RAPPORT ANNUEL 2022
CONSEIL SUPÉRIEUR DES MÉDECINS [1]

I. Matières communes aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes 3

I.1. Demande d'avis du 3 février 2022 concernant le portfolio visé à l'article 8 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé (avis 17 mars 2022) 3

I.2. Demande d'avis du 3 février 2022 concernant le dossier (électronique) du patient (avis du 17 mars 2022). 5

I.3. Médecine esthétique : nouvelle compétence d'avis pour le Conseil (discuté le 9 juin 2022 et le 8 décembre 2022) 9

I.4. Demande d'avis du 18 mars 2022 du Agentschap Binnenlands Bestuur Vlaamse Gemeenschap au sujet de la nécessité de l'intervention d'une médecin assermenté et des compétences nécessaires en cas de demande de crémation 9

I.5. Avis du 13 octobre 2022 : infaisabilité d'une fluctuation non opportune du nombre de places de stage par service de stage, compte tenu des quotas de planification des médecins 10

I.6. Proposition de loi modifiant les lois du 16 mars 1971 sur le travail et du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail , instituant une protection pour les travailleuses et les travailleurs qui s'absentent du travail pour le diagnostic et le traitement de l'infertilité 12

I.7. Vaccination: compétences requises 16

I.8. Réaction du Conseil Supérieur des Médecins dans le cadre de la préparation du contrôle de proportionnalité pour l'avant-projet de loi ajoutant l'aide-infirmier et l'infirmier chercheur clinicien dans les professions de santé. 17

I.9. Fonctionnement du Conseil Supérieur des Médecins 19

I.10. Recomposition du Conseil Supérieur des médecins 19

II. Médecins généralistes 20

II.1. Cabinet de M le Ministre : Groupe de travail «New deal » 20

II.2. Groupe de travail pour réviser les critères d'agrément en médecine générale. 20

III. Médecins spécialistes 21

III.1. Mesures transitoires en ce qui concerne les critères d'agrément de l'infectiologie clinique (A.M. du 7 mai 2020) et de la microbiologie médicale (A.M. du 7 mai 2020) 21

III.2. Critères d'agrément en dermatologie – avis du Conseil supérieur des médecins du 17 mars 2022 modifiant l'A.M. du 4 octobre 2016 23

[1] Conseil Supérieur des médecins-spécialistes et des généralistes.

24 juli 2023

III.3. Avis du Conseil supérieur des médecins du 17 mars 2022 concernant la création d'une nouvelle qualification professionnelle de niveau 2 « Pharmacologie clinique et médecine pharmaceutique » 27

III.4. Cellule qualité : e- brochure pour les médecins spécialistes en formation professionnelle (« livre vert ») et enquête. 31

III.5. Avis relatif à la modification des critères d'agrément pour le titre professionnel de niveau 2 « gynécologie-obstétrique » (réunion plénière du 13 octobre 2022) 31

III.6. Titre niveau 3 soins intensifs 33

III.7. Medecine de sommeil et de l'éveil 33

III.8. Discussion de plusieurs points d'attention apportés par le Groupe de travail médecins spécialistes du 23.08.2022 34

III.9. Anesthésie pour des non anesthésistes en situation d'urgence. 34

III.10. Chirurgie 35

III.11. Algologie : pas de consensus au sein du GT pour un titre niveau 3 35

III.12. Art 10 A.M. 23.04.2014 proportion des stages universitaires et non universitaires et stages à l'étranger 36

I. Matières communes aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes

Le Conseil Supérieur des Médecins s'est réuni en séance plénière et par vidéoconférence les 17 mars, 9 juin, 13 octobre et décembre 2022 [2] .

Comme annoncé en 2018, le président professeur J. Boniver a décidé de mettre fin à ses activités à partir du 26 août 2019, la date normalement prévue [3] pour le renouvellement des mandats après six ans.

Le Conseil Supérieur n'étant pas encore renouvelé, les membres continuent à assumer leur fonction jusqu'à ce que le Ministre ait décidé du renouvellement de leur mandat [4].

Le Dr. P. Waterbley, vice-président [5] et secrétaire, a présidé les réunions plénières en l'absence du président (art. 5, §2 A.R. du 21 avril 1983).

I.1. Demande d'avis du 3 février 2022 concernant le portfolio visé à l'article 8 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé[6] (avis 17 mars 2022) .

Dans cette demande d'avis, il est proposé, à terme, de prévoir la tenue à jour, pour chaque dispensateur de soins, d'un portfolio électronique dans le cadre du projet « Portail » développé et géré conjointement par le SPF Santé publique et l'INAMI. Cela devrait restreindre la charge administrative tant pour les professionnels des soins de santé que pour les administrations publiques.
Il est en outre proposé d'automatiser certains processus pour la tenue à jour de ce portfolio.

Le Conseil supérieur des médecins s'est réuni le 17 mars 2022 et a émis l'avis suivant par consensus.

L'article 8, alinéa 2, de la loi du 22 avril 2019 stipule que le professionnel des soins de santé tient à jour un portfolio contenant les données nécessaires, de préférence sous forme électronique, et démontrant qu'il dispose des compétences et de l'expérience nécessaires.

---

2 Il s'agissait à chaque fois d'une deuxième réunion convoquée avec le même ordre du jour parce que le quorum n'avait pas été atteint lors de la première réunion.

3 A.M. du 11 janvier 2013 portant nomination des présidents et vice-présidents des chambres du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, *MB* du 6 août 2013.
A.M. du 24 juillet 2013 portant nomination des membres du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, *MB* du 6 août 2013.

4 Art 6, §1, avant dernier alinéa de l' A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, *MB* 27 avril 1983.

5 A.M. du 21 mars 2016 portant nomination des président et vice-président du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des généralistes, *MB* du 4 avril 2016.

6 Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *MB* du 14 mai 2019.

Conformément à cette disposition légale, les données du portfolio sont donc tenues à jour par le professionnel des soins de santé lui-même. Il s'agit d'un choix bien fondé de la part du législateur car la qualité et le contenu d'un enregistrement dépendent pour partie de son utilisation éventuelle et de sa confidentialité.

L'enregistrement devant servir à prouver les compétences doit pouvoir varier en fonction de la profession, de la discipline, et doit prendre en compte le domaine de pratique (« scope of practice ») concret ainsi que les points d'attention et les défis propres aux professionnels des soins de santé.
Les critères pertinents relatifs aux compétences en matière d'exercice de la profession portent en effet bien davantage que sur la simple tenue à jour de la formation permanente. Ils concernent également les connaissances, le savoir-faire, l'attitude, l'aptitude (physique/psychique), la qualité et la sécurité dans un sens plus large. De ce fait, on ne peut exclure qu'un professionnel des soins de santé entende tenir à jour les propres mesures qu'il ou elle a prises afin de garantir la qualité et la sécurité dans le cadre d'un problème d'aptitude physique ou psychique.

Dès lors, toute la question est de savoir si les administrations pourraient intervenir en la matière à titre de responsables de données. Quoi qu'il en soit, il conviendrait au préalable de définir précisément la base requise en termes de licéité[7] ainsi que l'objectif de la collecte et de l'éventuel traitement des données. La tenue à jour massive de toutes les données de tous les dispensateurs de soins ne semble pas être proportionnelle par rapport au nombre restreint de situations où le portfolio peut par exemple s'avérer utile dans le cadre d'un dossier mis à l'examen au sein de la Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé.

Une tout autre question est de savoir si un input automatique d'informations disponibles au sein des administrations est souhaitable. Ceci peut faciliter la tenue à jour d'une partie du portfolio par le professionnel des soins de santé. Toute simplification est la bienvenue et un canevas électronique pour *et chez* le professionnel des soins de santé peut avoir un effet facilitant.

Pour éviter tout malentendu, le Conseil supérieur fait remarquer qu'il faut faire une distinction entre le Portfolio (article 8 de la loi du 22 avril 2019) et le Registre (article 42 de la même loi) où le législateur a bel et bien prévu la centralisation des données au vu de l'objectif de ce dernier enregistrement.

Bien sûr, le Conseil supérieur des médecins est intéressé et il se montre disposé à poursuivre son rôle consultatif dans le cadre du développement du soutien informatif pour les professionnels des soins de santé en vue d'une tenue à jour pertinente de leur portfolio.

---

[7] Règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) (texte pertinent pour l'EEE)
JO L 119 du 4.5.2016, pp. 1-88.

I.2. Demande d'avis du 3 février 2022 concernant le dossier (électronique) du patient (avis du 17 mars 2022).

Dans la demande d'avis, il est tout d'abord demandé si, outre les dispositions prévues aux articles 33 et 34 (Section 11) de la loi du 22 avril 2019[8], d'autres données nécessaires doivent figurer dans le dossier du patient.
Il est ensuite demandé quelles sont les conditions préalables à l'imposition du format électronique du dossier.

Le Conseil supérieur des médecins a traité cette demande d'avis et émis l'avis suivant par consensus au cours de la réunion du 17 mars 2022.

La demande d'avis se limite à d'importantes questions formelles (le contenu des données et la forme), mais ne contient malheureusement aucune information concernant l'objectif visé, le contexte et le champ d'application de la problématique soumise.

Pour le Conseil supérieur, dans l'orientation de la politique menée autour du « dossier du patient », le patient occupe une position centrale (responsabilisation - *empowerment* - en matière d'accessibilité, d'utilisation et d'éventuelle contribution). Il est toujours possible de continuer à améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité du processus de soins grâce aux dossiers électroniques, en facilitant la communication et la coordination.
La sécurité du stockage et du traitement des données, l'interopérabilité et l'utilisation de normes et codes internationaux[9] sont des points d'attention pertinents connus. Les applications informatiques des dispensateurs de soins et des organisations de soins (notamment les hôpitaux) doivent être intégrées en interne (pas d'accumulation d'applications) et en externe (pas d'échange de documents PDF).

La cohérence du dossier électronique devrait se fonder sur des informations utiles. Comme par exemple les allergies, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les diagnostics, complications, traitements, toxicomanies et habitudes de vie.
D'une façon complémentaire, le professionnel de soins constitue sous sa responsabilité un dossier médical contenant toutes les données des articles 33 et 34 de la Loi du 22 avril 2019. Ces données peuvent être accessibles par des applications spécifiques.

