dr Philips Hilde Dr Remmen Roy Dr Schoenmakers Birgitte Dr Vanden Bulcke Julie Dr Van Royen Paul Dr Vandevoorde Jan Dr Vansintejan Johan
Médecins généralistes représentant les associations professionnelles	Dr Bernier Michaël Dr De Munck Paul Dr Gillet Anne Dr Jacquemain Christiane Dr Jacquemart Pierre Dr Jamart Hubert Dr Katz Simon Dr Leclercq Daniel Dr Moons Philippe Dr Orban Thomas Dr Renaud Francis Dr Vermeylen Michel	Dr Bafort Dirk Dr Casteur Georges Dr Creemers Michel Dr De Roeck Marc Dr Hueting Reinier Dr Lemaire Etienne Dr Putzeys Paul Dr Roex Milhan Dr Scheveneels Dirk Dr Schrooyen Willy Dr Van Den Kieboom Arnout Dr Van Wassenhove Kurt

Le Ministre de la Santé et le Ministre des Affaires sociales peut également désigner deux représentants au sein du Conseil.

4. Missions du Conseil

Les 2 chambres se réunissent conjointement en réunion plénière pour accomplir les missions suivantes :

1° Proposer à la Ministre d'adapter ou de créer des critères d'agrément des médecins spécialistes et généralistes, ainsi que des maîtres de stage et de stage;

2° Donner à la Ministre un avis motivé sur les demandes d'agrément en qualité de maître de stage ou de service de stage;

3° Proposer à la Ministre, à sa demande ou d'initiative, des idées innovantes ou des avis concernant :

- Les recommandations à l'intention des commissions d'agrément, des maîtres de stage et des candidats
- ou des questions de principe et d'ordre général.

Force légale des avis du Conseil

Aucun avis du Conseil n'ont un caractère contraignant. La décision finale est du ressort du Ministre compétent.

5. Groupes de travail permanents

2 groupes de travail permanents ont été remis sur pied suite à la nomination des nouveaux membres : « **Médecins généralistes** » et « **Médecins spécialistes** ».

Ils ont pour mission :

- De donner au Conseil supérieur un avis sur les demandes d'agrément en tant que maîtres ou services de stages introduites par les généralistes et les spécialistes. Cet avis est validé par le Conseil.
- De rendre au Conseil des avis sur les questions que celui-ci leur a confiées.

6. Bureau

Le bureau est un organe fonctionnel du Conseil supérieur. Il n'a pas d'existence légale mais ses réunions préparent les séances plénières. Lors de ce mandat, les membres désignés pour en faire partie sont :

- Les président et vice-président du Conseil : Dr Jacques Boniver et Dr Patrick Waterbley
- Les président³ et vice-président de la chambre d'expression française : Dr Jean-Louis Vanherweghem et Dr Christiane Vermeylen
- Le président et vice-président de la chambre d'expression néerlandaise : Dr Jo Lambert et Dr Michel Deneyer
- Prof. Jan De Maeseneer (NL, gén., fac.)
- Dr Hubert Jamart (Fr, gén., assoc.)
- Dr Marc Moens (NL, spé, assoc.)

³ Nommé début 2017.

- Dr Elie Cogan (Fr, spé, fac.)

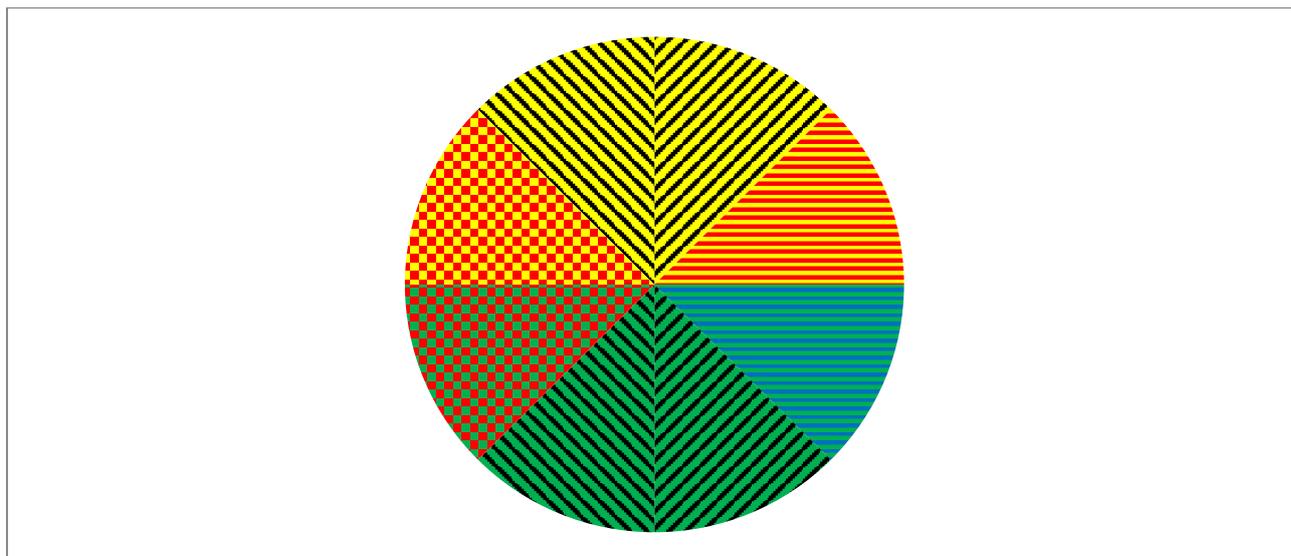
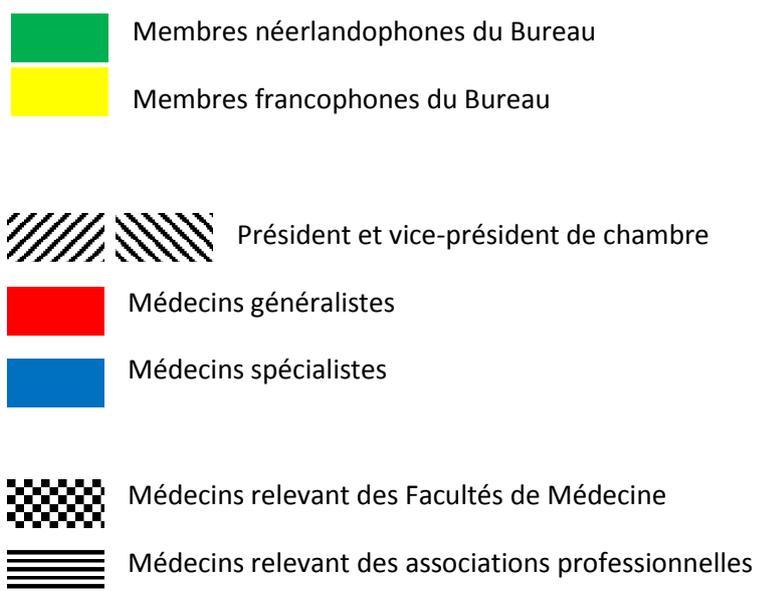


Figure 3: Représentation schématique du Bureau



7. Groupes de travail mixtes

Les groupes de travail mixtes sont par essence temporaires et ont la mission de proposer des (nouveaux) critères d'agrément pour les médecins spécialistes, les maîtres et services de stage de la spécialité ou la compétence particulière qui les concerne.

Ils sont composés de membres du Conseil supérieur et des Commissions d'agrément. Ils rendent leurs avis au Conseil supérieur, qui les débat en séance plénière.

8. Matières communes généralistes et médecins-spécialistes

8.1. Projet AR 78⁴ Mme la Ministre M. De Block

Le 23 février 2017, le Conseil Supérieur des Médecins a approuvé la réaction du Bureau (dans le délai demandé) au Cabinet concernant les propositions de réforme de Madame la Ministre M. De Block « exercice des professions de santé » :

- Composition et fonctionnement des Conseils proposés : nécessité d'une représentation adéquate des disciplines médicales.
- Autorisation à pratiquer ("licence to practice") : proposition d'envisager une autorisation (partielle) pendant la formation professionnelle et une autorisation après la qualification professionnelle. Éviter la surcharge administrative. Les actions proposées de contrôle par coup de sonde par un inspecteur ne sont pas acceptables. Il faut prévoir un mécanisme de détection bien étayé fondé sur le risque. Après un examen indépendant par des experts, il faut prévoir une procédure protégeant suffisamment les droits de la défense.
- Le concept "pilote - co-pilote" est une métaphore non judicieuse. Le patient préfère généralement une relation contractuelle sur pied d'égalité. L'image comporte le danger d'un co-pilote déresponsabilisé. L'alternative est nettement meilleure : le patient occupe une position centrale et les deux parties, sur un pied d'égalité, appliquent le principe de la prise de décision partagée.
- Il serait bon de préciser, dans le projet AR 78, les passages relatifs au dossier patient informatisé. Il est insisté sur l'exception thérapeutique et sur l'importance d'une qualité constante de l'information reprise dans le dossier. L'utilisation interprofessionnelle nécessite un cadre précis.
- Accès direct d'autres professions aux activités. Le Bureau a mis en garde contre l'instauration d'un principe "Tout ce qui n'est pas interdit est autorisé", avec toutes les conséquences qui en découlent. Un meilleur principe est que les compétences acquises déterminent le champ d'action de chaque profession. En tout cas, un médecin ne peut être tenu d'assumer la responsabilité ou de supporter partiellement les conséquences financières d'initiatives et d'interventions émanant d'autres professionnels.
- Le Bureau a ensuite pris note des possibilités des concepts d'intervenant de proximité, d'aidant qualifié (qui offrent la possibilité de limiter le nombre de nouvelles professions, mais dont le concept doit être défini plus précisément). Les normes de qualité doivent être précisées et il faut rechercher une formulation juridique adéquate des principes CanMeds.
- En marge et hors du sujet du projet AR 78 qui vise des activités fondées sur les preuves ("evidence based") et sur les bonnes pratiques, il est souligné qu'une réglementation spécifique sur la réalité constatée des pratiques non conventionnelles demeure judicieuse.

⁴ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (MB 18 juin 2015 (éd. 1))

8.2. Double cohorte 2018 – Livre Vert de Madame la Ministre

Le Conseil Supérieur des Médecins, son Bureau et ses Groupes de travail en poursuivi la préparation du défi de la double cohorte.

Le 23 février 2017, une délégation importante de candidats en formation et d'étudiants a été reçu en réunion plénière pour un échange de vues. Le même jour, le Conseil a émis un avis suite à la demande de Madame la Ministre du 5 décembre 2016.

Dans son avis du 23 février 2017, le Conseil supérieur se réfère en premier lieu aux précédents avis du 19 novembre 2014 et du 10 décembre 2015 : la prévision de places de stage en suffisance, le maintien d'une garantie de la qualité de ces places de stage, une rémunération appropriée pour les candidats, l'assurance du financement nécessaire pour la formation professionnelle et l'utilisation des possibilités de stages à l'étranger et de recherche scientifique.

Le Conseil supérieur recommande ce qui suit :

1. Principes généraux

Tous les candidats sélectionnés en 2018 doivent obtenir une poste de stage de qualité.

Ce nombre suffisant de places de stage doit respecter le niveau de qualité requis.

La rémunération des candidats médecins spécialistes en formation (MSF) et des médecins généralistes en formation (MGF) doit être garantie au minimum au niveau des années antérieures.

Les charges de la double cohorte ne doivent pas être imputées aux maîtres de stage et/ou aux services, l'autorité doit prévoir les moyens financiers supplémentaires nécessaires.

La diminution de la durée d'étude était effectivement une décision de longue date de (des) l'autorité(s). Mais l'autorité doit à présent prendre sa responsabilité en ce qui concerne l'impact qui était alors prévisible.

2. Médecine générale

Il serait préférable d'accroître la part de candidats optant pour la médecine générale vu la place importante de la médecine générale. Il est relevé que cela ne doit pas nécessairement se faire de manière coercitive : une orientation naturelle vers des disciplines d'avenir et des postes disponibles a toujours existé. Les doyens peuvent jouer ici un rôle de soutien. Le nombre de postes de stage en médecine générale doit être adapté à temps. La qualité et la supervision de la formation doivent rester garanties en permanence.