L'objectif est donc d'offrir des informations structurées grâce à un enregistrement à la source et à un échange moyennant des règles opérationnelles claires

[8] Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *MB* 14 mai 2019.
[9] Les codes ne doivent pas exclure la construction utile d'un récit des antécédents et du trajet du patient.

La flexibilité est un autre point d'attention. Les attentes et les besoins concernant le dossier et la communication évoluent dans le temps et diffèrent d'une discipline à l'autre et en fonction du contexte (local).

Le dossier d'un patient dans un établissement (de soins) (comme un hôpital, mais pas exclusivement) n'est pas une donnée statique (avec un inventaire des enregistrements) mais interagit en permanence avec les flux de travail locaux.
La fonctionnalité du dossier du patient ne cesse de croître et d'évoluer au sein des processus de soins (au sens large) sur le terrain.

Dès lors, le Conseil supérieur des médecins estime que certaines pistes de réflexion s'orientant vers une centralisation à grande échelle des dossiers électroniques des patients sont trop ambitieuses et irréalisables (ce qui a déjà été démontré par des expériences infructueuses à l'étranger). Par ailleurs, une approche centralisatrice de ce genre de l'informatisation liée aux soins (« dossiers de patient ») serait trop rigide et difficilement acceptable, voire pas du tout, sur le plan social.
Le maintien de la confiance de la population est crucial : le traitement des données doit correspondre avec les attentes dans le cadre d'un contact et relation de soins. L'évaluation de l'Autorité de protection des données sera très instructive.

L'interopérabilité et l'utilisation de normes internationales et de logiciels tournés vers l'avenir permettent de communiquer, de coordonner et d'optimiser les processus de soins.

Au final, les données médicales doivent être récoltées d'une manière ou d'une autre autour du patient individuel (le dossier « du patient »). L'endroit où les données sont stockées, de manière centralisée ou non, semble moins important à condition que ce soit auprès de ses dispensateurs ou établissements de soins.

En aucun cas, des données de santé individuelles ne peuvent être utilisées pour toutes sortes d'études et d'applications si ce n'est avec le consentement éclairé très explicite de chaque individu.

La centralisation à l'échelle nationale de données (anonymisées, pseudonymisées) est un projet utile pour la recherche et pour les applications comme le développement de l'intelligence artificielle.
L'approche française (le « Health Data Hub ») avec un cadre adéquat sur le plan éthique, scientifique et juridique pourrait être une source d'inspiration à cet égard.
D'ailleurs, toute cette matière doit faire l'objet d'une évaluation continue grâce aux initiatives entreprises par et dans l'UE. [10]

[10] Proposal for a REGULATION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on harmonised rules on fair access to and use of data (Data Act) (Text with EEA relevance) 23.02.2022 / Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil établissant des règles harmonisées relatives à l'accès équitable aux données et à leur utilisation (Data Act) (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE), 23.02.2022.

Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council laying down harmonised rules on artificial intelligence (artificial intelligence act) and amending certain union legislative acts, 21.04.2021, 2021/0106 (COD) / Règlement du Parlement européen et du Conseil établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle (législation sur l'intelligence artificielle) et modifiant certains actes

Un autre point d'attention concerne la saisie des données dans le dossier du patient. Outre les professionnels de la santé (de diverses disciplines et professions dans un cadre clairement défini et sécurisé) et les patients comme sources de données, de plus en plus de données de dispositifs médicaux (ainsi que l'internet des objets (*internet of things*) et l'output du logiciel en tant que dispositif médical (*software as medical device - SaMD*)) seront disponibles. À cet égard, il sera nécessaire de séparer le bon grain de l'ivraie et il sera préférable d'envisager une sélection de systèmes certifiés par les autorités compétentes.

Il est clair qu'une collecte et un traitement efficaces et flexibles de données en vue d'optimiser les processus de soins (communication et coordination) rendent de plus en plus indispensable le dossier électronique du patient.
Néanmoins, certaines situations ne permettent pas l'imposition du dossier électronique. Il existe encore parfois des régions reculées et potentiellement défavorisées où les médecins qui ne sont pas encore passés à l'automatisation jouent un rôle crucial. Dès lors, l'absence de dossier électronique ne doit jamais aboutir à une sorte d'interdiction d'exercer.

En résumé, il est recommandé de partir des principes suivants :

1. Deux visions concernant l'orientation fondamentale ont été présentées :

Le point de vue majoritaire estime qu' un dossier national unique qui remplacerait les dossiers patient informatisés (DMI) actuels n'est pas jugé possible/souhaitable. La raison en est que le DPI, outre un répertoire d'informations médicales, est aussi devenu un instrument du workflow. Celui-ci est fonction de la situation locale et il vaut donc mieux le laisser au dispensateur de soins/à l'établissement de soins concerné.
Il faut du réalisme et de la progressivité. D'abord mettre « les bases » en ordre tant en ce qui concerne la terminologie que l'interopérabilité. Si l'on combine cela avec le principe de la source authentique pour les aspects majeurs du dossier (de base), on peut déjà enregistrer d'importants progrès dans ce pays dans un délai réaliste et raisonnable.
Ce parcours praticable est plus réaliste que la mise en avant d'une solution globale qui réglerait à la fois les problèmes de workflow, les problèmes d'authenticité/fiabilité des informations médicales, ainsi que les questions de convivialité et de technologie avancée pour l'aide à la décision (et l'IA) pour tous les dispensateurs de soins dans ce pays.

---

législatifs de l'Union, 21.04.2021, 2021/0106 (COD)

Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on European data governance (Data Governance Act), 2020/0340 (COD) / Proposition de Règlement du Parlement européen et du Conseil sur la gouvernance européenne des données (acte sur la gouvernance des données), 2020/0340/COD

Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social committee and the Committee of the regions A European strategy for data, Brussels, 19.2.2020 COM(2020) 66 final / Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions Une stratégie européenne pour les données, Bruxelles, 19.02.2020 COM(2020) 66 final

Un autre point de vue est présenté par un membre, qui réfère aux attentes des médecins généralistes. Une « plateforme électronique interprofessionnelle intégrée ». (autour du patient/citoyen) est un élément important pour le développement et le renforcement d'un trajet de soins intégré. Les possibilités d'une utilisation performante, d'une amélioration de qualité et de sécurité dans l'intérêt du patient sont soulignées. Il est évident que cette platforme sera soutenue par le dossier électronique de la discipline médicale et de l'institution entre autres en ce qui concerne sa fonction comme instrument du workflow.

2. Le Conseil Supérieur des Médecins souligne que l'échange d'informations entre dispensateurs de soins est crucial. Cet échange doit se faire en utilisant des normes internationales d'interopérabilité et des normes internationales pour la terminologie (plutôt qu'une norme belge locale).

3. Il faut dès lors œuvrer à un répertoire d'informations médicales dans lequel les dispensateurs de soins locaux (sous réserve d'authentification par les voies légalisées) ont accès de manière sécurisée à ces informations pour les consulter et, le cas échéant, les actualiser également.
En ce sens, on pourrait intégrer les services eHealth existants et les étendre en appliquant le principe de la source authentique, par exemple pour les allergies, les antécédents/problèmes, la vaccination, les médicaments/la thérapie à domicile, … Beaucoup d'informations sont déjà disponibles via les services eHealth, mais elles sont assez fragmentées et, en outre, pas toujours (très) structurées (c-à-d. qu'elles ne sont pas conformes à des normes internationales en matière de terminologie médicale).

4. Un dossier électronique deviendra de plus en plus indispensable. Néanmoins, la situation consistant à travailler avec des dossiers manuels ne peut donner lieu à une sorte d'interdiction d'exercer la profession pour cause de connectivité électronique insuffisante. Il faut tenir compte de situations d'exception et de la flexibilité nécessaire.
Le dossier électronique proposé ne peut pas être considéré comme un but en soi, mais comme un instrument qui facilite des soins qualitatifs et interdisciplinaires.

I.3. Médecine esthétique : nouvelle compétence d'avis pour le Conseil (discuté le 9 juin 2022 et le 8 décembre 2022)

La Loi portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé a été publiée au Moniteur belge du 30 mai 2022. Les articles 31-36 modifient la Loi du 23 mai 2013 (médecine et chirurgie esthétique). Le Conseil de la médecine esthétique est remplacé par une nouvelle compétence du Conseil Supérieur. La nouvelle qualification prévue par l'art 10 de la Loi du 23 mai 2013, devient un titre niveau 3 comme proposé par l'avis du Conseil Supérieur des Médecins de 2016.
La Cellule d'expertise constituée il y a un an au sein du Conseil Supérieur pourra continuer ses activités en attendant une évaluation de sa constitution future et les nouveaux défis et compétences.

L'avis de 2016 proposant le titre niveau 3 pour les médecins spécialistes en médecine esthétique non chirurgicale, a été suivi. Une clarification de l'art 142 de la Loi du 10 mai 2015 5 est encore attendue.

La Cellule d'expertise a pris connaissance de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé de juin 2022 (qualifications par type d'actes esthétiques). La Cellule a formulé un premier avis concernant le 'micro-needling avec des aiguilles nano' (en annexe de l'invitation).

I.4. Demande d'avis du 18 mars 2022 du Agentschap Binnenlands Bestuur Vlaamse Gemeenschap au sujet de la nécessité de l'intervention d'une médecin assermenté et des compétences nécessaires en cas de demande de crémation

Le Agentschap Binnenlands Bestuur Vlaamse Gemeenschap a adressé le 21.03.2022 une question à Mme Somer (chef de service professions de santé) au sujet de la nécessité de l'intervention d'une médecin assermenté et des compétences nécessaires en cas de demande de crémation [11]. Mme Somer a demandé de soumettre cette question au Conseil. Certaines autorités locales et des représentants du secteur des pompes funèbres avaient proposé d'abolir cette intervention d'un deuxième médecin.

Le Collège des Procureurs Généraux a répondu le 15.11.2021 qu'il faut maintenir l'évaluation et l'avis d'un médecin assermenté étant donné le risque de non-signalement de décès suspects. Actuellement ce deuxième avis ne représente souvent q'une formalité. Il faut une meilleure formation des médecins assermentés ainsi qu'une liste de critères de décès inexpliqués à contrôler.

L'Ordre des médecins a confirmé le 14.01.2022 la nécessité de maintenir le deuxième avis. De préférence par un médicin spécialiste en médecine légale, mais au moins par un médecin assermenté qui a suivi une formation spécifique.

[11] Art. 19, §1, 3° Decreet 16 januari 2004 op de begraafplaatsen en de lijkbezorging, *BS* 10 februari 2004 (tweede uitgave).

Le Conseil approuve par consensus la réponse suivante :

- En général, il faut valoriser la médecine légale en Belgique

- Le Conseil souligne l'importance d'une compétence suffisante aussi bien pour le premier médecin (le médecin qui constate le décès, le médecin traitant) que pour le deuxième médecin (médecin assermenté).

- Il faut constater le nombre limité de médecins spécialistes en médecine légale, il est donc impossible de demander leur intervention pour chaque demande de crémation.

- Il faut donc prévoir une formation spécifique et une formation continue. Les médecins spécialistes en médecine légale peuvent y jouer un rôle important (analyse externe du corps, reconnaître des situations où une autopsie médico-légale est indiquée, le contexte juridique ….) . Les médecins assermentés pourraient prouver leur formation par un système comparable au portfolio. On ne peut pas créer une qualification/un titre professionnel(le) spécifique pour chaque connaissance, compétence ou attitude.

- Des contacts et collaborations internationales sont à conseiller.

I.5. Avis du 13 octobre 2022 : infaisabilité d'une fluctuation non opportune du nombre de places de stage par service de stage, compte tenu des quotas de planification des médecins

Le 10 mars 2022, la Commission de planification offre médicale a rendu l' « avis relatif au contingentement des médecins : quota fédéral pour les années 2028-2033 portantmodification de l' AR du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale ».On peut lire en page 6 : « Les membres de la Commission de planification insistent surl'importance que les niveaux de flux entrants contingentés proposés soient en phase avecle nombre de places de stage disponibles dans chaque spécialité. La disponibilité de cesplaces ainsi qu'un financement de celles-ci à la juste hauteur pour en assurer l'attractivitésont des éléments indispensables pour permettre que l'offre en médecins corresponde auxbesoins de la population. »

Le Bureau du Conseil supérieur des médecins a discuté de cette problématique le 11 mai2022 et a décidé de demander une analyse et une réponse au groupe de travailSpécialistes concernant l' opportunité et la faisabilité pratique d' un nombre fluctuant de places de stage compte tenu du contingentement et des sous-quotas.

Le Conseil Supérieur a analysé la problématique en 7 points :

1. Le caractère superflu d'un contrôle supplémentaire onéreux et complexe du contingentement (et des sous-quotas).

La restriction d'accès du nombre de candidats doit normalement suffire. Une surcapacitélégère en places de stage n'est alors simplement pas utilisée.

2. L'agrément du nombre de places de stage se fait par une évaluation de la capacité de

formation, sur la base de critères se trouvant dans un arrêté ministériel. La question est desavoir sur la base de quels critères le nombre de places de stage serait subitement réduiten raison d'une modification de la planification. Une réduction linéaire (ou un principe FIFO)ne tiendrait pas compte de la sélection des meilleures places de stage. La modification descritères d'agrément est une opération à moyen terme qui doit être basée sur une prioritépour la qualité.

3. Une différence existe au niveau de l'horizon temporel entre l'agrément des services destage (5 ans, avec différents moments de commencement) et les impératifs variables de laplanification et des sous-quotas.

4. Les sous-quotas des différentes communautés peuvent varier.

5. Le défi porte sur un test de proportionnalité car il s'agirait d'une réglementation qui restreintde manière indirecte l'accès à une activité donnée.

6. Il convient de tenir compte des divers autres éléments qui influencent une demande enplaces de stage agréées : l'estompement des limites classiques entre les qualificationsexistantes, la flexibilité souhaitée au cours d'une carrière professionnelle (passerelles entreles stages de qualification), les stages de rotation, la coopération internationale (art. 146 dela loi du 10 mai 2015 [12]), les plans d'amélioration de la loi relative à la qualité de la pratiquedes soins de santé [13].

7. La porte ouverte de la formation professionnelle à l'étranger et les agréments

(automatiques) qui s'ensuivent.

Le groupe de travail Médecin spécialistes a conclu le 23 août 2022 qu'un contrôle d'entrée (nombre de plans de stages) peut garantir le respect des quotas. Le coût et l'infaisabilité de faire fluctuer le nombre de places de stage a été souligné. Le contrôle et la garantie de la qualité des places de stage sont par contre cruciaux. Une légère surcapacité en places de stage permet de choisir les meilleures places de stage et offre également la flexibilité requise (notamment pour les stages de rotation. Le groupe de travail attire l'attention sur l'importance d'un nombre suffisant de places de stage pour les disciplines où il y a un déficit en médecins ainsi que sur l'importance de la répartition géographique des services de stage.

Le 30 septembre 2022, le groupe de travail Médecins généralistes a constaté qu'une fluctuation du nombre de places de stages serait trop chère et trop complexe. Les centres de coordination encouragent l'évolution vers 1 candidat par maître de stage. Un nombre suffisant de places de stage pour la formation des candidats médecins généralistes doit être garanti.

---

[12] Article 146 de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, MB 18 juin 2015 (éd. 1).

[13] Art. 56 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, MB 14 mai 2019.

Le Conseil supérieur des médecins s'est réuni en séance plénière le 13 octobre 2022. On y a également appelé à une grande prudence lorsque l'on rend trop instable le nombre de places de

stage dans un service. À long terme, cela peut donner lieu à un arrêt ou à une diminution du nombre de places de stage, car un service va alors s'organiser autrement par un élargissement du personnel fixe, ce qui réduira les activités requises pour des candidats en formation. Pour certaines disciplines qui rencontrent parfois des problèmes pour financer des candidats à la formation professionnelle, il convient de surveiller si les pénuries de capacité pour la formation professionnelle ne se développent pas avec des effets à long terme. Au besoin, le soutien(financier) requis doit pouvoir être prévu.

Lors de la réunion plénière du 13 octobre 2022, ces constatations et cette analyse ont été approuvées à titre d'avis.

I.6. Proposition de loi modifiant les lois du 16 mars 1971 sur le travail [14] et du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail [15], instituant une protection pour les travailleuses et les travailleurs qui s'absentent du travail pour le diagnostic et le traitement de l'infertilité

Le Conseil a reçu un courriel du 23 juin 2002 de la Commission des Affaires sociales, de l'Emploi et des Pensions de la Chambre des représentants de Belgique concernant la proposition de loi modifiant les lois du 16 mars 1971 sur le travail et du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail instituant une protection pour les travailleuses et les travailleurs qui s'absentent du travail pour le diagnostic et le traitement de l'infertilité, n°798/1. 12

Le groupe de travail « gynécologie » qui fonctionne au sein du Conseil Supérieur des Médecins [16] a été demandé de réagir à la proposition de Loi.

La proposition de Loi :

a. introduit un nouvel art. 40 bis et 40 ter dans la Loi du 16 mars 1971 sur le travail (Chapitre IV. Protection de la maternité) afin de créer le droit de s'absenter du travail, avec maintien de sa rémunération normale, le temps nécessaire pour se rendre aux examens médicaux qui ne peuvent avoir lieu en dehors des heures de travail. La travailleuse (et le travailleur) doit préalablement avertir l'employeur de son absence.
   La proposition exige en plus que l'employeur soit informé de l'intention de recourir à un traitement contre l'infertilité et qu'un certificat médical attestant de cette nécessité soit produit.

   L'article 40 ter prévoit que sauf pour des motifs étrangers aux examens nécessaires au

[14] Loi du 16 mars 1971 sur le travail, *MB* du 30.03.1971.

[15] Loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, M.B., 22 août 1978, Errat., M.B., 30 août 1978 (Titre I, Ch III).

[16] Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

traitement contre l'infertilité, l'employeur ne peut faire un acte tendant à mettre fin unilatéralement à la relation de travail à partir du moment où il a été informé de la nécessité de recourir à un traitement contre l'infertilité jusqu'à l'expiration d'un délai d'un mois prenant cours à la fin du traitement.

b. ajoute ces absences sous l'art 28 de la Loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, Titre I, Chapitre III. Suspension de l'exécution du contrat (suspension et pas de rupture du contrat).

Les questions suivantes ont été soumises au Groupe de travail et nous résumons les réponses dans le tableau suivant :

question	Réponses
Nécessité d'une protection légale pour les travailleuses et les travailleurs qui s'absentent du travail pour le diagnostic et le traitement qui ne peuvent avoir lieu en dehors des heures de travail (la proposition concerne le droit du travail et ne couvre pas les indépendants)	Les membres du groupe de travail confirment l'opportunité de la proposition. Les procédures obligent le couple à s'absenter régulièrement, ce qui donne lieu à du stress dû aux obligations professionnelles.. Il ne s'agira pas de journées entières, mais plutôt de demi-journées ou de périodes encore plus limitées (quelques heures). Les procédures de diagnostic et de traitement ne sont pas uniformes pour tous les couples, il sera difficile de fixer un maximum de journées d'absence. Un membre a demandé l'attention pour la combinaison d'une absence de maladie suite aux interventions/traitement et l'absence dûe aux rendez-vous et procédures strictu sensu. Il a été remarqué que d'autres situations médicales pourraient donner lieu à des demandes similaires de protection légale pour les travailleurs et travailleuses.
L'introduction des propositions légales dans le Chapitre « Protection de la	

maternité » la Loi du 16 mars 1971 sur le travail	
Les conditions de l' information préalable à l'employeur et le certificat médical (inspirées des conditions d'absence au travail à cause d'examens médicaux prénataux)	Un membre du Groupe de Travail Gynécologie a réagi : *« Le libellé « infertilité » est un diagnostic qui à mon avis tombe sous le secret médical. Je ne crois que l'employeur doit en être informé. Je ne suis pas sûr que l'employé(e) permette avec enthousiasme cette information. Par contre dans le cadre de la loi sur la protection de la maternité, on peut utiliser un vocable comme : « suivi et traitement dans le cadre d'une maternité ».* Un membre confirme qu'il faut éviter de donner des informations au sujet des procédures. Un membre a remarqué que l'attestation d'absence devrait être signé par un médecin-spécialiste (par exemple un gynécologue).
Autres remarques	Prévoir des mesures pour éviter des abus

<u>La troisième question semble la plus difficile : « Les conditions de l' information préalable à l'employeur et le certificat médical (inspirées des conditions d'absence au travail à cause d'examens médicaux prénataux) »</u>.