La formation professionnelle des médecins généralistes est de 3 ans. Il doit s'agir, comme prévu et conformément à la règle générale fixée dans la réglementation européenne, d'une formation de 3 ans à temps plein.

Une dérogation à la formation de 3 ans enverrait un signal négatif pour la qualité, l'attractivité et l'image de la formation. Il faut absolument éviter cela compte tenu de tous les défis pour les soins de santé, notamment en matière de maladies chroniques.

Par ailleurs, la formation en 3 ans prévue à l'article 16 de l'AM du 1^{er} mars 2010⁵ est plus judicieuse parce que – sans application de la mesure d'exception – elle suscite moins de questions dans le cadre de la mobilité européenne.

La formation professionnelle en trois ans doit être financée selon les mêmes modalités que la formation professionnelle en deux ans par le passé.

Le stage de 6 mois pendant le trajet de formation.

Dans la demande d'avis du 5.12.2016, Madame la Ministre demande si – compte tenu du contexte spécifique de la double cohorte – il faut ou non recourir à la clause d'exception de l'article 28, 2 de la Directive européenne 2005/36/CE⁶ et si une modification de l'article 16 de l'AM du 1^{er} mars 2010 (qui instaure la formation en trois ans au moment même de la double cohorte) est judicieuse. Madame la Ministre met en garde contre un éventuel goulot d'étranglement ou des blocages au cours de la formation professionnelle des candidats médecins généralistes.

Le Conseil supérieur recommande d'instaurer de toute façon, comme prévu, la formation professionnelle en trois ans.

Reste la question de savoir si le stage en hôpital de 6 mois (au minimum) doit être compris dans ce trajet de formation suivant l'obtention du diplôme de base, ou bien si l'on doit pour cela faire appel à la mesure d'exception de l'art. 28,2 de la Directive européenne à ce sujet. Après longue délibération, le Conseil supérieur recommande ce qui suit en ce qui concerne le trajet de formation professionnelle pour les médecins généralistes, dans le contexte de la double cohorte :

Le principe de l'exigence de 6 mois de stages hospitaliers au cours des 3 ans de formation professionnelle doit être mis en avant comme prévu dans la réglementation (article 16 de l'AM du 1^{er} mars 2010). Les stages de ce genre peuvent être utiles compte tenu de l'expérience spécifique apportée et en raison du contact entre première et deuxième ligne, à condition qu'ils puissent être organisés correctement (capacité de formation suffisante et contexte budgétaire des maîtres de stage / services de stage / hôpitaux qui devront contribuer partiellement).

⁵ AM du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, MB 4 mars 2010.

⁶ DIRECTIVE 2005/36/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (texte présentant de l'intérêt pour l'EEE) (PB L 255 du 30.9.2005, p.22)

La possibilité d'une exception dans les critères d'agrément peut être judicieuse (dans l'intérêt du MGF) en cas de stricte nécessité dans l'hypothèse où, dans le contexte de la double cohorte, un candidat médecin généraliste ne trouverait pas de poste de stage dans un hôpital. Il faut éviter une interruption du trajet de formation et un report de l'agrément. À cette mesure d'exception à définir avec une extrême rigueur sur le plan juridique, le Conseil supérieur pose toutefois les conditions préalables suivantes :

- la réglementation européenne doit l'autoriser⁷ et la mobilité de la future génération de médecins généralistes ne doit d'aucune façon s'en trouver entravée ;
- cette stricte mesure d'exception ne doit pas devenir la règle générale. Un suivi rigoureux de l'application de cette mesure d'exception est dès lors à recommander et peut éventuellement constituer un motif pour une adaptation souhaitable de la réglementation.

3. Candidats spécialistes

Opportunité d'orienter les candidats vers des disciplines offrant une capacité de formation suffisante et d'estimer autant que possible la demande existante.

Les doyens peuvent jouer ici un rôle de soutien.

Occupation maximale des places de stage agréées existantes (cf. l'établissement d'un inventaire en collaboration entre le SPF Santé publique et les doyens).

Incitation des hôpitaux offrant des possibilités en termes de pathologies à prévoir une formation professionnelle Ces services de stage sont dès lors des services de stage agréés, ce qui offre davantage de garanties que les stages dans des "services satellites" indiqués dans la demande d'avis, où les critères d'agrément seraient moins respectés, voire ne le seraient pas. Les services de stage satellites ne peuvent offrir aucune certitude en ce qui concerne la qualité de la formation professionnelle, ni en ce qui concerne la sécurité (p.ex. pour ce qui est de la supervision par une équipe de stage).

Encouragement des stages spécifiques là où cela est possible et justifié.

Agrément d'un nombre accru de postes de stage dans les services existants, sous réserve de garanties en termes de qualité de la formation et de supervision et sous réserve de l'octroi du financement nécessaire (majoration du nombre de postes de stage agréés selon un pourcentage égal à 100/nombre d'années de la formation pour la discipline concernée).

Assouplissement temporaire (pendant l'effet de la double cohorte) des proportions de l'article 10 de l'AM du 23.04.2014.

Les proportions existantes doivent être un objectif, mais une exigence minimale d'un an dans un contexte universitaire et d'un an dans un contexte non universitaire doit être acceptable à titre temporaire. Il doit s'agir ici aussi d'une mesure dérogatoire temporaire.

Remise en question éventuelle du système d'opting-out.

⁷ Cf. la poursuite du recours limité à la possibilité de dérogation de l'article 28 de la directive.

Il est signalé que pour certaines disciplines, ceci peut poser de gros problèmes au niveau de la qualité de la formation professionnelle. L'impact sur les revenus des candidats doit être estimé. Les médecins généralistes n'ont pas recours à l'opting-out, de sorte que le temps de travail est déjà de 48 h/semaine. Certaines mesures transitoires contenues dans la Directive⁸ en question ont déjà expiré. Le Conseil supérieur n'a pas encore pu se prononcer sur le système d'opting-out, étant donné que davantage de recherches sont pour cela nécessaires.

Compte tenu des problèmes prévisibles de capacité pour la formation professionnelle des candidats porteurs d'un diplôme de base belge, il faut se montrer prudent pendant la période de la double cohorte avec l'application de l'article 145 (pays tiers non UE-EEE) et de l'article 146 (programme de formation avec critères dérogatoires pour l'exercice de la profession) de la loi du 10 mai 2015. Vu la problématique spécifique de capacité de formation pendant la période de la double cohorte, cette restriction devrait également être possible pour les citoyens UE-EEE.

L'application de l'art. 146 s'inscrit toutefois dans le contexte d'une collaboration avec les pays en voie de développement qui existe depuis des années, dans le cadre de la solidarité internationale. Il s'agit au demeurant d'effectifs faibles, de sorte que cette problématique n'est pas pertinente dans le cadre de la discussion sur la double cohorte. On souligne par ailleurs (FFS) d'éventuelles applications à tort de ce mécanisme de l'article 146, qu'il serait judicieux de contrôler plus rigoureusement et de limiter éventuellement.

L'autorité doit prévoir un budget supplémentaire de façon à permettre à tous les candidats sélectionnés de la double cohorte de suivre leur formation professionnelle sans mettre cet effort supplémentaire à charge des maîtres de stage et services de stage.

4. Médecins généralistes et candidats spécialistes

Formation professionnelle à temps partiel.

Pour les médecins généralistes, on conseille de renforcer légèrement l'article 3 de l'AM du 1^{er} mars 2010 qui prévoit déjà la possibilité d'un stage professionnel à temps partiel, en exigeant au minimum un stage à 50 %. Ceci serait possible pour chaque année de la formation. Pour les spécialistes, on recommande d'adapter à la fois l'article 4 de l'AM du 23.04.2014 et, éventuellement, les critères spécifiques de façon à permettre, pour maximum une année du trajet de formation, un stage à temps partiel à raison de 50% au minimum. Ceci ne devrait pas être valable pour toutes les disciplines, mais être prévu au niveau des critères spécifiques.

Encouragement de la recherche scientifique comme prévu dans l'AM du 23.04.2014, aussi pour les médecins généralistes.

⁸ Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, (JO L 299, 18 novembre 2003).

Encourager les stages à l'étranger tel que prévu à l'AM 23.04.2014, pour les candidats médecins généralistes et les candidats spécialistes en formation professionnelle.

Permettre une année sabbatique dans le trajet de formation, pour autant qu'elle soit demandée sur une base volontaire par le candidat en formation professionnelle.

Le Conseil supérieur se déclarait disposé et intéressé à rester associé à toute concertation future (avec des étudiants, des candidats, des facultés, des associations professionnelles) ainsi qu'à la préparation au développement de tous ces points.

Le 12 octobre 2017 , le Conseil Supérieur des Médecins a pris connaissance – par la présentation du prof K Vandewoude (Cabinet) – du Livre vert "Financement et programmation des stages pour médecins - Vers une solution intégrée pour la capacité de stage, le financement du stage et le contrôle de la qualité".

Tout d'abord, le Conseil supérieur renvoie aux précédents avis des 19 novembre 2014, 10 décembre 2015 et 23 février 2017. Le Conseil Supérieur a émis l'avis suivant le 12 octobre 2017 :

- En ce qui concerne les médecins spécialistes et les réformes prévues de l'A.M. du 23.04.2014⁹ (critères transversaux).

A priori, l'élargissement des possibilités de stages spécifiques peut être intéressant. Mais une mise en garde des dangers qu'il comporte a également été faite. Comme précédemment signalé dans les avis¹⁰ du Conseil supérieur, ni les notifications ni une évaluation de la justification, de la qualité et du contexte de stages spécifiques n'ont lieu actuellement. Il est indiqué d'avoir ici une plus grande clarté à propos d'une procédure d'évaluation et des compétences en raison de la qualité et de la sécurité. À un moment où chacun souligne la nécessité d'une évaluation de la qualité de la formation professionnelle/des stages, le Conseil insiste pour faire faire à nouveau systématiquement examiner les stages spécifiques par le groupe de travail Spécialistes. Et ce dans un souci de qualité et de sécurité.

En ce qui concerne l'augmentation souhaitable du nombre de places de stages agréées, le Conseil supérieur plaide pour une procédure aisée qui permet autant que possible d'éviter la surcharge administrative de la procédure (une "procédure light" pour les services de stage agréés dont l'agrément court encore et qui ne demandent qu'une augmentation du nombre de places de stage). L'augmentation significative du nombre de places de stage agréées montre que les précédents efforts de motivation ont été utiles. À court terme, le Conseil supérieur prendra une initiative en ce qui concerne cette "procédure light".

⁹ A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux pour l'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, MB 28 mai 2014.

¹⁰ Avis du Conseil supérieur des 25 juin, 15 octobre 2015 et du 23 février 2017.

L'article 146 de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé a également été abordé.

L'importance et l'utilité d'une collaboration solidaire avec des pays tiers ont été soulignées. D'autre part, on ne peut rester aveugle face au contexte de la double cohorte, pour lequel un manque de places de stage menace dans notre pays. Il a été fait remarquer que les abus devaient être évités : la qualité et la sécurité de la formation et des soins doivent être garantis par des procédures adaptées. Il a été plaidé pour que des experts possédant de l'expérience en ce qui concerne l'application de l'art. 146 soient suffisamment associés aux adaptations réglementaires.

- En ce qui concerne la formation professionnelle pour devenir médecin généraliste agréé, ce sont surtout la durée et le stage en hôpital qui ont été abordés.
- Le Conseil supérieur renvoie au précédent avis du 23.02.2017 : comme planifié, il faut en tout état de cause prévoir une formation professionnelle de trois ans. Une exception devant être juridiquement décrite de façon très stricte peut être prévue, (uniquement) lorsqu'un candidat ne trouve aucune place de stage en hôpital dans le contexte de la double cohorte. Aucune règle générale ou possibilité ne peut être faite. En tout état de cause, la Commission d'agrément devra vérifier si les compétences finales sont acquises. Et comme formulé dans l'avis de février 2017, la mobilité européenne de nos médecins généralistes agréés ne peut pas être compromise.
- Le Conseil supérieur rappelle dès lors l'avis selon lequel le stage professionnel pour devenir médecin généraliste agréé doit, quoi qu'il arrive, s'élever à trois années de formation à temps plein, cela même dans le cas où le stage en hôpital de la formation de base pour devenir médecin peut être valorisé (comme annoncé dans le Livre vert). La formation professionnelle complète de trois ans peut alors être complétée par d'autres stages.
- La possibilité d'une formation à temps partiel avec un minimum de 50 % avait également été mise en avant dans l'avis du Conseil supérieur de février 2017. Mais il y était précisé que cela pouvait être d'application pour une année de la formation professionnelle au maximum.