La proposition de Loi prévoit que la travailleuse (et le travailleur) doit préalablement avertir l'employeur de son absence.
La proposition exige en plus que l'employeur soit informé de l'intention de recourir à un traitement contre l'infertilité et qu'un certificat médical attestant de cette nécessité soit produit.

Il est référé à un avis de l'Ordre des Médecins du 16 octobre 2021 « Médecine de contrôle – Directives déontologiques » et du 21 février 2009 « Médecine de contrôle – La communication de données non médicales".

On peut se demander si cette approche par la médecine de contrôle [17] (par une modification concernant le diagnostic et le traitement de la fertilité de la Loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail) ne donnerait pas plus de garanties pour la vie privée des personnes concernées.

Selon l'Ordre des médecins, l'objectif (de la médecine de contrôle) *« … est de contrer les abus d'absence maladie. Lorsqu'un travailleur est dans l'impossibilité d'effectuer son travail pour cause de maladie ou d'accident, il doit, sur la base d'une convention collective de travail ou d'un règlement de travail ou à la demande de l'employeur, soumettre un certificat médical »*

*« Le médecin-contrôleur partage ses conclusions avec l'employeur, le cas échéant, parl'intermédiaire de l'organisme de contrôle qui organise le contrôle. Conformément à sa mission (art.31, § 3, 3 alinéa, loi relative aux contrats de travail), lui-même ou l'organisme de contrôle rapporteà l'employeur uniquement si le travailleur est incapable ou non de travailler et s'il est d'accord ounon avec la durée supposée de l'incapacité de travail prescrite par le médecin traitant**. Il necommunique pas le diagnostic ni les constatations médicales à l'employeur , ni l'évolutionprobable de la maladie ni aucune autre information. Les données non médicales aussi (p. ex.insatisfaction ou conflits liés au travail, problèmes familiaux) relèvent du secret professionnel**. »*

En résumant :

- Il y a des situations où un travailleur/une travailleuse est obligé de s'absenter du travail dû à la nécessité d'une consultation/ procédure médicale ou autre. La proposition de Loi concerne un exemple mais la problématique devrait être abordée d'une façon plus globale afin d'éviter des situations de « inequity by disease or problem».

- La vie privée doit être protégée et la communication à l'employeur d'une problématique ou d'un diagnostic d'une façon directe ou indirecte (par exemple en mentionnant la spécialité du prestataire) est à éviter.
  L'approche de la médecine de contrôle a été donnée en exemple, mais on peut se demander si cette procédure n'est pas trop lourde pour des situations où une bonne entente entre l'employeur et l'employé mène le plus souvent à une solution pratique.

[17] Loi du 13 juin 1999 relative à la médecine de contrôle, *MB* 13 juillet 2021.
A.R. du 1 juin 2021 relatif à la désignation des médecins-contrôleurs et des médecins-arbitres, et à la proédure de plainte, *MB* du 18 juin 2021.

I.7. Vaccination: compétences requises

Le 17 mars 2022, le Conseil a pris connaissance de la modification de la Loi du 10 mai 2015 [18] concernant les compétences des pharmaciens concernant la vaccination SARS-CoV-2.

Art 3, § 4

Par dérogation au paragraphe 1er, les personnes qui peuvent exercer l'art pharmaceutique conformément à l'article 6, § 1er et qui exercent au sein d'officines pharmaceutiques ouvertes au public, sont habilitées à prescrire, avant leur délivrance et leur administration, les vaccins autorisés uniquement pour la prophylaxie du coronavirus SARS-CoV-2.

Par dérogation au paragraphe 1er, les personnes visées à l'alinéa 1er, sont également habilitées à administrer les vaccins autorisés uniquement pour la prophylaxie du coronavirus SARS-CoV-2, moyennant la réussite d'une formation spécifique, dispensée par un médecin ou un infirmier à ce sujet. Ces personnes doivent être en mesure de prouver à tout moment qu'elles ont suivi et réussi cette formation spécifique.

La prescription visée à l'alinéa 1er n'est autorisée que pour autant que le vaccin soit administré immédiatement dans la pharmacie où la prescription et la délivrance ont été effectuées.

Dans les cas visés à l'alinéa 2, le pharmacien peut prescrire et administrer par voie sous-cutanée ou par voie intramusculaire de l'adrénaline lorsque le patient, après la vaccination visée à l'alinéa 2, subit un choc anaphylactique.

La formation spécifique visée à l'alinéa 2, comprend une formation de minimum 8 heures comportant les aspects théoriques de la vaccination, y compris la composition des vaccins, les recommandations du Conseil Supérieur de la Santé, les allergies à certains composants et les réactions allergiques aux vaccins, et des aspects pratiques relatifs aux techniques de vaccination, comme l'administration stérile, la reconnaissance de réactions allergiques graves, à savoir le choc anaphylactique, et les techniques de base de la réanimation. La formation doit être renouvelée tous les trois ans.

Le 13 octobre 2022 le Conseil Supérieur a émis un avis sur les compétences des sages-femmes pour la vaccination, suite à une demande d'avis de M le Ministre du 29 avril 2022 et d'un avis des Académies royales de Médecine.

Le Conseil supérieur des médecins a examiné la demande d'avis du 29 avril 2022, relative à l'opportunité d'autoriser la vaccination chez les nourrissons de 2 à 15 mois pour les sages-femmes diplômées après octobre 2018, lors des réunions plénières du 9 juin et du 13 octobre 2022.

Le 13 octobre 2022, le Conseil supérieur des médecins a rendu par consensus l'avis suivant :

- La formation[19] des sages-femmes (diplômées après octobre 2018) est spécifique et orientée vers un groupe cible qui n'inclut pas la pédiatrie.

- La proposition d'autoriser les sages-femmes qui ont obtenu leur diplôme après octobre 2018 à vacciner

[18] Loi relative à l'exercice des professions de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *MB* 18 juin 2015.

[19] Art. 63 de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *(MB du 18 juin 2015, 1re édition).*

des nourrissons entre 2 et 15 mois comporte des risques, il s'agit d'ailleurs de plusieurs vaccins différents.

La cohérence des soins peut être menacée : l'importance de l'anamnèse, le cas échéant du diagnostic, l'accès aux vaccins, l'enregistrement de la vaccination, le transfert de l'information au dossier médical. Des soins fractionnés pourraient entraîner une diminution du taux de vaccination.

- Des conditions strictes seront dès lors à respecter au cas où la vaccination de nourrissons entre 2 et 15 mois par des sages-femmes diplômées après octobre 2018 serait autorisée : condition d'une prescription médicale et de la présence d'un médecin dans une structure préventive organisée et agréée (Kind & Gezin, Office national de l'enfance) . Un circuit parallèle et des soins fractionnés doivent absolument être évités.- La formation des sages-femmes en la matière devrait être suffisante (6 à 8 heures ne suffisent absolument pas) et devrait entre autres inclure une formation en APLS (*advanced paediatric life support*). Cette formation devrait être continue et régulière, ce qui confirme l'importance de son organisation au sein de structures préventives organisées agréées.

Enfin, le Conseil supérieur a encore émis la remarque qu'un plan global pour l'approche de la vaccination serait fort utile.

I.8. Réaction du Conseil Supérieur des Médecins dans le cadre de la préparation du contrôle de proportionnalité[20] pour l'avant-projet de loi ajoutant[21] l'aide-infirmier et l'infirmier chercheur clinicien dans les professions de santé.

Le Conseil supérieur des médecins a formulé la réaction suivante à l'avant-projet de loi :

1. Exigences de qualité, de sécurité et de responsabilité dans les soins :

Le nombre de qualifications professionnelles doit rester limité par souci de clarté des compétences garanties des collaborateurs au sein d'une équipe de soins.

L'avant-projet introduit une qualification professionnelle supplémentaire entre l'aide-soignant[22] et l'infirmier (responsable de soins généraux).

La nouvelle qualification professionnelle pourrait exercer de manière autonome la profession d'infirmier

[20] Loi du 23 mars 2021 relative à un examen de proportionnalité préalable à l'adoption ou la modification d'une réglementation de profession dans le secteur de la santé, *M.B.* 9 avril 2021

[21] Loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *MB 18 juin 2015 (1ère éd.).*

[22] Arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant, *M.B.* 3 février 2006 (1ère éd.)

dans des situations moins complexes (art. 2, 7°, alinéas 2 et 5 introduisant l'art. 1er/2 dans l'art. 45 de la loi du 10 mai 2015).
Pour les situations plus complexes, en revanche, ce professionnel ne peut travailler qu'au sein d'une équipe de soins structurée et en étroite collaboration avec l'infirmier responsable des soins généraux et/ou le médecin.

Dans la pratique et dans la pression des soins, il n'est pas possible d'évaluer à chaque fois une variation imprécise des compétences minimales garanties d'un collaborateur pour le degré (variable) de complexité des soins. De telles situations peuvent poser des problèmes de qualité, de sécurité et de responsabilité.

Après la distinction entre les situations moins complexes et les situations complexes, l'avant-projet ajoute que l'aide-infirmier « ... agit dans le cadre de la prévention, du maintien et de la promotion de la santé en lien avec la qualité de vie ».
Il n'est pas clair s'il s'agit d'une limitation du domaine d'activité qui exclut, par exemple, la contribution aux activités de soins curatifs et actifs.

2. Une hygiène nécessaire en matière de terminologie

La version française indique « aide-infirmier », la version néerlandaise « basisverpleegkundige ». La traduction doit être conforme.

Proposer une qualification d'infirmier (de base) tout en ne remplissant pas les conditions minimales de l'article 31 et de l'annexe V.2 de la directive européenne sur les qualifications professionnelles 2005/36/CE peut, dans le cadre de l'application de la mobilité au sein de l'UE, donner lieu à des critiques concernant la précision (ou imprécision) et la loyauté.

Les critères minimaux de la directive sur les qualifications professionnelles doivent être garanties pour chaque infirmier. Sinon, il convient d'utiliser une terminologie appropriée et prêtant moins à confusion.

3. La proposition d'un nouveau titre professionnel « infirmier chercheur clinicien ».

Le Conseil supérieur des médecins soutient évidemment la recherche scientifique sur les connaissances, le savoir-faire et les processus des soins infirmiers, ainsi que l'obtention de compétences académiques avancées.

Il y a cependant de nombreuses professions (de santé) dans lesquelles les professionnels s'engagent dans la recherche, que ce soit de manière continue ou non.

La question est de savoir si la création d'un titre professionnel, avec ou sans restriction d'accès à ces

activités, est appropriée pour ces activités. Le test de proportionnalité[23] apportera plus de précisions à ce sujet.

Le Conseil supérieur des médecins est disposé à approfondir ce point lors d'une prochaine concertation.

I.9. Fonctionnement du Conseil Supérieur des Médecins

Le dr D. Claeys succède au dr M. Moens (qui a décidé de terminer son mandat) comme membre du Bureau (réunion du 8 décember 2022).

Le Conseil Supérieur a demandé au Bureau de développer une modalité afin de permettre aux candidats en formation de participer déjà à une parties des réunions plénières, à l'exception des dossiers individuels à traiter par les membres mandatés.

I.10. Recomposition du Conseil Supérieur des médecins

L'état des lieux a été mis à l'ordre du jour de chaque réunion plénière de 2022. Sur base des critères pour la représentativité des associations professionnelles et après leur désignation, la procédure de la recomposition pourra être lancée.

[23] Art. 59, 3 de la Directive 2005/36/CE
Directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions, *JO L* 173 du 9/7/2018, pp. 25–34
Loi du 23 mars 2021 relative à un examen de proportionnalité préalable à l'adoption ou la modification d'une réglementation de profession dans le secteur de la santé, *M.B.* 09/04/2021.

II. Médecins généralistes

II.1. Cabinet de M le Ministre : Groupe de travail «New deal »

M. le Ministre a publié une note d'orientation et demandé à des groupes de travail de l'analyser.

Cinq piliers pour soutenir les médecins généralistes y sont proposés :
- Veiller à un nombre suffisant et à une bonne répartition des (cabinets de) médecins généralistes
- Réduire les formalités administratives inutiles
-Améliorer l'accessibilité pour les patients
- Un bon modèle organisationnel avec une délégation de tâches
-Élaborer un modèle de financement équilibré permettant de mieux prendre en compte la disponibilité, la coopération intradisciplinaire et interdisciplinaire, la continuité des soins, la qualité, la prévention

Le dossier a été mis à l'ordre du jour de la réunion plénière du Conseil Supérieur le 13 octobre 2022 et le 8 décembre 2022. Le Conseil a demandé au Groupe de travail médecine générale d'examiner les implications pour la formation professionnelle dès que le rapport définitif sera disponible.

II.2. Groupe de travail pour réviser les critères d'agrément en médecine générale.

En octobre 2021, le Conseil a pris connaissance d'une analyse des A.M. en vigueur, des avis précédents ainsi que des grandes orientations pour l'avenir.

Un groupe 'mixte' (membres du Conseil et des deux Commissions d'agrément) a été constitué. Le Groupe de travail s'est réuni le 1 février 2022 et le 21 juin 2022.

III. Médecins spécialistes

III.1. Mesures transitoires en ce qui concerne les critères d'agrément de l'infectiologie clinique (A.M. du 7 mai 2020 [24]) et de la microbiologie médicale (A.M. du 7 mai 2020 [25])

Les critères d' agrément susmentionnés ont été publiés en 2020 pour les nouveaux titresprofessionnels de niveau 3 « Infectiologie clinique » et « Microbiologie médicale ».

Lors de la création de nouvelles qualifications professionnelles, des mesures transitoiressont systématiquement prévues. Les médecins qui disposent des compétences et de l' expérience requises et qui sont en mesure de le démontrer peuvent ainsi être agréés sur la base de critères établis.

Les entités fédérées ont besoin de ces mesures transitoires pour désigner les premiers membres des commissions d' agrément, lesquelles pourront ensuite agréer les futurs maîtres de stage et approuver les nouveaux plans de stage de nouveaux candidats.

Cependant, les critères transitoires ne peuvent pas être trop souples. Dans le cadre de la mobilité qualitative au sein de l' UE, l' art. 25, 3, a) de la Directive 2055/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles détermine les règles en vue de l' octroi d' une deuxième qualification professionnelle de l' annexe V à la Directive. Les dispenses octroyées pour la deuxième qualification et basées sur les compétences précédemment acquises ne peuvent pas dépasser la moitié de la durée prévue. Cette règle figure à l art. 3/1 de l'A.M. du 23.04.2014 [26].

Les Commissions d' experts et d' agrément de la Communauté flamande ont demandé enfévrier-mars 2021 un assouplissement des mesures transitoires pour l' octroi d' un titre de niveau 3 prévu par les A.M. précités.

Les deux A.M. du 7 mai 2020 ne tiennent pas suffisamment compte, par exemple, des médecins qui, une fois en possession de leur titre de niveau 2 après le 30 mai 2015, ontsuivi la totalité ou une partie des composantes de la formation en infectiologie clinique (ou microbiologie).

---

[24] Arrêté ministériel du 7 mai 2020 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en infectiologie clinique, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage, *MB*20.5.2020.

[25] Arrêté ministériel du 7 mai 2020 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en microbiologie médicale, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage, *MB* 20.5.2020.

[26] Arrêté ministériel du 7 mai 2020 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du

Avec les mesures transitoires actuelles, ces jeunes médecins correctement formés sont contraints de renoncer à leurs activités professionnelles pour suivre une formation professionnelle pendant deux ans.

Les Commissions d' experts et d'agrément renvoient aux avis que le Conseil supérieur des médecins a rendus en 2019 [27] et qui préconisaient des mesures transitoires plus souples : les médecins ayant pu obtenir le titre après 2015 pouvaient invoquer une formation complémentaire qu' ils avaient déjà suivie pour obtenir le titre de niveau 3.

Le Conseil supérieur des médecins a discuté de cette problématique le 10 juin, le 14 octobre, le 9 décembre 2021 et le 17 mars 2022.

Le 14 octobre 2021, le Conseil supérieur a recommandé (cf. lettre du 28 octobre 2022) d' assouplir les mesures transitoires - qui doivent être suffisamment limitées dans le temps - afin de permettre l' octroi de l' agrément du niveau 3 [28] à des médecins plus jeunes capables de démontrer qu' ils ont déjà suivi (en totalité ou en partie) une formation approfondie (théorique et pratique).

Il a également été notifié qu' une proposition concrète serait élaborée sur la base de critères stricts pour des mesures transitoires adaptées.

Le 17 mars 2022, le Conseil supérieur des médecins a émis l'avis suivant, en consensus avec une proposition concrète d' adaptation des mesures transitoires dans les critères d'agrément pour les nouveaux titres professionnels de niveau 3 « Infectiologie clinique » (art. 15 A.M. du 7 mai 2020) et « Microbiologie médicale » (art. 18 A.M. du 7 mai 2020) :

a) Il faut fixer une date limite dans les A.M. pour présenter une demande d' application des mesures transitoires.

b) Les mesures transitoires actuelles sont maintenues, mais les cinq années d'ancienneté avant l' entrée en vigueur (30 mai 2020) des A.M. concernent l' ancienneté après l' obtention d'un titre de niveau 2.

La condition « médecin spécialiste » telle qu' elle est actuellement reprise devient donc caduque, ce qui permet de prendre aussi en compte un médecin généraliste agréé depuis cinq ans pour les mesures transitoires, pour autant qu' il remplisse toutes les conditions.

Ceci est logique puisque le titre de niveau 3 est accessible à tout titre de niveau 2 (dontaussi le médecin généraliste agréé).

c) Pour les médecins qui ont obtenu leur titre de niveau 2 avant la date d' entrée en vigueur(30 mai 2020) des A.M. du 7 mai 2020, mais dont l' ancienneté ne dépasse donc pas cinq ans après l' obtention du titre de niveau 2, les critères suivants sont proposés comme mesure transitoire. La soumission cumulative des documents justificatifs suivants :
- une formation (professionnelle) clinique suivie d' au moins une année complète (comme seuil pour

[27] cf. également avis du Conseil d'État du 14 avril 2020 (67.111/2 sur l'infectiologie clinique et 67.112/2 sur la microbiologie médicale).

[28] Infectiologie clinique et microbiologie médicale

garantir le sérieux de la demande et l' essentiel des compétences déjà acquises) avant le 1er août 2021. La date du 1er août 2021 est proposée car l' agrément des maîtres de stage et services destage n'était pas possible immédiatement après la publication des A.M.
- Les compétences déjà acquises font l'objet d'une évaluation par la Commission d' agrément. Si toutes les compétences finales requises dans les critères d' agrément sontdéjà atteintes, il est possible d' octroyer un titre de niveau 3. Si toutes les compétences finales ne sont pas encore atteintes, la Commission d' agrément peut proposer un plan de stage compensatoire [29] qui aboutira à l' obtention du titre de niveau 3.

Pour les médecins n'ayant obtenu le titre de niveau 2 qu' après l' entrée en vigueur (30 mai 2020) des A.M. du 7 mai 2020, aucune mesure transitoire n' est prévue car les critères d' agrément pour le titre de niveau 3 étaient connus à partir de ce moment-là.

III.2. Critères d'agrément en dermatologie – avis du Conseil supérieur des médecins [30] du 17 mars 2022 modifiant l'A.M. du 4 octobre 2016 [31].

À la suite de problèmes signalés par les Commissions d'agrément concernées de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Communauté flamande, le Conseil supérieur des médecins a examiné plus en détail les adaptations souhaitables à apporter aux critères d'agrément en dermatologie.

Le 17 mars 2022, l'avis suivant portant adaptation de l'A.M. du 4 octobre 2016 a été rendu par consensus.