Lors de la réunion du 12 octobre, le Conseil a mis en garde contre une formation professionnelle de 12 ans (le double d'une formation de 6 ans), avec toutes les conséquences qui en découlent, par exemple sur la constitution de la pension du médecin. Le Conseil supérieur recommande d'éviter de tels excès de la formation à temps partiel de la future réglementation, y compris dans un souci de qualité de la formation.

- En ce qui concerne l'intérêt, apprécié, qui est apporté à la qualité ainsi qu'au soutien et à l'évaluation de cette qualité, le Conseil supérieur s'est référé au groupe de travail Qualité des services de stage récemment mis en place.

Enfin, les premières lignes directrices d'un système de financement au moyen de "vouchers" qui reste à élaborer ont également été abordées.

Dans les avis précédents, le Conseil supérieur avait plaidé pour que l'on prévoie un financement adapté.

Le Conseil supérieur se rend compte que le "système de vouchers" proposé dans le Livre vert doit encore être développé.

Le Conseil supérieur invite toutefois à faire preuve d'une grande prudence lorsque le financement et la qualité de la formation professionnelle s'entremêlent.

L'incitation générale à la qualité doit avoir la priorité. Corriger des problèmes de certains services de stage en ne versant pas ou seulement en partie la valeur du voucher d'un candidat ne semble pas constituer l'approche la plus adaptée et peut également mettre le candidat dans une position difficile. Et ce certainement lorsque l'on attend que le candidat collabore à l'évaluation de la qualité de sa formation.

Dans l'état des choses actuel et sur la base des informations limitées contenues dans le Livre vert, le Conseil supérieur ne rend pas encore d'avis quant au projet de faire gérer les moyens budgétaires encore inconnus pour les "vouchers" par une structure interadministrative "INAMI – SPF Santé publique".

Le Conseil supérieur part du principe que les moyens budgétaires pour la formation des médecins spécialistes en formation (MSF) seront suffisamment revus à la hausse pour faire face au contexte de la double cohorte dans les services de stage qualitatifs.

Le Conseil supérieur souhaite être informé de l'évolution de ce projet.

En ce qui concerne les médecins généralistes, le Conseil supérieur s'est réjoui d'apprendre que l'actuel mécanisme de financement est prévu pour 3 ans, étant donné le prolongement de la formation professionnelle. Le Conseil supérieur part du principe que le financement actuellement prévu pour la formation des médecins généralistes en formation (MGF) serait au moins égal, pour chaque candidat, au financement actuel.

8.3. Demandes tardives de renouvellement de l'agrément maître/service de stage (rétroactivité)

Il arrive que des maîtres de stage – parfois malgré un rappel – oublient d'entrer une demande de renouvellement de leur agrément. Ils demandent ensuite une rétroactivité non négligeable. Or, durant un ou deux ans, dans ces cas de figure, il n'y a eu aucun contrôle de la part du Conseil supérieur ou de l'administration. Par ailleurs, ces agréments rétroactifs donneraient le mauvais exemple : d'autres maîtres de stage et services de stage reporteraient de plus en plus leurs demandes. Il est fait référence aux conditions claires pour la facturation d'honoraires de l'art. 1^{er}, §4 ter de la nomenclature des prestations de santé. Enfin, il semblerait opportun de précisément tirer une ligne claire dans l'intérêt des candidats.

Cette problématique a été discutée le 12 octobre et le 14 décembre 2017. L'assemblée décide de rendre comme avis que la rétroactivité peut être octroyée au maximum jusqu'à la date de la demande ou jusqu'au début de l'année académique en cours. On ne peut pas appliquer deux poids et deux mesures. Il est souligné que les demandeurs concernés peuvent encore demander d'être entendus.

8.4. Groupe de travail évaluation qualité-sécurité services de stage

Recomposition du groupe de travail (15 juin 2017).

8.5. e-health

Tous les membres ont reçu une enquête reprenant les questions de M. F. Robben (plate-forme e-Health) relatives aux modalités souhaitées du projet e-Health pour le spécialiste extrahospitalier.

8.6. Arrêté du Gouvernement flamand relatif à l'agrément des médecins spécialistes ou généralistes, MB 6 avril 2017

Pour information.

9. Généralistes

9.1. Equipe de stage

Le Conseil Supérieur des Médecins a émis le 23 février 2017 l'avis suivant proposant la modification de l'A.M du 26 novembre 1997 ¹¹ :

- la notion d'équipe de stage (tutorat/mentorat) peut également (cf. médecins spécialistes A.M. 23.04.2014 ¹²) être introduite pour la formation professionnelle des médecins généralistes.
- Le nombre de candidats attribué à un lieu de stage pourrait être modulé dans les critères d'agrément en tenant compte de « l'équipe de stage » (médecins agréés comptant 3 ans d'expérience).

Équipe de stage	n MGF ¹³
Maître de stage temps plein = 8/10) médecin généraliste agréé niveau 2, 5 ans d'ancienneté (avis du Conseil supérieur d'avril 2016)	1
+ 2 « collaborateurs » ETP ¹⁴ médecin généraliste agréé niveau 2 > 3 ans d'ancienneté	2
OU + 4 « collaborateurs » ETP médecin généraliste agréé niveau 2 > 3 ans d'ancienneté	3

Cette proposition impliquerait une adaptation de l'A.M. du 26 novembre 1997 déterminant les critères d'agrément des maîtres de stage en médecine générale.

Cet A.M. établit déjà une distinction entre :

- maîtres de stage généralistes (art. 5)
- maîtres de stage généralistes qui dirigent des séminaires (art. 6)
- maîtres de stage spécialistes (art. 7)

L'article 3 de l'A.M. du 26.11.1997 prévoit en outre la possibilité que deux ou trois maîtres de stage agréés (avec l'autorisation de la « chambre compétente de la commission d'agrément »)

¹¹ AM du 26 novembre 1997 déterminant les critères de l'agrément des maîtres de stage en médecine générale, MB 16 décembre 1997

¹² A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux pour l'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, MB 28 mai 2014.

¹³ MGF = médecin généraliste en formation

¹⁴ ETP = équivalent temps plein

assurent conjointement l'accompagnement d'un même candidat médecin généraliste dans leur cabinet.

La nouvelle proposition émise dans la note présentée, en revanche, concerne plutôt un lieu de stage unique avec un seul maître de stage qui fournit sa propre équipe de stage (composée de médecins agréés > 3 ans d'ancienneté).

9.2. Licence to practise

Dans sa demande d'avis du 5 décembre 2017, Madame la Ministre annonce la préparation de l'introduction d'un mécanisme "licence to practise" (autorisation à pratiquer - toelating tot beroepsuitoefening) en référant aux travaux antérieurs du Groupe de travail généralistes.

Le 23 février 2017, le Conseil Supérieur a émis l'avis suivant :

Le Groupe de travail généralistes plaide pour le développement d'un système "licence to practise". Le « full licence » du généraliste serait réservé au généraliste qui prend la responsabilité entière comme médecin généraliste. Ce qui détermine l'accès à la nomenclature de l'INAMI. Le Groupe de travail met par contre en question le sens du système INAMI des numéros 000, sans aucune qualification supplémentaire.

Le "licence to practise" constitue une meilleure approche que l'ancien article 10 de l' AM 1 mars 2010 ¹⁵, qui aurait conduit à une perte d'agrément considérable.

Les critères pour les "full licences" of "restricted licences" des généralistes agréés, sont encore à développer. Les anciens critères de l'article 10 de l' AM du 1 mars 2010 peuvent servir d'inspiration. Le GT généralistes est disponible de contribuer aux travaux préparatoires.

Le Conseil Supérieur des Médecins confirme ces orientations.

Le 23 février, le Conseil Supérieur a émis un avis au sujet de projet "AR78" de Madame la Ministre. L'idée d'une autorisation partielle pendant la formation professionnelle a été formulée. La charge administrative est pourtant à éviter. Les échantillonnages par l'inspecteur, proposés dans le projet AR78, sont inacceptables. Il faut prévoir un mécanisme de détection basé sur le risque et une expertise indépendante dans le cadre d'une procédure qui respecte les droits de la défense.

Le Conseil Supérieur des Médecins confirme son accord de principe pour l'introduction d'un système "licence to practise" (remplaçant le système du retrait de l'agrément) et est disponible pour la préparation du travail de légistique.

Le 12 octobre 2017, le Conseil Supérieur des Médecins a pris connaissance de la lettre du 21 juin 2017 de Madame la Ministre qui apprécie l'attitude constructive du Conseil concernant

¹⁵ Arrêté ministériel du 1 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, MB 4 mars 2010.

l'introduction d'une licence to practise dynamique, remplaçant le visa actuel. La Ministre annonce une initiative législative plus large : la modification de l'AM 1 mars 2010 n'est donc pas à l'ordre du jour.

9.3. Conventions types du centre de coordination pour la formation en médecine générale, conformément à l'art. 8 bis de l'AR du 21 avril 1983¹⁶

Le 23 mars 2017, le Conseil Supérieur des Médecins a pris connaissance des modifications proposées aux conventions types de ICHO asbl (*Interuniversitair centrum voor huisartsopleiding*) pour la formation professionnelle des médecins généralistes :

- une convention type de formation entre l'asbl SUI et le médecin généraliste en formation
- une convention type de formation entre le médecin généraliste en formation et le formateur pratique
- une convention type de formation entre l'asbl SUI et le formateur pratique
- le règlement d'ordre intérieur partiellement adapté.

Il convient de noter que l'article 7 de la convention type de formation entre le médecin généraliste en formation et le formateur pratique a été quelque peu adapté pour ce qui est de la clause de non-concurrence sur laquelle le Conseil supérieur a déjà attiré l'attention. Le projet de convention donne la possibilité de renoncer à une telle clause ou de prévoir une clause de non-concurrence de deux ans pour une distance géographique à compléter. Cette distance géographique "ouverte" se justifie par le fait qu'il existe une différence entre les zones urbaines et rurales.

Le Conseil supérieur rend un avis positif sur les documents proposés, mais attire l'attention sur les dispositions de l'art. 5 (clause indemnitaire) et sur l'art. 6 relatif aux possibilités de dénonciation, qu'il conviendrait d'examiner et d'actualiser pour les années académiques suivantes.

¹⁶ AR du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, MB du 27 avril 1983.

9.4. Stages en milieu hospitalier durant la formation professionnelle des médecins généralistes : services hospitaliers pertinents, et ancienneté requise des maîtres de stage et objectifs d'apprentissage

L'A.M. du 1^{er} mars 2010¹⁷ et l'A.M. du 26 novembre 1997¹⁸ prévoient des stages en milieu hospitalier « pertinents pour la formation des médecins généralistes » au cours de la formation professionnelle des médecins généralistes. L'A.M. du 26 novembre 1997 détermine les critères pour le « maître de stage spécialiste » dans le cadre de cette formation.

Le 14 décembre 2017, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes¹⁹ a rendu, à cet égard, l'avis suivant.

L'avis concerne principalement la délimitation des activités et des services hospitaliers pertinents, ainsi que l'uniformisation de l'ancienneté requise des maîtres de stage. À titre d'information, les objectifs d'apprentissage du médecin généraliste pendant les stages en milieu hospitalier étaient également transmis à Madame la Ministre. Étant toutefois régulièrement modifiés, ces objectifs sont plutôt indicatifs.

Concernant les activités et les services hospitaliers pertinents, les possibilités suivantes ont été recommandées :

Soit 3, soit 6 mois de stage au sein des services hospitaliers suivants (au total 6 mois ni plus, ni moins)	Par période de 3 mois par service hospitalier (au total 6 mois ni plus, ni moins)
<ul style="list-style-type: none">- médecine interne (générale) ;- médecine d'urgence (le maître de stage spécialiste pour les médecins généralistes ne doit pas nécessairement compter 5 ans d'ancienneté en médecine d'urgence, une ancienneté de 5 ans en tant que médecin spécialiste dans une autre discipline suffit également) ;- gériatrie ;	<ul style="list-style-type: none">- cardiologie ;- pneumologie ;- gastro-entérologie ;- rhumatologie ;- chirurgie ;- orthopédie ;- médecine physique et réadaptation ;- neurologie ;

¹⁷ A.M. du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, MB 4 mars 2010.

¹⁸ A.M. du 26 novembre 1997 déterminant les critères de l'agrément des maîtres de stage en médecine générale, MB 16 décembre 1997.

¹⁹ Ci-après dénommé « Conseil supérieur des médecins »

<ul style="list-style-type: none"> - gynécologie – obstétrique ; - pédiatrie ; - psychiatrie ; - soins palliatifs ; - oncologie ; - endocrinologie. 	<ul style="list-style-type: none"> - dermatologie ; - néphrologie ; - urologie ; - neurochirurgie ; - clinique de la douleur ; - médecine des voyages.
<p>Le maître de stage spécialiste s’engage à ce que le candidat médecin généraliste participe aux consultations du service.</p> <p>Le service hospitalier agréé pour la formation professionnelle des candidats médecins généralistes s’engage à ce que, outre le maître de stage spécialiste (comptant une ancienneté de 5 ans), un deuxième médecin spécialiste agréé assure l’accompagnement du candidat médecin généraliste.</p> <p>Le maître de stage et son/ses collaborateur(s) (membre(s) de l’équipe de stage) s’engagent à contrôler la tenue ou le maintien du portfolio du candidat médecin généraliste. À cet égard, le maître de stage coordinateur mènera une concertation avec le maître de stage du service hospitalier concerné. À la fin de chaque période de stage, le maître de stage spécialiste fera rapport à la chambre compétente de la Commission d’agrément pour les médecins généralistes sur l’implication, les connaissances et les aptitudes diagnostiques et thérapeutiques du candidat médecin généraliste. Il enverra également une copie de ce rapport au maître de stage coordinateur médecin généraliste.</p>	

L’art. 10 de l’A.M. du 26 novembre 1997 prévoit un accord de collaboration avec un autre « service hospitalier agréé du même site ». Cette disposition semble une évidence et une formalisation plus poussée de ce critère ne ferait qu’engendrer une complexité superflue.

Cet avis ne comprend toujours pas de disposition explicite quant au nombre de candidats médecins généralistes en formation professionnelle pouvant être attribué à un maître de stage spécialiste agréé et à un service hospitalier agréé pour la formation de candidats médecins généralistes, compte tenu de l’équipe de stage (formation et supervision) et de l’activité présente.

Il vaut mieux acquérir davantage d’expérience avec les stages hospitaliers pour les candidats médecins généralistes, avant de définir strictement ce genre de critères.

Dans une première phase, il vaut mieux prévoir une exigence formulée de manière générale – à évaluer par le groupe de travail Médecins généralistes et par le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes – stipulant que l’équipe de stage (le maître de stage et ses collaborateurs médecins spécialistes) de même que l’activité présente doivent

être suffisantes pour le nombre de candidats médecins généralistes en formation professionnelle.

Avis en vue de l'uniformisation de l'ancienneté requise des maîtres de stage :

L'exigence d'ancienneté en vigueur et visée à l'article 7 de l'A.M. du 26 novembre 1997 est encore de sept ans.

Le Conseil supérieur préconise de l'abaisser à 5 ans. Ceci permettrait d'obtenir une plus grande uniformité avec l'article 24 déjà adapté de l'A.M. du 23 avril 2014²⁰ qui régit les critères transversaux d'agrément pour les médecins spécialistes, leurs maîtres de stage et les services de stage.

Le Conseil supérieur rappelle également un avis antérieur du 28 avril 2016, qui lui aussi plaidait en faveur d'une révision à 5 ans de l'ancienneté du maître de stage médecin généraliste (être agréé depuis 5 ans en tant que médecin généraliste et avoir exercé de façon active la médecine générale pendant cette période).

Pour les médecins spécialistes de l'équipe de stage, aucune condition d'ancienneté n'est exigée dans le cadre de la formation professionnelle des médecins généralistes au sein des services hospitaliers (concernant la présence de membres de l'équipe de stage, il est renvoyé par ailleurs à l'art. 36 de l'A.M. du 23 avril 2014).

10. Médecins-spécialistes

10.1. Services de stage spécifiques – art . 12 A.M. 23.04.2014 **(critères transversaux)**

Le Conseil Supérieur a émis le 23 février et le 14 décembre 2017 deux avis spécifiques au sujet des services de stage spécifiques (art 12 AM 23.04.2014).

Le Conseil supérieur réfère aux avis antérieurs de mise en garde en matière de stages spécifiques du 25 juin 2015, du 15 octobre 2015, du 23 février 2017 et du 25 octobre 2017.

Comme signalé, ni les notifications, ni une quelconque évaluation du contexte des stages spécifiques n'ont lieu actuellement. Dans un souci de qualité et de sécurité, le Conseil supérieur tient à nouveau à plaider pour un examen systématique de ces "services non agréés" (mentionnés en ces termes à l'article 12 de l'A.M. du 23 avril 2014, mais par ailleurs difficilement compatibles avec l'article 25 de la directive européenne 2005/36/CE relative aux

²⁰ A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, MB 27 mai 2014.

qualifications professionnelles) par les instances expérimentées que sont le groupe de travail Spécialistes et le Conseil supérieur.

Le Conseil supérieur a reçu le 20 novembre 2017 une lettre émanant d'une offre de soins totalement extrahospitalière sans expérience de formation professionnelle.

Il y était demandé si un maître de stage agréé qui "prête" un candidat en formation peut compléter à nouveau son quota par un autre candidat. Le demandeur était enchanté que les stages spécifiques aient été rendus possibles pour un an au lieu de 6 mois, après la récente adaptation de l'article 12 de l'A.M. du 23 avril 2014 par l'A.M. du 6 octobre 2017. Le maître de stage agréé ne joue pas un grand rôle en ce qui concerne les stages spécifiques. C'est le maître de stage coordinateur qui est responsable et partie contractuelle en vertu de l'art. 12, §2 de l'A.M. du 23 avril 2014. Le maître de stage agréé peut dès lors re-compléter son quota normal de places de stage agréées, lorsqu'un candidat quitte son service de stage pour un stage spécifique, à condition bien entendu que tout se déroule conformément aux plans de stage approuvés. Par ailleurs, le récent Livre vert de Madame la Ministre sur la double cohorte vise précisément, par l'allongement de la durée autorisée pour un stage spécifique, à augmenter la capacité de stage.

La terminologie employée dans la question susmentionnée évoquant le "prêt" de candidats en formation professionnelle est toutefois dérangeante et inappropriée.

10.2. Services de stage extrahospitaliers (art. 10 AM 23.04.2014)

Dans la demande d'avis du 15 septembre 2017 de Madame la Ministre, un glissement de l'offre de soins de plusieurs disciplines médicales vers des structures extrahospitalières est constaté. Les "cliniques privées" et les "outpatient clinics" sont données comme exemple et les disciplines de dermatologie-vénérologie (A.M. du 4.10.2016, art. 4) et d'ophtalmologie, chirurgie plastique et psychiatrie comme opportunités.

Madame la Ministre demande de définir de façon générique les critères/conditions pour des services de stage extrahospitaliers, notamment en ce qui concerne :

- la durée maximale du stage extrahospitalier ;
- le caractère à temps plein ou à temps partiel ;
- la combinaison avec un stage hospitalier "classique" ;
- la garantie d'une exposition suffisante aux pathologies ;
- la relation entre service extrahospitalier - service hospitalier ;
- la garantie d'une participation à la continuité des soins et aux permanences.

Le Conseil supérieur a débattu de cette demande d'avis lors des réunions du 12 octobre et du 14 décembre 2017, date à laquelle l'avis suivant a été rendu.

Les stages extrahospitaliers sont utiles vu l'évolution de l'offre de soins, notamment l'augmentation des soins extrahospitaliers et le développement de réseaux horizontaux et verticaux avec les nouvelles possibilités d'e-Health.

L'article 10 de l'A.M. du 23 avril 2014 a opté pour un service de stage devant être agréé distinctement (et non par exemple pour un autre site d'un service de stage agréé classique) : "... un service de stage qui n'est pas établi dans un hôpital...", pour lequel des critères d'agrément et un agrément spécifiques sont à développer.

Il s'agit d'un choix qui peut présenter des avantages pour une délimitation claire des responsabilités. Le maître de stage et le service de stage extrahospitaliers doivent avoir pleinement conscience de ces responsabilités ; les services hospitaliers classiques ont de toute évidence une plus grande expérience d'aspects tels que le bien-être au travail, le statut social, le contexte des assurances, l'accréditation et l'attribution de prérogatives ...

L'article 10 prévoit également une durée maximale de 40% du trajet de formation pour les stages extrahospitaliers.

Une limitation en termes de durée ou de % du trajet de formation est assurément judicieuse. Mais 40% est un maximum absolu qui sera beaucoup trop élevé pour de nombreuses disciplines médicales (p. ex. chirurgie, neurochirurgie, ...).

En d'autres termes, il faudra une réglementation par le biais de critères spécifiques.

Pour certaines disciplines comme l'ophtalmologie, la dermatologie, ... l'offre extrahospitalière s'est fortement développée compte tenu de la nature de l'activité et de l'environnement nécessaire. Il apparaît comme plus probable que les équipes extrahospitalières soient suffisamment grandes pour permettre une supervision, une formation et une marge pour la formation professionnelle. Et qu'une part majeure des diverses activités de la discipline soit présente dans un contexte extrahospitalier.

Le "cadre d'apprentissage clinique" doit être garanti en permanence et les objectifs d'apprentissage et les compétences finales à acquérir au cours de l'ensemble du trajet de formation ne doivent jamais être hypothéqués par des stages extrahospitaliers trop longs ou mal planifiés.

Il y va de la sécurité des soins et de la qualité de la formation professionnelle, notamment :

- une supervision adéquate (y compris le tutorat, le mentorat) ;
- les conditions de travail du candidat : horaires de travail, intégration dans un trajet de formation avec des responsabilités adaptées aux compétences acquises, responsabilité et suivi, rémunération, statut social des candidats, ...
- le volume et la diversité des activités, notamment une activité scientifique et une place pour la formation et l'étude ;
- le contexte multi- et interdisciplinaire de la formation.

Les stages extrahospitaliers peuvent toutefois constituer une opportunité de faire l'expérience d'une offre complémentaire ; certains risques doivent être surveillés :

- une offre moins variée, parfois beaucoup moins complexe ;

- une offre moins multi- et interdisciplinaire, avec le risque d'un certain isolement ;
- des équipes plus réduites pour la supervision, le tutorat, le mentorat ;
- le rapport entre formation éducative et professionnelle et la contribution à la prise en charge du volume de travail ;
- des spécificités telles qu'un rôle moins prépondérant de certains services extrahospitaliers dans le service de garde/le système de permanences pour toute une région ;
- une disponibilité différente ou moindre de l'ensemble des services d'appui et de l'infrastructure technique.

La réglementation doit maîtriser ces risques liés aux stages extrahospitaliers. Les critères d'agrément existants pour la dermatologie repris dans l'AM du 4 octobre 2016 constituent une bonne base.

Les principes suivants sont pertinents :

a) Exigence d'une collaboration formalisée avec un hôpital :

- Interaction (effective) avec d'autres disciplines (p. ex. pour l'ophtalmologie, avec la neurologie et l'endocrinologie) ;
- Consultations (ambulatoires et internes) au sein de l'hôpital en raison du contexte multidisciplinaire et des possibilités en ce domaine ;
- Participation aux services de garde de l'hôpital, avec l'équipe de stage.

Ces critères supposent une implication et une activité du maître de stage et de l'équipe de stage dans l'hôpital.

b) Nécessité de critères spécifiques par discipline médicale pour déterminer le pourcentage maximal du trajet de formation qui peut être accompli en milieu extrahospitalier, pour définir le contexte requis et déterminer le nombre maximal de candidats.

Le Conseil supérieur des médecins formulera dès lors à l'avenir, et si cela s'avère pertinent, d'autres avis pour certaines disciplines médicales. La matière a déjà été inscrite à l'ordre du jour du groupe de travail Ophtalmologie et du groupe de travail Qualité des services de stage.