1. En ce qui concerne les stages de rotation (stages dans les services de stage agréés d'autres disciplines médicales) :

   La réglementation prévue à l'article 13 de l'arrêté ministériel général du 23/04/2014 [32] est d'application : maximum un an sans limitation de la nature de l'autre discipline médicale. Cela permet d'acquérir de l'expérience et d'obtenir d'autres compétences avec une certaine flexibilité (et notamment une expérience en matière d'anatomopathologie de la peau). L'article 4 de l'A.M. spécifique du 4 octobre 2016, qui limite déjà de façon trop stricte les stages de rotation supplémentaires à la chirurgie et à la chirurgie plastique, doit être adapté en ce sens.

---

29 Cette mesure transitoire dans les deux A.M. spécifiques du 7 mai 2020 s'écarte éventuellement de l'art. 3/1 de l'A.M. du 23 avril 2014.

30 Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

31 Arrêté ministériel du 4 octobre 2016 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage en dermato-vénéréologie, *MB* du 25 octobre 2016.

32 Arrêté ministériel 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.

Les stages de rotation obligatoires prévus actuellement à l'art. 3, §2, 4° de l'A.M. du 4 octobre 2016, renvoient encore à des indices de lits (D, E) et renferment des critères étranges comme la disposition selon laquelle les stages en gériatrie et réadaptation fonctionnelle doivent se faire dans des services isolés.
Le Conseil supérieur propose une nouvelle réglementation qui place la qualité du trajet de formation au centre des préoccupations : l'obligation de « minimum 6 mois de stage de rotation dans un service de stage agréé en médecine interne ou gériatrie ».

Vu que la durée maximale pour les stages de rotation est d'un an et vu le renvoi ci-dessus à l'art. 13 de l'A.M. du 23/04/2014, les stages en pédiatrie et en réadaptation fonctionnelle deviennent une option pour un maximum de 6 mois.

2. Stages dans des services de stage/hôpitaux universitaires et non universitaires :

L'art. 3, §2, 1° et 2° de l'A.M. spécifique du 4 octobre 2016 prévoit en la matière un régime dérogatoire par rapport à celui prévu à l'art. 10 de l'A.M. général du 23/04/2014. 24

Le Conseil supérieur des médecins souligne l'importance d'acquérir de l'expérience dans un contexte tant universitaire que non universitaire pour les candidats en formation professionnelle.
L'art. 10 de l'A.M. du 23/04/2014 exige un minimum de 12 mois de stage hospitalier dans les deux contextes.

Il est conseillé de supprimer le régime spécifique de l'A.M. du 4 octobre 2016, rendant ainsi applicable le régime général de l'art. 10 de l'A.M. du 23/04/2014.

Il est fait remarquer que les services de stage hospitaliers non universitaires sont actuellement en pénurie. Dans un avis du 13 juin 2019, le Conseil supérieur avait déjà attiré l'attention sur un problème de capacité. Le Conseil supérieur préconise une application souple tant que ce problème de capacité persistera.

Le problème de capacité des services hospitaliers non universitaires s'explique en partie par les critères actuels qui exigent la présence du maître de stage dans le service de stage hospitalier. Cf. A.M. 4 octobre 2016, art. 7, §1er (temps plein) et §2 (huit demi-jours).

Le Conseil supérieur tient à approfondir l'examen de cette problématique, et ce pour plusieurs disciplines comme la dermatologie, l'ophtalmologie, l'ORL... Si une discipline médicale s'est organisée d'une manière différente dans la pratique, la réglementation doit

en tenir compte. Par ailleurs, les candidats en formation professionnelle doivent acquérir de l'expérience dans un contexte dans lequel eux-mêmes pratiqueront.

Il faut dès lors réfléchir à comment réglementer au mieux trois situations :
- les critères pour le maître de stage qui exerce uniquement dans un service de stage en milieu hospitalier (actuellement art. 7, §1er et §2 de l'A.M. du 4 octobre 2016)
- les critères pour le maître de stage qui pratique exclusivement ou essentiellement en milieu extrahospitalier (cf. point 4 du présent avis) : sont régis aux articles 7, §3 et 12, 1° de l'arrêté spécifique et à l'art. 12/1 de l'arrêté général du 23/04/2014.
Pour l'heure, le Conseil supérieur recommande uniquement encore de maintenir le régime de l'art. 12/1 de l'A.M. du 23/04/2014 et d'examiner une nouvelle adaptation.
- il est nécessaire de prévoir des critères pour les maîtres de stage qui exercent, avec une équipe de stage, aussi bien dans un service hospitalier que dans un service extrahospitalier, garantissant à chaque fois la supervision, la qualité et la sécurité de la formation professionnelle (la garantie d'un environnement d'apprentissage clinique de qualité).

3. Stages à l'étranger

Le Conseil supérieur des médecins a pris connaissance de la demande visant à prévoir une exception au dernier alinéa de l'art. 10 de l'A.M. du 23/04/2014. Cette exception permettrait à un stage effectué à l'étranger d'entrer en ligne de compte comme service de stage soit universitaire soit non universitaire.

Ce dernier paragraphe de l'art. 10 de l'A.M. du 23/04/2014 a cependant été ajouté à l'époque pour éviter toutes sortes de discussions sur les statuts étrangers universitaires ou non universitaires. Du reste, l'art. 10 renvoie à la législation belge sur les hôpitaux. Et la durée minimale dans les deux contextes hospitaliers a été réduite à 12 mois (auparavant 1/3e de la durée de formation).

Le Conseil supérieur recommande de continuer à appliquer l'article 10 de l'A.M. du 23/04/2014 dans son intégralité.

Les stages à l'étranger sont réglementés aux articles 11 et 11/1 de l'A.M. du 23/04/2014, de sorte que les dispositions à la dernière phrase de l'art. 3, §2, 4° de l'A.M. du 4 octobre 2016 paraissent superflues.

4. Services de stage extrahospitaliers :

Les critères pour les maîtres de stage qui exercent exclusivement ou essentiellement en milieu extrahospitalier et pour les services de stage extrahospitaliers sont prévus aux articles 7, §3 et 12, 1° de l'A.M. spécifique du 4 octobre 2016 et à l'article 12/1 de l'AM général du 23/04/2014.

Le Conseil supérieur recommande uniquement encore de maintenir le régime de l'art. 12/1 de l'A.M. du 23/04/2014.
De la sorte, on éliminerait l'obligation pour le maître de stage de travailler au minimum deux demi-jours par semaine dans un hôpital (art. 7, §3 et 12, 1° de l'A.M. du 4 octobre 2016) et on permettrait à un plus grand nombre de services de stage extrahospitaliers d'être agréés. L'art. 12/1 de l'A.M. du 23/04/2014 limite de toute façon la durée de stage maximale dans un service de stage extrahospitalier à 12 mois.

Des critiques ont été formulées vis-à-vis de l'obligation à l'article 12/1 de l'A.M. du 23/04/2014 pour le candidat en formation professionnelle de participer, pendant son stage extrahospitalier, à la permanence médicale d'un hôpital. D'un point de vue pratique, ce serait très difficile à régler si le maître de stage exerce uniquement en milieu extrahospitalier.

Le Conseil projette d'examiner cet aspect, vu le caractère transdisciplinaire (cf. considérations dernier alinéa point 2).

5. Enfin, il est conseillé d'adapter le critère de fixation du nombre de candidats à former.

L'article 8 de l'A.M. du 4 octobre 2016 exige 6000 consultations variées par candidat.

Les présidents des deux Commissions d'agrément font savoir que le but était d'exiger ce nombre pour le premier candidat, mais qu'ensuite, par tranche de 3000 consultations additionnelles, un candidat supplémentaire peut être attribué. Au demeurant, ceci doit être appliqué maintenant, sous peine d'avoir une pénurie de places de stage.

Le Conseil supérieur a conseillé de procéder à cette adaptation à l'article 8.

Quelques points d'attention majeurs de nature transdisciplinaire seront donc examinés. Cela ne doit cependant pas freiner l'adaptation de la réglementation pour les autres éléments du présent avis.

III.3. Avis du Conseil supérieur des médecins[33] du 17 mars 2022 concernant la création d'une nouvelle qualification professionnelle de niveau 2 « Pharmacologie clinique et médecine pharmaceutique »

Le 17 mars 2022, le Conseil supérieur des médecins a émis un avis ci-joint concernant la création d'une nouvelle qualification professionnelle de niveau 2 " Pharmacologie clinique et médecine pharmaceutique ".

Le Conseil supérieur a également rendu un avis positif par consensus [34]sur le projet d'examen de proportionnalité qui a été établi après communication au public et aux parties prenantes.

L'avis positif émis précédemment par le Conseil supérieur des médecins du 14 mars 2019 a été actualisé et complété par le projet d'examen de proportionnalité.

Le Conseil supérieur applique des critères stricts avant d'envisager la création d'une nouvelle qualification professionnelle pour médecins. En termes d'activité, de compétences finales et de formation, la qualification proposée diffère clairement des autres qualifications professionnelles médicales agréées.

La pharmacologie clinique est la science des médicaments, des dispositifs médicaux et de leur usage clinique. Ce titre professionnel figure à l'annexe V de la directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, avec une durée de formation de minimum 4 ans (mobilité et reconnaissance automatique).

La médecine pharmaceutique est la spécialité médicale axée sur la découverte, l'analyse, le développement, l'étaiement d'informations correctes et la sécurité de l'utilisation de médicaments, de vaccins, de dispositifs médicaux… Ce titre existe dans des pays dont l'activité en matière de recherche clinique est importante et où l'industrie pharmaceutique est présente, qui peuvent ainsi compter sur des professionnels bien formés et agréés. La Belgique est un pays qui présente un profil similaire et où l'emploi et les investissements (au niveau des universités, des hôpitaux et de l'industrie) dans la recherche médico-scientifique sont importants.

Le regroupement de la pharmacologie clinique et de la médecine pharmaceutique en un titre professionnel permettra de créer une synergie dans la mesure où les connaissances et le savoir-faire des deux disciplines seront utiles, notamment dans le domaine hospitalier ainsi que dans le secteur de la recherche et de l'industrie.

Dans chaque contexte, la présence d'un médecin spécialisé offre un avantage indéniable sur le plan qualitatif.

Ce nouveau titre professionnel contribuera à un usage plus sûr, plus efficace et de meilleure qualité des médicaments, dispositifs médicaux... y compris dans l'intérêt des autorités et des instances régulatrices.

---

33 Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

34 Art. 7, 9, 10 de la Loi du 23 mars 2021 relative à un examen de proportionnalité préalable à l'adoption ou la modification d'une réglementation de profession dans le secteur de la santé, *M.B.* 09.04.2021

La pharmacologie clinique et la médecine pharmaceutique revêtent toutes les deux une importance croissante pour les soins de santé étant donné les exigences accrues auxquelles ces derniers sont confrontés en matière de traitements plus efficaces, plus sûrs et plus rentables.

La recherche d'une médecine (de précision) plus personnalisée, l'évaluation continue de l'efficacité et de l'efficience des médicaments et des dispositifs médicaux, y compris après l'enregistrement et la mise sur le marché de nouveaux produits, y contribuent également. De même, compte tenu de l'importan croissante des médicaments de thérapie innovante (ATMP, qui regroupent l'ingénierie tissulaire et la thérapie cellulaire génétique et somatique), ainsi que des progrès dans le traitement des maladies rares grâce à la mise au point de médicaments orphelins, ces formes de médecine font face à des exigences toujours plus élevées.

L'adoption du nouveau règlement européen sur les essais cliniques accélère cette évolution. Ces activités doivent contribuer à renforcer et, le cas échéant, à rétablir la confiance dans les médicaments et dans la recherche clinique.

Les connaissances (science des données) et l'expérience en matière d'utilisation des données, d'intelligence artificielle, de logiciels et de dispositifs médicaux ont également été intégrées dans l'avis actualisé du 17 mars 2022.

Le nouveau titre professionnel de niveau 2 est accessible aux médecins fraîchement diplômés (niveau 1) et aux médecins qui possèdent déjà une autre qualification professionnelle et qui peuvent éventuellement, en tant que médecin spécialiste, bénéficier de dispenses au cas par cas conformément à l'art. 3/1 de l'A.M. 23.04.2014 [3].

L'avis détaille les compétences finales à acquérir ainsi que la formation théorique et pratique.

La formation dure au total 4 ans, comprenant deux années de formation clinique et, pour l'autre moitié, une formation dans des services de stage agréés de « pharmacologie clinique/médecine pharmaceutique » en hôpital, dans l'industrie, dans des sociétés de recherche contractuelle, à l'AFMPS ou dans des organismes de certification.

L'ordre des phases de formation n'est pas réglementé mais sera défini dans le plan de stage approuvé. Dans le cadre d'un stage clinique, un service hospitalier qui fait de la recherche clinique peut être intéressé par des candidats ayant déjà suivi une partie du cursus en matière de développement de médicaments ou dispositifs médicaux.

L'avis formule également des critères pour les maîtres et services de stage ainsi que pour le nombre maximum de candidats par service de stage. Des dispositions transitoires sont prévues pour les médecins qui excipent déjà d'une pratique dans une, voire les deux disciplines de la pharmacologie clinique-médecine pharmaceutique. Où les formations antérieures et la formation continue peuvent s'avérer pertinentes.

La compétence du Conseil supérieur des médecins en matière de critères d'agrément concerne clairement les médecins.

Le présent avis relatif à une qualification professionnelle « Pharmacologie clinique – Médecine pharmaceutique » possède des caractéristiques spécifiques pour lesquelles une formation de base de médecin est requise.

Ainsi, deux années de formation clinique sont prévues dans le trajet de formation et le médecin, sur la base de ses compétences, devra être capable d'évaluer les risques/bénéfices de chaque diagnostic ou thérapie en fonction des risques de chaque tableau clinique et surtout de chaque patient (comorbidités, fragilité...). Ces aspects, le savoir-faire médical et l'expérience, différencient notamment cette qualification de médecin des autres professions du secteur qui sont également en évolution.

La pharmacologie clinique dans les hôpitaux, la médecine pharmaceutique dans le secteur pharmaceutique et dans le secteur des dispositifs médicaux, sont de toute évidence des domaines de collaboration intense entre plusieurs disciplines.

Depuis de nombreuses années, les pharmaciens sont l'un des groupes professionnels les plus importants en cette matière. Mais les titulaires d'un master en sciences biomédicales, en biologie… et les ingénieurs y jouent un rôle complémentaire majeur.

Le présent avis est complémentaire aux nouvelles propositions de qualifications qui seront probablement développées à l'avenir par le Conseil fédéral des pharmaciens [35]pour les pharmaciens.

Les modalités et critères de formation présenteront des caractéristiques en partie conjointes et idéalement, l'expertise mutuelle sera mise en commun.

Le 13 janvier 2022, une réunion a eu lieu (par visioconférence) entre une délégation du groupe de travail et des doyens des Facultés de Pharmacie des universités belges.

La réunion a abouti à la conclusion suivante. Lors de la réunion plénière du 17.03.2022, le Conseil supérieur des médecins a suivi cette recommandation dans le préambule de l'avis[36].

- La proposition relative à la nouvelle qualification professionnelle « Pharmacologie clinique - Médecine pharmaceutique » offre aux candidats une formation structurée et supervisée, qui les met en position de force au début de leur carrière.
- L'initiative améliorera la qualité de l'ensemble du spectre, du « early discovery » au « clinical use ».

[35] Art. 7/1 de la Loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, (M.B. 18 juin 2015 (éd. 1)).

[36] Considérant toutefois la formulation large de l'art. 5, §4, 3°, de l'A.R. du 21 avril 1983 [36], et surtout le caractère souhaitable d'une organisation cohérente des soins de santé en collaboration avec toutes les professions de soins, les patients et la population, la précision suivante est apportée.

- Cette qualification professionnelle renforcera la position du secteur pharmaceutique belge (et du secteur belge des produits jetables). Pour les candidats, cette qualification peut effectivement faciliter les contacts internationaux, les positions et les carrières. La notification sous 5.1.3. de l'annexe V de la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (reconnaissance automatique) doit également être considérée sous cet angle. Ce dossier comporte un aspect d'internationalisation.

- Un engagement est demandé au Conseil supérieur des médecins afin de soutenir également le développement d'une qualification professionnelle spécifique pour les pharmaciens.

- Le Conseil supérieur des médecins marque son accord sur cette proposition. La réalisation du nouveau titre professionnel des médecins va d'ailleurs accélérer l'évolution pour les pharmaciens et il est donc préférable de le publier dans les plus brefs délais.

- Le Conseil fédéral des pharmaciens (actuellement mis sur pied) disposera d'une compétence d'avis pour les pharmaciens. Le futur titre professionnel des pharmaciens aura ses propres spécificités en termes de trajet de formation et de compétences finales.

- Le titre professionnel des médecins a également ses propres spécificités. Ainsi, une formation clinique importante (de deux ans) sera dispensée et les compétences finales diffèreront aussi partiellement (apport et actes médicaux).

- Idéalement, la formation théorique fera usage, autant que possible, de l'offre déjà existante.

- Il est préférable que la coopération entre les disciplines médicales et pharmaceutiques débouche sur un programme commun.

- La formation pratique sera abordée en partie de manière spécifique et en partie de manière conjointe.

Le présent avis du 17.03.2022 du Conseil supérieur des médecins prévoyant à présent une qualification professionnelle pour les médecins a pour but d'augmenter la qualité de l'exercice de la profession par les médecins et d'obtenir une reconnaissance de cette qualification au niveau belge et européen. Elle est à considérer comme un signal positif et un renforcement pour ce secteur.

Dans une prochaine phase, le Conseil fédéral des pharmaciens prendra des initiatives. Le Conseil supérieur des médecins soutient cette possibilité de synergie. L'expérience acquise avec le nouveau titre professionnel des médecins sera utile à cet égard.

Dès lors, le Conseil supérieur des médecins plaide en faveur d'un suivi rapide du présent avis afin que les nouvelles générations de médecins puissent compter sur un module de formation et d'expérience solide, cohérent et supervisé pour affronter tous les défis de l'avenir.

III.4. Cellule qualité : e- brochure pour les médecins spécialistes en formation professionnelle (« livre vert ») et enquête.

Brochure électonique : présentée au Conseil Supérieur des médecins le 17 mars 2022.

Enquête auprès des candidats médecins spécialistes en formation, des maîtres de stage et des maîtres de stages coordinateurs

Lors d'un workshop du 18 novembre 2022 une synthèse des résultats de l'enquête a été présentée , suivi d'une discussion autour des 5 thèmes retenus, à savoir : objectif d'apprentissage par phase de formation et suivi, supervision, rôles de formation et responsabilités, évaluation et gestion de la qualité et culture d'apprentissage. Les éléments recueillis serviront à rédiger une note à l'intention du Ministre. L'équipe du projet a reçu un feedback positif sur le workshop.

III.5. Avis relatif à la modification des critères d'agrément pour le titre professionnel de niveau 2 « gynécologie-obstétrique » (réunion plénière du 13 octobre 2022)

Le 13 octobre 2022, le Conseil supérieur des médecins a rendu un nouvel avis relatif à la modification des critères d'agrément en gynécologie-obstétrique tels que stipulés dans l'A.M. désuet mais toujours en vigueur du 15 septembre 1979[37].

En effet, l'avis du 15 juin 2017 n'a pas été suivi d'une modification de l'arrêté ministériel.

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

Préalablement au nouvel avis du 13 octobre 2022, le projet d'avis accompagné d'une explication a été envoyé aux parties prenantes concernées le 4 juillet 2022 et publié sur le site web du SPF Santé publique conformément aux dispositions de la loi du 23 mars 2021[38] relative à un examen de proportionnalité. Le Conseil supérieur des médecins a pris connaissance des réactions et des réponses du groupe de travail au cours de la réunion du 13 octobre 2022.

L'avis du 13 octobre 2022 qui figure en annexe énumère les facteurs environnementaux modifiés : évolution des connaissances (p. ex. génétique), complexité accrue du diagnostic (notamment l'échographie dans le cadre du diagnostic prénatal et du suivi de la grossesse) et des interventions chirurgicales et interventions thérapeutiques non chirurgicales, plus de possibilités pour le traitement des problèmes liés à la fertilité, le planning familial … L'avis mentionne également l'évolution de la relation médecin-patient (*shared decision making*) et l'intensification de la collaboration multidisciplinaire (p. ex. pour la médecine reproductive, l'oncologie gynécologique, l'urogynécologie et la périnatologie).