10.3. Publication scientifique du maître de stage (art. 23 AM 23.04.2014)

Le 12 octobre 2017, le Conseil Supérieur a approuvé une adaptation de la liste des revues "révisées par des pairs" qui, avec les publications de l'article sur PubMed, donnent lieu à une acceptation automatique de la publication visée à l'art. 23 de l'AM du 23/04/2014. Tout demandeur conserve bien entendu le droit de soumettre un autre article à l'évaluation (au cas par cas) du GT Spécialistes et du Conseil supérieur. Par ailleurs, cet examen au cas par cas peut

conduire à l'intégration, dans la liste, de nouvelles revues dont des articles seront automatiquement approuvés.

Sur base d'un vaste tour de table auprès des commissions d'agrément d'expressions française et néerlandaise, 13 revues ont été ajoutées à la liste, laquelle comprend à présent 29 revues.

- Acta Psychiatrica belgica (ISSN : 0300-8967)
- Anesthésie & Réanimation (ISSN : 2352-5800)
- Belgian Journal of Medical Oncology (ISSN: 1784-7141-4)
- Canadian Journal of Urology (ISSN 1195-9479; www.canjurol.com)
- Clinical Kidney Journal ISSN 1753 – 0784 (paper) ISSN 1753-0792 (en ligne) www.ckj.oxfordjournals.org
- Enfances Adolesces (Bruxelles) (ISSN 1377-347X)
- European Geriatric Medicine (ISSN: 1878-7649)
- Gériatrie et psychologie, neuropsychiatrie du vieillissement (ISSN : 2115-8789)
- Hématologie (ISSN 1264-7527)
- Journal of Geriatric Oncology (ISSN: 1879-4068)
- La revue de Gériatrie (ISSN: 0397-7927)
- Le journal d'oncogériatrie (ISSN : 2106-8534)
- Le Praticien en Anesthésie-Réanimation (ISSN : 1279-7960)
- Les Nouvelles Dermatologiques (France) (ISSN 0752-5370)
- Louvain medical (ISSN : 0024-6856; www.louvainmedical.be)
- Médecine Intensive Réanimation (ISSN : 2496-6142)
- Médecine Nucléaire. Imagerie fonctionnelle et métabolique. Elsevier Masson <https://www.journals.elsevier.com/medecine-nucleaire-imagerie-fonctionnelle-et-metabolique>
- Minerva (ISSN : 1780-6399)
- Nutrition clinique et Métabolisme (ISSN: 0985-0562)
- Proceedings of the Belgian Royal Academies of Medicine (ISSN 2034-7626; www.probram.be)
- Réalités thérapeutiques en dermato-vénérologie (ISSN 1155-2492)
- Réanimation ISSN 1624-0693 (paper), ISSN 1951 – 6959 (en ligne)
- Revue de médecine interne (France) (ISSN 0248-8663)
- Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles (ISSN 2112-6798)
- Revue Médicale de Bruxelles (ISSN : 0035-3639)
- Soins en Gérontologie (ISSN : 1268-6034)
- Tijdschrift voor Geneeskunde (ISSN: 0371-683X) (www.tvg.be)
- Tijdschrift voor de Belgische Kinderarts / Journal du Pédiatre belge (ISSN: 2032-3891)
- Tijdschrift voor Psychiatrie ISSN 0303-7339 (www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl)

En cas d'urgence et vu le délai entre l'approbation de l'article et sa publication effective, une preuve écrite de l'acceptation de l'article par l'éditeur peut suffire.

10.4. Médecine interne (générale) (niveau 2)

Le Conseil Supérieur réfère à son avis du 23 juin 2016 relatif à l'approche pour les qualifications professionnelles en médecine interne et les premiers avis sur le tronc commun, la pneumologie, l'endocrinologie et la rhumatologie.

Lors de sa réunion du 23 mars 2017, le Conseil supérieur a émis les avis finaux relatifs aux qualifications professionnelles de cardiologie (niveau 2), électrophysiologie (niveau 3) et médecine interne générale (niveau 2).

En ce qui concerne la médecine interne (générale), un contexte de pénurie d'internistes généraux est évoqué, imputable à une attractivité (financière) qui a diminué au fil du temps. Le nombre de médecins réellement actifs en tant qu'internistes généraux doit se calculer en tenant compte du fait que, p. ex., les titres actuels de niveau 3 en néphrologie et endocrinologie se voient actuellement attribuer un même numéro INAMI que l'interniste général.

L'interniste (général) joue toutefois un rôle crucial dans l'offre de soins. Le projet d'avis distingue un rôle dans les soins hospitaliers (pour les patients hospitalisés) et un rôle dans les soins ambulatoires.

Un interniste général offre une approche holistique pour les patients présentant une problématique complexe. Le recours à cette expertise spécifique doit être possible partout dans l'hôpital, chaque fois que l'approche "par organe" se révèle insuffisante chez un patient. Par ailleurs, l'offre en médecine interne générale doit également recevoir une place et un lieu clairement identifiables au sein de l'hôpital.

De façon caractéristique, l'interniste général est consulté pour des problèmes médicaux peu fréquents ou rares présentant, le cas échéant, un degré de complexité élevé.

Dans le domaine des soins ambulatoires, l'interniste général assure le lien entre le médecin généraliste et les spécialistes d'organes avec un rôle d'orientation dans les cas très complexes, notamment dans le contexte des urgences.

Ses missions supplémentaires s'inspirent du modèle CanMeds, mais comportent également une mission de prévention et d'éducation au sens large.

Le projet d'avis plaide en faveur d'une revalorisation méritée et indispensable de la médecine interne. Les jeunes générations de médecins trouvent l'approche de la discipline extrêmement passionnante et importante, mais sont en attente de clarté et de certitude quant au contexte. La mise en place d'une offre plus large en médecine interne générale peut améliorer de façon significative l'efficacité des soins - et notamment éviter des (ré-) hospitalisations et écourter la durée de séjour.

La définition et le champ d'action de la médecine interne générale sont repris au point 2.2.2 du projet d'avis. Les compétences finales (compétences élémentaires, compétences cliniques

spécifiques, compétences pédagogiques et rôle en matière de prévention et de santé publique) figurent au point 8 du projet d'avis. Une pondération a été établie entre le détail nécessaire, d'une part et l'évolution rapide dans le domaine scientifique et médical dans un contexte de réglementation administrative rarement adaptée, d'autre part.

La condition d'accès à la formation professionnelle supérieure en médecine interne générale consiste à avoir achevé avec fruit le tronc commun en médecine interne (3 ans).

Le trajet de formation de la formation supérieure d'une durée de 36 mois comprend un volet théorique (10 branches : médecine interne, maladies infectieuses, génétique, pharmacologie clinique, immunologie, statistique...) et une formation pratique décrite dans l'avis (4 à 5 stages obligatoires de 3 mois au moins en néphrologie, endocrino-diabétologie, hématologie, oncologie médicale, rhumatologie) et 18 mois de stage obligatoire en médecine interne générale. Un maximum de 12 mois de stage peut être accompli, en cas d'intérêt particulier, dans des domaines tels que les maladies infectieuses, l'immuno-allergologie, la toxicopharmacologie, les soins intensifs... De stages de 4 mois sont possibles, entre autres (point 8.5), en neurologie (un stage de rotation à recommander dans un service de stage agréé en neurologie), en médecine générale (à recommander) et dans les domaines de la génétique, de la pharmacologie clinique, de l'hygiène hospitalière, de la politique hospitalière.

La recherche scientifique peut entrer en considération pour la formation professionnelle supérieure à raison de maximum un an. Deux années de formation clinique sont un minimum pour la formation supérieure.

Un candidat qui pratique la recherche scientifique pendant 4 ans p. ex., peut, conformément à l'A.M. du 23.04.2014, faire intervenir la moitié de celle-ci pour son parcours de formation, à savoir un an pour le tronc commun et un an pour la formation supérieure. La garantie d'un minimum de 2 ans de formation clinique, tant pendant le tronc commun que pendant la formation supérieure, est mise en évidence.

Les critères d'agrément pour le maître de stage sont repris au point 9 de l'avis. Le maître de stage est un interniste général agréé avec une présence minimale de 8/10 (temps plein) et au moins

1 collaborateur à temps plein.

Le maître de stage interniste général peut cumuler la maîtrise de stage avec celle relative au tronc commun. Bien que les autres titres de niveau 2 puissent être maîtres de stage pour le tronc commun, un cumul de ce genre n'est pas autorisé pour eux vu la nature différente de leur formation supérieure (davantage spécifique à un organe).

Les services de stage doivent disposer d'une unité de soins de 25 lits, réaliser plus de 1000 admissions par an, plus de 3000 consultations par an et avoir accès à un hôpital de jour. Le nombre de candidats pouvant être formés par service de stage est mentionné au point 12 de l'avis.

La réunion plénière du 23 mars 2017 a souligné une nouvelle fois l'urgente nécessité de publier les nouveaux critères d'agrément, compte tenu des dispositions tout à fait obsolètes des arrêtés ministériels toujours en vigueur : en l'occurrence, l'A.M. du 9 mars 1979²¹.

10.5. Cardiologie (niveau 2)

Le vieillissement de la population (insuffisance cardiaque, arythmie, valvulopathies dégénératives, ischémie...) et les évolutions technologiques entraînent une charge de travail croissante pour les cardiologues. Il faudra former suffisamment de candidats car le flux entrant actuel ne compense pas totalement le flux sortant (à partir de 65 ans). Bien entendu, d'autres paramètres jouent aussi un rôle : le temps de travail moyen des cardiologues, la mobilité intra-européenne, les possibilités de délégation...

Pour les activités plus invasives et de haute technologie, il est plaidé en faveur du titre de niveau 3 en cardiologie interventionnelle (qui a déjà fait l'objet d'un avis positif du Conseil supérieur) et d'un titre de niveau 3 en électrophysiologie (avis du 23 mars 2017). Il est signalé en passant que l'expertise en cardio-gériatrie doit elle aussi obtenir une place.

La condition d'accès à la formation supérieure de 3 ans en cardiologie est l'achèvement avec fruit du tronc commun. Ce choix se défend : les candidats doivent s'être familiarisés, au cours de leurs 3 premières années de formation professionnelle du tronc commun, avec de grands domaines tels que l'endocrinologie, la gériatrie, la néphrologie, la pneumologie et les soins intensifs. La formation professionnelle est donc de 6 ans au total.

La définition et le champ d'action de la discipline sont exposés dans l'avis. Les contacts avec la cathétérisation et l'électrophysiologie sont utiles, mais n'entrent pas en considération pour la formation de niveau 3 en cardiologie interventionnelle ou électrophysiologie (pas de formation "duale"). Le candidat doit aussi acquérir des connaissances suffisantes dans le domaine de la rééducation fonctionnelle et de l'imagerie.

Les compétences finales à obtenir sont énumérées dans l'avis, réparties en 3 niveaux distincts en fonction du degré d'expérience requis (niveau I : sélection de l'approche diagnostique et thérapeutique + interprétation; niveau II : le candidat accumule une expérience pratique; niveau III : le candidat est capable de réaliser les actes concernés en toute autonomie (mais toujours sous supervision pendant la formation professionnelle)).

La proposition contient également les éléments cruciaux pour l'évaluation des candidats. Pour ce qui est des critères de "maintien de l'agrément" (de l'autorisation à pratiquer), il est plaidé en faveur d'un système comparable pour toutes les disciplines, quelles qu'elles soient. La formation permanente et la réalisation d'un minimum d'activités semblent être des critères pertinents. Le groupe de travail était ouvert à une réévaluation tous les dix ans. Dans des avis

²¹ AM du 9 mars 1979 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la médecine interne, de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de la cardiologie et de la rhumatologie, M.B. du 15 mars 1979.

antérieurs, le Conseil avait annoncé poursuivre ses travaux en vue d'un système plus élaboré de "licence to practice" (autorisation à pratiquer), de sorte qu'il faut faire abstraction de ces éléments dans les avis relatifs à des critères spécifiques. Ces éléments peuvent uniquement servir de source d'inspiration.

Les critères d'agrément prévoient une présence à temps plein (8/10) dans le service de stage ainsi qu'une activité et un intérêt scientifiques constants. L'ancienneté requise des collaborateurs est de 3 ans, conformément aux dispositions de l'A.M. 23.04.2014²².

Les critères pour le service de stage sont définis au chapitre IV.3. Le cadre d'apprentissage doit être suffisamment étendu : l'hôpital doit être agréé pour les programmes de soins A, B2 ou B, P et E²³. Deux exigences supplémentaires sont 1000 hospitalisations par an pour lesquelles la capacité de lits nécessaire est présente et une polyclinique réalisant au moins 10.000 contacts patients par an. Une unité de soins intensifs avec supervision cardiologique et capable d'assurer un soutien hémodynamique doit également être présente, outre une fonction SMUR agréée. Au sein du service de stage, des réunions de concertation multidisciplinaire sont régulièrement organisées notamment en ce qui concerne la pose d'indication adéquate pour des interventions plus invasives (cardiologie interventionnelle, électrophysiologie, chirurgie cardiaque, resynchronisation, soutien ventriculaire, transplantations...). Une activité organisée de réadaptation cardiaque doit également être présente. Les autres services ou fonctions dont l'hôpital doit disposer (ou auxquels il peut faire appel) sont énumérés en page 15 (dernier paragraphe VI.3).

Les services qui ne répondent pas à toutes les conditions entrent en ligne de compte tout au plus pour un stage en cardiologie pendant le tronc commun, mais jamais pour la formation supérieure en cardiologie.

Le nombre de candidats par service de stage est fixé au moyen d'un seul critère : 1 candidat par cardiologue agréé à temps plein (8/10) comptant au moins 3 ans d'ancienneté.

La réunion plénière du 23 mars 2017 a souligné une nouvelle fois l'urgente nécessité de publier les nouveaux critères d'agrément, compte tenu des dispositions tout à fait obsolètes des arrêtés ministériels toujours en vigueur : en l'occurrence, l'A.M. du 9 mars 1979²⁴.

²² A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, M.B. du 27 mai 2014.

²³ Arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins "pathologie cardiaque" doivent répondre pour être agréés, M.B. du 13 septembre 2004, err. M.B. du 23 février 2005.

²⁴ AM du 9 mars 1979 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la médecine interne, de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de la cardiologie et de la rhumatologie, M.B. du 15 mars 1979.

10.6. Electrophysiologie (niveau 3)

Le 23 juin 2016, le Conseil Supérieur a émis les premiers avis sur le tronc commun, la pneumologie, l'endocrinologie et la rhumatologie. Le 23.03.2017, le Conseil supérieur a rendu un avis relatif à l'adaptation du titre de niveau 2 en cardiologie (l'arrêté en vigueur date encore de 1979). Dans un avis du 10 décembre 2015, le Conseil a proposé la création d'un titre de niveau 3 en cardiologie interventionnelle.

Le 23 mars 2017 un avis a été rendu sur la création d'un titre de niveau 3 en électrophysiologie.

Les deux titres de niveau 3 proposés (cardiologie interventionnelle et électrophysiologie) portent sur des activités de haute technologie dans le domaine de la cardiologie, qui exigent une formation spécifique poussée et justifient un titre de niveau 3 pour des raisons de qualité et de sécurité.

La proposition a été élaborée sur base des évolutions internationales et de la réglementation belge relative au programme de soins en cardiologie (A.R. du 15 juillet 2004). Elle fait également référence à la convention INAMI pour défibrillateurs implantables, laquelle exige deux cardiologues ayant une expertise de minimum 50 examens électrophysiologiques par an²⁵.

Étant donné la formation requise et le caractère (à risque) hautement technologique, un titre de niveau 3 se justifie pleinement. Les principes fondamentaux de la proposition sont la qualité de la formation et la sécurité des procédures, surtout maintenant que le nombre de centres a augmenté et au vu de l'activité en termes d'examen électrophysiologiques, d'ablations, de resynchronisations, de pacemakers, de défibrillateurs, etc.

Les compétences finales ont été énumérées au point V.2 de l'avis. La condition d'accès à la formation est un titre de niveau 2 en cardiologie. Parmi ces compétences figurent notamment la gestion de la qualité et l'enregistrement, de même qu'un grand intérêt pour une technologie en constante évolution. Le trajet de formation théorique et pratique est d'une durée de deux ans à temps plein.

Un niveau croissant de complexité et d'autonomie (mais toujours de manière supervisée) est prévu, avec chaque année une phase de formation clairement définie. Des interventions minimales (V.3, alinéa 2) ont été fixées, et on préconise des évaluations théoriques et pratiques internationales obligatoires. Il est fait allusion à des rôles du modèle CanMed.

²⁵ CONVENTION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET LE RESPONSABLE AGISSANT AU NOM DU POUVOIR ORGANISATEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER « Hôpital » POUR SON CENTRE DE DEFIBRILLATEURS CARDIAQUES IMPLANTABLES « N_centre »
Art. 3, b) « L'équipe du centre de défibrillateurs cardiaques implantables doit comporter au moins deux cardiologues, chacun avec une compétence et une expertise (au minimum 50 examens électrophysiologiques par an) spécifiques en matière d'électrophysiologie du cœur. »

Les critères destinés au maître de stage sont précisés au point VI. Le maître de stage et son collaborateur doivent tous les deux travailler à temps plein (au moins 8/10^{ème}). L'accent est mis sur l'existence d'une concertation multidisciplinaire et la participation à celle-ci (cardiologie- cardiochirurgie – anesthésie – médecine interne – imagerie...)

Les services de stage doivent avoir une activité minimale et diversifiée et doivent disposer des programmes de soins P, E et B3. Les effectifs se composent au moins d'un maître de stage à temps plein (8/10) et d'un collaborateur à temps plein (8/10), dont un est en possession d'une certification internationale tant pour « cardiac pacing and implantable cardioverter defibrillators » que pour « invasive cardiac electrophysiology ».

On souligne l'importance d'une politique de gestion de la qualité au sein du service de stage. Une évaluation est prévue tous les trois mois, avec le superviseur.

Le nombre de candidats est déterminé en tenant compte de l'activité du centre et de l'exigence de garantir un superviseur pour chaque candidat en formation.

Enfin, les mesures transitoires sont brièvement expliquées. Il s'agit en effet d'un nouveau titre professionnel.

La réunion plénière du 23 mars 2017 a souligné une nouvelle fois l'urgente nécessité de publier de nouveaux critères d'agrément, afin que notre pays puisse également soutenir la comparaison en termes de réglementation publique au niveau international.

10.7. Gynécologie (niveau 2)

En date du 15 juin 2017, le Conseil supérieur a rendu un avis final en vue de l'actualisation des critères d'agrément en gynécologie-obstétrique. L'A.M. en vigueur date de 1979²⁶.

L'allongement proposé de la formation professionnelle de 5 à 6 ans est essentiellement motivé par l'évolution scientifique et technologique de la discipline. Il s'agit également d'une discipline qui requiert d'acquérir les connaissances et l'expérience requises en chirurgie. L'effet de la "Working time directive" n'est qu'un élément secondaire.

Au travers du titre de niveau 2, on vise une formation générale extensive englobant les différentes phases de vie de la femme (la phase reproductive, la contraception, la grossesse, la phase post-reproductive) ainsi que les différentes pathologies (dont l'oncologie). Le Dr Van Wiemeersch souligne que la discipline est vulnérable sur le plan médicolégal et cite également l'échographie à titre d'exemple.

²⁶ A.M. du 15 septembre 1979 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de la gynécologie-obstétrique, M.B. du 26 septembre 1979

On a élaboré un modèle de formation structurée qui remplace l'ancien modèle de l'osmose (formation sur le tas en cas d'absence de longue durée). Le groupe de travail plaide également en faveur de moyens pour la formation virtuelle, l'usage généralisé du carnet de stage électronique qui devra, de préférence, être mis à disposition par les autorités compétentes. Le groupe de travail demande expressément que l'on revoie tous les 5 ans, par exemple, les critères spéciaux d'agrément, compte tenu des évolutions scientifiques et techniques.

La définition et la portée de la discipline mentionnent la santé et le bien-être de la femme, y compris sa vie reproductive et sexuelle. Le diagnostic et le traitement des maladies du tractus génital, y compris les seins. La fertilité et la contraception, l'accompagnement de la grossesse (compliquée ou non), l'accouchement et le post-partum.

Les objectifs d'apprentissage théoriques et pratiques et les compétences finales à acquérir sont détaillés dans les annexes, compte tenu de la fréquence disponible de la pathologie ou problématique. Une distinction est faite entre interventions clés à réaliser de manière autonome (avec supervision) (annexe 2), d'une part, et les prestations et interventions techniques effectuées en tant que premier assistant, d'autre part.

Quatre domaines de compétences supplémentaires ont été définis: l'expertise médicale avec évaluations adaptées, le médecin en tant que scientifique, le médecin en tant que communicateur (la communication avec la patiente est capitale dans cette discipline) et le médecin en tant que manager. Le candidat doit acquérir de l'expérience et de l'expertise en matière de politique de la qualité et de la sécurité.

On a également prévu une flexibilité utile pour le trajet de formation, qui doit rester fondamentalement comparable pour l'ensemble des candidats.

Les candidats qui acquièrent suffisamment tôt les compétences finales à atteindre peuvent choisir en 6^{ème} année une orientation en oncologie gynécologique, médecine périnatale, urogynécologie, chirurgie mini-invasive ou en médecine de la reproduction, par exemple. La possibilité de formation à temps partiel, dont les candidats sont demandeurs, constitue un autre aspect de la flexibilité. Le Conseil supérieur a récemment recommandé de prévoir la possibilité de scinder une année du trajet en deux années. La discipline de gynécologie-obstétrique et les candidats en formation professionnelle préfèrent une possibilité à temps partiel de (au cours des deux premières années, avec un minimum de) 80% sur tout le trajet. Naturellement avec un allongement proportionnel du trajet de formation.

La discipline a constaté que les proportions imposées par l'article 10 de l'arrêté ministériel du 23/04/2014 sont difficiles à respecter, surtout pour ce qui concerne la formation universitaire dans la partie francophone du pays. Il a dès lors été plaidé en faveur d'une longue période transitoire de 10 ans, par exemple.

La première année du trajet est une année de formation clinique pratique où le candidat peut être évalué dans ce domaine. Au cours de la formation de base des trois premières années, il est obligatoire de faire au moins 2 ans en gynécologie et obstétrique. Pour la formation supérieure de 3 ans, il faut prévoir au moins 18 mois en gynécologie et obstétrique. Et comme on l'a vu, si le candidat atteint assez tôt les objectifs d'apprentissage et acquiert les compétences finales, la sixième année peut servir pour une autre orientation.

Les critères des services de stage opèrent une distinction entre services de stage partiel, qui peuvent proposer une partie du trajet de formation, et services de stage complet, qui proposent l'ensemble des modules. On les distingue sur la base de l'activité présente. Le nombre de candidats pouvant être formés est fixé en tenant compte, d'une part, de la taille de l'équipe du maître de stage (équipe de stage) et, d'autre part, de l'activité du service.

Le Conseil supérieur a décidé, en prenant en compte toutes les remarques formulées dans le procès-verbal de la réunion du 15 juin 2017, de rendre un avis final positif.

10.8. Génétique clinique: avis sur la modification de l'AM 23 mai 2017

Le Conseil supérieur, en sa séance du 12 octobre 2017, a examiné les trois questions formulées dans la demande d'avis de Madame la Ministre du 24 juillet 2017, à savoir :

- Étudier l'opportunité d'étendre la notion de « spécialité clinique » (art. 2, 3°) à d'autres titres dans le domaine des maladies internes, et donc plus large que la médecine interne (générale).
- Examiner si les médecins biologistes peuvent valoriser une partie de leur formation pour l'obtention du titre en génétique clinique.
- Proposer une solution pour l'ancienneté exigée des maîtres de stage, qui ne pourra être obtenue qu'après des années vu la toute récente publication de l'A.M.

Le Conseil supérieur réfère à l'avis du Conseil Supérieur du 26 février 2015 et a rendu l'avis suivant :

- Pour les médecins qui disposent déjà d'une spécialisation de niveau 2 (plus particulièrement une qualification prévue à l'annexe V de la directive 2005/36/CE), la confirmation explicite de la possibilité de faire appel à l'art. 3/1 de l'A.M. du 23/04/2014 (« sans préjudice ») dans l'A.M. du 23 mai 2017 pourra déjà résoudre pas mal de choses. L'autorité compétente (Commission d'agrément) pourra procéder à une évaluation au cas par cas, pour voir si des dispenses peuvent être accordées (jusque maximum la moitié des six années prévues pour la génétique clinique). En ce qui concerne le sous-trajet de spécialité clinique (art. 2, 3° et art. 4), celui-ci sera de préférence défini comme une formation professionnelle visant à acquérir une large expérience notamment en matière d'examens physiques permettant d'évaluer tous les systèmes. Il s'agit, par essence, de disposer d'aptitudes cliniques larges. Par ailleurs, l'avis du Conseil supérieur du 26 février 2015 avait mentionné les disciplines de médecine interne, pédiatrie, obstétrique, gynécologie et neurologie uniquement à titre d'exemple (point V.3 de l'avis, troisième alinéa).

- Le Conseil supérieur estime qu'un médecin généraliste agréé dispose lui aussi de larges aptitudes cliniques, susceptibles de justifier une dispense, laquelle doit également être examinée au cas par cas.
- Le Conseil supérieur plaide pour qu'un médecin en formation professionnelle, durant son trajet de formation, puisse se réorienter vers la génétique clinique. Il/Elle doit dès lors pouvoir prétendre à des dispenses, pour lesquelles il sera jugé au cas par cas si une partie du parcours a déjà été effectuée.
- Une mesure transitoire s'impose d'urgence à l'A.M. du 23 mai 2017, en vertu de laquelle l'ancienneté exigée en tant que généticien clinicien (art. 24 et 24/1 de l'A.M. du 23/04/2014) n'est requise que dans les 8 années qui suivent l'entrée en vigueur de l'A.M. pour le maître de stage, et dans les 5 années pour les collaborateurs. Les premiers agréments de généticien clinicien en vertu (des mesures transitoires) du récent A.M. du 23 mai 2017 doivent en effet encore avoir lieu.
Ce n'est qu'après cette modification que les maîtres de stage pourront être agréés dans un délai raisonnable.
- À l'art. 12, 2°, il est préférable de supprimer « bio-informaticien ». Il y a aujourd'hui confusion en raison du fait que le bio-informaticien appartient à l'effectif plus large, mais pas à l'équipe de stage telle que mentionnée à l'art. 24/1 de l'A.M. du 23/04/2014. De plus, d'autres collaborateurs (comme p. ex. le psychologue et le conseiller en génétique) ne sont pas mentionnés.
- Étant donné l'adaptation prévue - et annoncée par vous - de l'art. 10 de l'A.M. du 23/04/2014, la proportion requise de services de stage universitaires et non universitaires posera peu de problèmes (p. ex. durant la formation clinique).
- L'art. 15 de l'A.M. du 23 mai 2017 fixe les mesures transitoires pour être agréé comme généticien clinicien. La date limite de dépôt d'une demande était le 30 juin 2017. Une modification de l'A.M. n'a aujourd'hui plus aucun sens.

Le Conseil supérieur fait néanmoins remarquer que dans le futur, ces mesures transitoires devront être établies de manière plus spécifique que dans les critères très sommaires de l'art. 15. Il est ainsi conseillé de prévoir au moins un critère d'activité pour l'expérience acquise.

Le Conseil supérieur souligne l'urgence d'une adaptation rapide de l'A.M. afin que des maîtres de stage puissent rapidement être désignés et que des diplômés en médecine puissent opter pour cette spécialisation dans le contexte de la double cohorte 2018. Un certain nombre d'étudiants qui obtiendront leur diplôme de médecin (médecine) en 2018, ont exprimé le souhait de suivre une formation professionnelle spécifique en génétique clinique si le nouveau cadre législatif adéquat le permet.

10.9. NEUROLOGIE : avis urgent du 14 décembre 2017 de modification à court terme du trajet de formation

Le 22 novembre 2017, le Conseil Supérieur a reçu un courrier du Dr P. Seeldrayers, présidente de la Commission d'agrément de médecins spécialistes en neurologie (Fédération Wallonie-Bruxelles).

Cette Commission d'agrément soulève un problème important concernant les critères d'agrément toujours en vigueur de l'A.M. du 29 juillet 1987.

Dans le trajet de formation professionnelle en neurologie d'une durée de 5 ans, le critère portant sur l'obligation d'effectuer un an de stage « dans un service agréé de psychiatrie clinique générale » est toujours d'application. Il n'est plus appliqué au sens strict depuis longtemps, mais l'administration de la Fédération Wallonie-Bruxelles a constaté que, de ce fait, la réglementation n'est pas respectée.

Les grandes avancées technologiques et médicales, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique, dans le cadre de la neurologie (unités AVC, sclérose en plaques, épilepsie, etc.) ne permettent pas de consacrer encore une année de formation en psychiatrie sur les 5 ans de formation professionnelle. Dès 2008, des propositions ont été élaborées pour adapter ce critère, mais la modification nécessaire à la réglementation n'a pas suivi.

Il s'agit des dispositions suivantes de l'A.M. du 29 juillet 1987 :

A.M. du 29 juillet 1987 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins-spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la neurologie et de la psychiatrie, MB 12.08.1987.

Art. N, I, A, 2

« 2. La formation dure au moins cinq ans, comprenant au moins quatre ans de stage en neurologie et au moins un an de stage dans un service agréé de psychiatrie clinique aigüe générale, suivi de façon continue à un moment quelconque de la formation »

Art. N, I, A, 5

« Durant son stage en psychiatrie, le candidat neurologue se consacrera à l'étude clinique et pratique des diverses disciplines de la psychiatrie »

Le stage professionnel en psychiatrie d'une durée d'un an y est formulé comme une obligation.

Le président et le vice-président/secrétaire du Conseil supérieur des médecins ont contacté, via l'administration flamande, la Commission d'agrément flamande de médecins spécialistes en neurologie et ont demandé le point de vue des administrations des entités fédérées.

La proposition suivante a été formulée : (un avis d')adaptation urgente de l'A.M. du 29 juillet 1987, en vertu de laquelle une année de formation professionnelle en psychiatrie n'est plus obligatoire, mais devient facultative en prévoyant ce stage sous la forme d'un stage de rotation

visé à l'article 13 de l'A.M. du 23 avril 2014 (critères transversaux). Dans une seconde phase, l'A.M. du 29 juillet 1987 pourrait être adapté plus en profondeur.

Dans un e-mail du 5 décembre 2017, le Dr Dirk Peeters, président de la Commission d'agrément néerlandophone, approuve cette proposition et souligne l'urgence de la première phrase. Une proposition d'adaptation plus approfondie de l'A.M. du 29 juillet 1987 bénéficie également d'un soutien total.

M^{me} Ch. Kaufman, directrice générale de l'enseignement – agrément des prestataires de soins, annonce dans un e-mail du 6 décembre 2017 suivre la position de la Commission d'agrément : le caractère obsolète et inadapté de l'A.M. de 1987 est dénoncé. Il est déploré que les propositions antérieures de 2002 et de 2008 n'aient jamais débouché sur une adaptation de l'A.M. L'administration soutient la proposition de travailler en deux phases (adaptation urgente suivie d'une révision plus vaste) et souligne que cette méthode permet de garantir à la fois une formation professionnelle de qualité et le respect de la réglementation (fédérale).

Le Conseil supérieur des médecins a décidé le 14 décembre 2017 d'émettre un avis urgent visant à prévoir à très court terme l'année de stage en psychiatrie comme étant un stage de rotation facultatif tel que visé à l'article 13 de l'A.M. du 23 avril 2014²⁷.

Le dossier illustre par ailleurs l'importance d'une actualisation des critères d'agrément pour les qualifications professionnelles médicales en Belgique, dans le cadre de laquelle on attend avec impatience l'invitation annoncée au Cabinet.

10.10. Médecine d'assurance et expertise médicale

Le Conseil Supérieur a analysé l' A.M. du 22 janvier 2007²⁸ lors de sa réunion plénière du 14 décembre 2017. Cet arrêté ministériel pose des problèmes d'interprétation et cause des problèmes pratiques d'application.

10.11. Ophtalmologie (niveau 2)

Première discussion à la réunion plénière du 15 juin 2017 : questions et lignes d'orientation pour le groupe de travail.

²⁷ A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, MB 27 mai 2014.

²⁸ A.M. du 22 janvier 2007 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, maîtres de stage et services de stage en médecine d'assurance et expertise médicale, MB 5 février 2007.

10.12. Infectiologie: demande émanant de professeurs d'université de préparation d'une qualification niveau 3

Le Conseil a pris acte de cette demande, lors de sa réunion du 14.12.2017. La réponse du Cabinet au sujet du suivi des avis précédents « critères spécifiques » au sujet des critères spécifiques, sera importante.

10.13. Médecine du sport

Le Conseil Supérieur a pris connaissance le 14 décembre 2017 des premières propositions du Groupe de travail qui continue ses activités (demande d'avis de Madame la Ministre Onkelinx du 3 mars 2014 et de Madame la Ministre De Block du 22 juillet 2015).

10.14. Médecine d'urgence - médecin aiguë et brevet de médecine aiguë

Le Conseil Supérieur a pris connaissance d'une analyse (le 23 mars 2017).

10.15. Suivi des avis précédents - critères spécifiques

Le Conseil supérieur adressé une lettre le 13 septembre 2017 à Mme la ministre - suite à la réunion de juin 2017.

Des 26 avis finaux rendus, seuls 3 ont donné lieu à un arrêté ministériel : deux nouveaux titres (psychiatrie médico-légale et génétique clinique) et une actualisation d'un AM existant (dermatologie).

Les arguments en faveur d'une actualisation des anciens AM datant des années 70 et 80 sont répétés : AM dépassés et difficilement encore applicables, crédibilité de notre pays dans le contexte européen, mais aussi le fait de ne pas contribuer à des solutions pour la double cohorte (p. ex. médecine interne, orthopédie).

Lorsqu'on ne réagit pas aux avis finaux pendant une trop longue période, le Conseil d'État risque de signaler plus tard que les avis datent déjà et doivent être recommencés.

Vu les nombreuses réunions en soirée et le gros travail que nécessite la rédaction d'avis finaux (et sachant qu'une quinzaine de disciplines doivent encore avoir leur tour), il nous faut remettre en question l'utilité de continuer à élaborer des avis finaux qui, de toute façon, ne conduiront pas à une actualisation d'arrêtés ministériels. Dans ce contexte, continuer à se réunir dans des groupes de travail et à motiver des participants pour rien n'a pas de sens.

Le 14 décembre 2017, l'assemblée a pris connaissance de la note de politique de Mme la Ministre d'octobre 2017, dans laquelle il est annoncé que l'AM transversal du 23 avril 2014 devrait être développé plus en détail, ce qui à terme devrait limiter les AM spécifiques aux compétences finales à acquérir et à la durée de la formation professionnelle. Pour les critères spécifiques, priorité serait maintenant accordée à la médecine esthétique non chirurgicale, à la psychiatrie, à la génétique clinique, à l'orthopédie et à la gynécologie. Il s'agit d'une partie des disciplines sur lesquelles le Conseil supérieur a rendu un avis précédemment.

11. Autres professions de santé – scope of practice

11.1. Professions de l'aide médicale urgente

Le Conseil Supérieur a pris connaissance le 15 juin 2017 du projet d'avis du groupe de travail composé de membres du Conseil fédéral de l'art infirmier, du Conseil fédéral des professions paramédicales, du Conseil national de l'aide médicale urgente et du Conseil fédéral des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Il est renvoyé à la demande d'avis adressée le 26 avril 2016 par Mme la Ministre aux conseils précités.

L'assemblée a décidé le 15 juin 2017 à l'unanimité d'émettre un avis positif sur le projet d'avis, en y ajoutant la remarque que, lors des étapes ultérieures du traitement de l'avis, il est recommandé de tenir compte des implications du projet de réforme AR 78 (exercice des professions des soins de santé).

Les professions définies devraient être inscrites dans la liste des professions relevant de la législation relative à l'exercice des professions des soins de santé. Il reste à affiner davantage encore les compétences de chaque profession ainsi que l'articulation entre les différentes professions.

Parallèlement à cela, on souligne l'importance qu'il y a à prévoir un contexte réglementé garantissant la compétence (formation, entre autres) des préposés du système d'appel 1733, qui est devenu indispensable.

11.2. Optométrie, optique (orthoptie)

Référence est faite à la demande d'avis adressée par Mme la Ministre en date du 30/08/2016, où il était question non seulement du titre de niveau 2 en ophtalmologie, mais également l'optométrie et, éventuellement, l'optique.

La Ministre y renvoyait à un avis antérieur de février 2015 du Conseil national des professions paramédicales relatif à l'orthoptie portant modification de l'AR du 24 novembre 1997. La Ministre y faisait allusion au principe de la non exclusivité des activités, demandait que les compétences finales requises fassent l'objet d'une attention suffisante et soulignait la nécessité d'organiser les soins oculaires de façon interdisciplinaire et complémentaire.

L'assemblée décide à l'unanimité de rendre un avis positif quant à la mise en place d'une seule profession paramédicale d'optométriste-orthoptiste (à intégrer dans la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé).

L'optométriste-orthoptiste doit bénéficier d'une formation adéquate et, dans le cadre des compétences qui lui sont dévolues, pouvoir également travailler dans d'autres contextes que celui d'un cabinet d'ophtalmologie. Le Conseil supérieur a donné l'exemple d'un rôle utile en

première ligne (médecin généraliste), alors qu'à l'heure actuelle, il n'est pas rare que les patients doivent attendre plusieurs mois avant de pouvoir consulter un ophtalmologue. Il ne s'indique pas de prévoir une profession paramédicale pour l'opticien. Les activités que celui-ci est autorisé à accomplir doivent être clairement définies. L'autorité compétente en assure le contrôle et fixe les mesures qui s'imposent à cet effet. Le système d' "amendes automatiques" évoqué dans le projet d'avis n'a pas sa place dans un tel avis.

12. Agrément des services et maîtres de stages

Les groupes de travail « Spécialistes » et « Généralistes » examinent les demandes individuelles et formulent leurs avis.

On distingue les nouvelles demandes pour obtenir l'agrément et les demandes de renouvellement pour le prolonger²⁹.

Les groupes de travail peuvent :

- soit rendre directement un avis favorable ou non ;
- soit demander des informations complémentaires ;
- soit convoquer le candidat.

Une fois l'avis formulé, le Conseil supérieur le valide en séance plénière.

Le candidat maître de stage peut en application de l'article 38 de l'arrêté royal du 21 avril 1983 envoyer une note à la Ministre³⁰. En cas d'avis négatif, le candidat maître de stage peut introduire un recours.

Durant l'année 2017, les groupes de travail ont analysé un total de 323 dossiers de maîtres de stage spécialistes, 407 dossiers de maîtres de stage généralistes et 31 dossiers de spécialistes qui souhaitent former les futurs généralistes.

Parmi ces 761 dossiers traités, nombreux ont donné lieu à un avis positif du groupe de travail confirmé en séance plénière. Les tableaux ci-dessous reprennent les nombres et les types d'avis³¹.

²⁹ D'après l'article 39 §2 et §3 de l'arrêté royal du 21 avril 1983, l'agrément peut être prolongé pour une période de 5 ans si la demande est introduite 6 mois avant l'expiration de la période. Or, beaucoup de demandes de renouvellement ont été introduites au-delà des délais légaux. Elles sont donc reprises comme étant de nouveaux dossiers dans le tableau ci-dessus.

³⁰ Art. 38. § 2. L'intéressé peut faire parvenir au Ministre une note avec ses observations motivées, dans un délai de trente jours après réception de l'avis. Si dans ce délai l'intéressé a fait parvenir au Ministre une note avec ses observations motivées, le Ministre envoie cette note au Conseil supérieur pour avis. Le Conseil supérieur se prononce dans les trente jours de la réception de cette note, selon la procédure définie à l'article 37. Son avis motivé sur cette note est communiqué à l'intéressé et au Ministre. Après réception de cet avis le Ministre prend une décision.

³¹ Origine : cadastre des professionnels de la santé. Avis définitif rendu entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2015 ou statut « en cours » au 31 décembre 2015.

Avis du groupe de travail médecins généralistes concernant les demandes d'agrément en tant que maître de stage en médecine générale

	Avis négatif	Avis positif
Type de dossier médecins généralistes	Nombre	Nombre
Agrément pour maître de stage médecin généraliste dans son cabinet	3	343
Agrément d'un service de stage en médecine générale	0	30
Renouvellement d'agrément pour maître de stage médecin généraliste dans son cabinet	0	61
Renouvellement d'agrément d'un service de stage en médecine générale	0	1

Total des avis rendus pour 2017 : 438.

Avis du groupe de travail médecins spécialistes concernant les demandes d'agrément en tant que maître de stage

	Avis négatif	Avis positif
Type de dossier médecins spécialistes	Nombre	Nombre
Agrément pour maître de stage spécialité/compétence particulière en médecine	7	289
Renouvellement d'agrément pour maître de stage spécialité/compétence particulière en médecine	0	27

Total des avis rendus pour 2017 : 323.

Avis rendus pour la désignation d'un responsable temporaire de formation en application de l'article 42 de l'arrêté royal du 21 avril 1983³² : 11.

³² Art. 42. § 1er. En cas de décès du maître de stage, lorsque le maître de stage ne bénéficie plus de l'agrément accordée ou lorsqu'il ne peut remplir sa fonction de maître de stage et qu'il n'est pas prévu qu'il pourra la reprendre dans un délai de trois mois, un responsable de la formation est agréé par le Conseil supérieur à titre provisoire afin de permettre aux candidats intéressés de poursuivre leur formation. Cet agrément peut être accordée par dérogation aux critères d'agrément et aux dispositions du présent chapitre. Elle prend fin selon le cas, au moment où il est pourvu au remplacement du maître de stage ou au moment où le maître de stage reprend sa fonction.

Etat de la situation au 28.03.2017 : critères spécifiques d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage

Discipline / beroepstitel	K.B. 25.11.1991 ³³	In behandeling bij	Eindadvies Hoge Raad
Dermatologie	Niveau 2		9 oktober 2014 positief advies M.B. 7 oktober 2016, BS 25.10.2016
Forensische Psychiatrie	Niveau 3		9 oktober 2014 positief advies M.B. 26.10.2015, BS 10.11.2015 Advies 3 mei 2016, oa - deeltijdse vorming - stagediensten
Oncologie voor gynaecologen - Gynaecologische oncologie -Gynaecologische medicamenteuze oncologie	Niveau 3		Dec 2014: - positief advies gynaecologische oncologie - negatief advies gynaecologische medicamenteuze oncologie
Algologie			Negatief advies oktober 2014
Psychiatrie - volwassenen - kind/jeugd	Niveau 2 (en 3?)	Gemengde werkgroepen	Eindadvies Hoge Raad 23 juni 2016
Orthopedie	Niveau 2		25 juni 2015 (positief eindadvies)
Volksgezondheid	Niveau 2 of 3	Werkgroep Titels (aanvraag)	
Geneesheer-specialist in het ziekenhuismanagement		Werkgroep Titels (aanvraag)	
Pharmacology – pharmaceutical medicine	Niveau 2 of 3	Werkgroep Titels	Specifieke Werkgroep 1 ^e vergadering 14.02.2017
Klinische farmacologie		Werkgroep Titels	Cf vorige record
Klinische genetica (Menselijke erfelijkheid)		Adviesaanvraag 24 juli 2017 aangaande MB 23 mei 2017	Positief advies februari 2015 M.B. 23 mei 2017, BS 31 mei 2017

³³ K.B. 25 november 1991 houdende lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, BS 14 maart 1992, err., BS 24 april 1992.

			Advies 12 oktober 2017 aangaande M.B. 31 mei 2017
Sportgeneeskunde		Werkgroep Titels Adviesaanvraag Minister 22 juli 2015	Werkgroep gestart mei 2016, in opvolging
Algemene heekunde - cardiochirurgie - vasculaire - thorax - abdominaal - traumatologie, kinderchirurgie, endocriene, transplantatie ...	In behandeling niveau 2	Gemengde werkgroep	Bespreking Hoge Raad 25.06.2015 algemene oriëntatie
Pediatrie: - endocrinologie - gastro-intestinaal - pneumologie - nefrologie - cardiologie	Niveau 3		Positief advies februari 2015
Inwendige geneeskunde - truncus communis - (alg) inw geneeskunde - cardiologie - gastro-enterologie - oncologie - pneumologie - reumatologie - nefrologie - endocrinologie - hematologie - geriatrie	Niveau 2	Gemengde Werkgroep	Bespreking Hoge Raad 25 juni 2015 algemene oriëntatie Eindadvies 23 juni 2016 Hoge Raad: - truncus communis 3 jaar - pneumologie - reumatologie - endocrinologie Eindadvies 23 maart 2017: - algemeen inwendige geneeskunde - cardiologie niv 2 - elektrofysiologie niv 3
Nucleaire geneeskunde	Niveau 2	Gemengde werkgroep eerste vergadering september 2015	
Anatomopathologie	Niveau 2	Discipline past voorstel aan (na eerste bespreking Hoge Raad begin 2014)	Eindadvies Hoge Raad d.d. 27.10.2016
Infectieziekten		Werkgroep Titels Discipline bereidt voorstel voor	

Médecin qualifié en médecine générale, préventive et d'institutions Médecin hospitalier			Advies Hoge Raad 25.06.2015 in verband met behoud erkenning huisarts art 10 M.B. 1 maart 2010
Geneesheer specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde (wet 23 mei 2013)		Adviesaanvraag Minister Gemengde werkgroep	Eindadvies 15.12.2016
Gynaecologie			Positief eindadvies juni 2017
Interventionele cardiologie	Niveau 3		Positief eindadvies Hoge Raad d.d. 10.12.2015
Niveau 3 titels functionele & professionele revalidatie - Cardiologie - Pneumologie - Oftalmologie - ORL - Pediatrie	Niveau 3	Gemengde werkgroep november 2015	Tussenadvies Hoge Raad d.d. 10.12.2015 Positief advies plenaire 28 april 2016: - cardiologie - pneumologie - oftalmologie
Neurochirurgie	Niveau 2	Bespreking erkenningscommissies	
Intensieve zorgen	Niveau 3	Contact juni 2015 voorstel // Cobatrice (competency-based training in intensive care medicine in Europe)	
Anesthesie	Niveau 2	Gemengde Werkgroep	Gemengde werkgroep
Radiologie	Niveau 2	Eerste voorstel december 2015 Werkgroep	Eindadvies Hoge Raad 27 oktober 2016
Stomatologie		Vergaderingen WG gestart	Tussenadvies Hoge Raad 27.10.2016 (haalbaarheid duurtijd opleiding en professionele vorming, max. 9 + 4 = 13 jaar)
Fysische geneeskunde en revalidatie	Niveau 2	Gemengde werkgroep	
Electrofysiologie (cardiologie)	Niveau 3	Voorstel vanuit discipline	Niv 3 positief eindadvies Hoge Raad 23 april 2017
Slaap(en waak-) geneeskunde	Certificaat? Aanpassing niveau 2?	Voorstel vanuit discipline Werkgroep Titels	Wachten op aangekondigd voorstel verenigingen

	Niveau 3 ?		
Oftalmologie	Niveau 2	Gemengde Werkgroep	Eerste bespreking plenaire 15 juni 2017
Klinische biologie			Werkgroep 1 ^e vergadering 7 maart 2017 (arts en apotheker cf adviesaanvraag Minister 15 juni 2016)
Neurologie	Niveau 2		Schrijven voorz Commission d'agrément Féd Wall 22 novembre 2017 Dringend tussentijds advies aangaande 1 jaar psychiatrie in vormingstraject (zou facultatieve rotatiestage moeten worden) d.d. 14.12.2017
Verzekeringsgeneeskunde en medische expertise	Niveau 2		MB 22.01.2007 professionele stage en stagemeester
Extramurale stages			Eindadvies 14.12.2017
Specifieke stages (art 12 MB 23.04.2014)			Adviezen 25 juni 2015, 15 oktober 2015, 23 februari 2017, 25 oktober 2017, 14 december 2017
Huisartsen			- anciënniteit stagemeesters (advies 28.04.2016 en 14.12.2017) - stageteam (advies 23.02.2017) - buitenlandse stages (advies 28.04.2016)