Le très large champ d'application du médecin spécialiste en gynécologie implique une prolongation de la durée de la formation professionnelle de 5 à 6 ans. Le Conseil supérieur des médecins a déjà analysé en profondeur cette option dans le cadre de l'avis de 2017 et réaffirme aujourd'hui la nécessité de cette prolongation. Une association de candidats en gynécologie-obstétrique s'est ralliée à cette conclusion.

L'avis définit à la fois les compétences finales à acquérir et le nombre minimal d'actes à accomplir. L'évaluation de la progression du candidat s'effectue de manière systématique, mais au bout de la quatrième année, certains critères (annexe 2a de l'avis) font l'objet d'une évaluation dans l'optique de compléter les deux dernières années de formation. Moyennant une évaluation intermédiaire positive, il est possible de suivre pendant la 5e et la 6e année de formation une orientation spécifique[39] d'une durée maximale de 12 mois. Tous les candidats doivent atteindre les compétences finales définies à l'annexe 2b de l'avis à la fin de leur formation.
L'association des candidats en formation a souligné l'importance de cette possibilité de suivre une orientation supplémentaire pour le plus grand nombre possible de candidats ou la totalité de ceux-ci. C'est l'objectif visé par la nouvelle proposition, mais comme l'avis porte bel et bien sur le titre professionnel de niveau 2 « gynécologie-obstétrique », les larges compétences finales visées à l'annexe 2b doivent être garanties. L'importance de pratiquer la simulation a été soulignée. Elle peut mener à une autonomie plus rapide des candidats de façon sécurisée.

Enfin, l'avis contient les critères proposés pour l'agrément des maîtres de stage avec leur équipe de

---

38 Loi du 23 mars 2021 relative à un examen de proportionnalité préalable à l'adoption ou la modification d'une réglementation de profession dans le secteur de la santé, *M.B.* 9 avril 2021
Directive (UE) 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions, *JO L* 173 du 9 juillet 2018, pp. 25–34

39 Orientations spécifiques telles que la médecine reproductive, l'oncologie, l'urogynécologie, la médecine périnatale, la chirurgie mini-invasive, etc.

stage, pour les services de stage (qui peuvent offrir ou non chaque année de la formation[40]) et pour la détermination du nombre maximum de candidats par service de stage, en tenant compte du volume et de la diversité de l'activité ainsi que de la composition de l'équipe de stage.

Le 13 octobre 2022, le Conseil supérieur des médecins a rendu par consensus un avis positif.

III.6. Titre niveau 3 soins intensifs

Les médecins neurologues demandent la possibilité d'accès à cette formation professionnelle. En octobre 2020, le Conseil a reçu le prof Meyfroidt qui a confirmé le support de l'association des soins intensifs pour cette demande.

Récemment, la Commission d'agrément de la Communauté flamande a réagi positivement à cette demande des médecins neurologues à condition que la formation sera suffisamment large : un titre niveau 3 suppose plus qu'une spécialisation monodisciplinaire.

Le Conseil Supérieur constituera un groupe de travail afin de préparer les initiatives de l'Union européenne pour inclure éventuellement la qualification soins intensifs en annexe V de la Directive 2005/36/EC et afin d'examiner le dossier des soins intensifs pédiatriques.

III.7. Medecine de sommeil et de l'éveil

La demande répétée (2018, 2020, 2022) de la Belgian Association for sleep research a de nouveau été discutée en réunion plénière le 13.10.2022. On demande une qualification niveau 3, avec comme condition d'accès un titre niveau 2 en pneumologie, neurologie, psychiatrie, médecine interne.

Etant donné le grand nombre de demandes de renouvellement ou de création de qualifications professionnelles, cette demande a dû être considérée comme pas prioritaire.

[40] Néanmoins, un même candidat ne peut jamais effectuer la totalité de sa formation dans le même service de stage, cf. art. 7 de l'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.

III.8. Discussion de plusieurs points d'attention apportés par le Groupe de travail médecins spécialistes du 23.08.2022

Les points suivants ont été discutés lors de la réunion plénière du 13 octobre 2022 :

- Les services de stage extrahospitaliers: opportunité de critères pour les services de stage en même temps hospitalier et extrahospitalier. Des candidats en formation professionnelle doivent pouvoir acquérir une expérience dans le contexte de leur future activité professionnelle. L' AM du 23.04.2014 doit prévoir la possibilité, les critères spécifiques peuvent varier selon la discipline médicale.
- Service de stage avec de multiples sites. L'avis de 2019 n'est pas encore à révoir. Un service de stage pour tout un réseau hospitalier n'est pas souhaitable: il faut éviter que les candidats en formation voyagent tout le temps d'un site à l'autre. D'ailleur, l'art 82 de la Loi coordonnée sur les hôpitaux [41] prévoit que chaque site du réseau doit remplir tous les critères d'agrément. Un réseau peut disposer de plusieurs services de stage agréés ou prévoir des associations de services comme prévues dans l' AM du 23.04.2014 (artt 28 et 44)..
- Le Conseil Supérieur a confirmé que les stages de rotation sont à inclure dans le quotum du service de stage de l'autre spécialité où se déroule le stage de rotation.
- La réglementation actuelle n'exclut pas que les maîtres de stage pour spécialistes supervisent les candidats de médecine générale pendant leur stage hospitalier, à condition que le temps nécessaire soit disponible.
- Le cumul de maîtrises de stage niveau 2 et 3 est seulement possible lorsque les deux disciplines n'exigent pas un maître de stage à temps plein (8/10). Le cumul n'est pas possible par exemple pour la médecine interne et l'infectiologie. Par contre, le cumul est possible pour des titres niveau 2 et le niveau 3 révalidation.

III.9. Anesthésie pour des non anesthésistes en situation d'urgence.

Le Conseil Supérieur a pris connaissance le 13 octobre 2022 d'une lettre de BSAR-ABSAR concernant l'article 16 de la Loi relative à la qualité de la pratique[42]. Le Conseil attend une initiative annoncée par le Cabinet.

[41] Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *MB* du 7 novembre 2008.

[42] Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *MB* 14 mai 2019.

III.10. Chirurgie

Le Conseil a continué ses travaux. En réunion plénière du 8 décembre 2022 les projets d'avis concernant le tronc commun, la chirurgie viscérale et la chirurgie cardiaque ont obtenu an avis positif. Les mesures transitoires seront communes pour tous les titres niveau 2 (y inclus la chirurgie vasculaire et thoracique) et sont encore à finaliser.

Le candidat qui commence sa formation de six ans avec un plan de stage dont la formation supérieure n'est pas encore spécifiée, a dès le début la garantie qu'il/elle pourra obtenir sa qualification dans une des spécialités (chirurgie viscerale ou vasculaire ou thoracique ou cardiaque) s'il/elle réussit les évaluations pendant le trajet.

La formation sera de 6 ans avec un tronc commun de trois ans. A la fin de ces 3 ans, le candidat aura la possibilité de passer pendant 6 mois dans différents services et d'acquérir les spécificités de la branche où il souhaite avoir son titre professionnel. Les trois années qui suivent seront alors consacrées à l'acquisition du titre professionnel niveau 2.

III.11. Algologie : pas de consensus au sein du GT pour un titre niveau 3

Les médecins anesthésistes, qui n'ont pas la possibilité d'acquérir toutes le compétences en leur niveau 2, proposent 4 volets de compétences finales pour la formation : un volet assez générale de la problématique de la douleur au niveau des compétences CanMeds ; le modèle biopsychosocial, l'aspect pharmaceutique et aussi les interventions techniques interventionnelles.

La neurologie, la neurochirurgie, l'orthopédie et la médecine physique donnent clairement un avis négatif pour cette proposition et proposent ou bien de ne pas créer un titre niveau 3 ou de créer un niveau 3 en algologie, sans volet pour les interventions techniques. Donc un niveau 3 en algologie qui se limiterait au modèle biopsychosocial, au rôle CanMeds et aux aspect pharmaceutiques.

Les médecins anesthésistes ont réagi à cette proposition précisant que les interventions techniques sont précisément des activités à risque et ne peuvent pas être exclues d'un trajet uniformisé de formation.

Les radiologues veulent continuer à exercer leurs compétences en la matière et n'ont pas d'autres remarques à ce propos.

Les médecins généralistes pensent qu'un titre professionnel pourrait protéger du risque d'auto-proclamation. Un titre niveau 3 accessible à plusieurs titres niveau 2 n'est pas contraire à la collaboration multidisciplinaire. La garantie de la qualité doit être au centre de l'analyse.

La réunion plénière du 8.12.2022 a considéré différents éléments d'analyse :

- la première question est de savoir si un compromis, où on peut exclure les interventions d'ordre technique et à risque, est possible et souhaitable.
- exclure des activités réservées ;
- donner un accès plus large mais dispenser certaines formations sur base des compétences déjà

acquises dans le niveau2. Il a été proposé d' envoyer une enquête aux doyens ;
- Une majorité des avis penchent pour une approche pluridisciplinaire de la clinique de la clinique de la douleur.

L'art 32 de la loi du 22 avril 2019 [43] , prévoit une nouvelle compétence d'avis pour les organes d'avis. Le Conseil Supérieur peut formuler un avis au Roi, et cela peut concerner, le dossier du patient, l'organisation de la pratique, la description du rôle du professionnel des soins de santé, la collaboration entre professionnels des soins de santé dans le cadre ou non d'un accord de collaboration et les conditions en matière d'encadrement. Cette approche pourrait être appliquée pour les cliniques de la douleur multidisciplinaires.

Le Conseil Supérieur a conclu le 8 décembre 2022 que l'offre des cliniques de douleur multidisciplinaires est importante pour beaucoup de patients. Il faut inviter des représentants ayant de l'expérience au sein des cliniques de douleur. Cette concertation sera plus instructive qu'une nouvelle réunion du groupe de travail qui a pu exprimer les différents points de vue et on a constaté l'absence de consensus.

III.12. Art 10 A.M. 23.04.2014 proportion des stages universitaires et non universitaires et stages à l'étranger.

Dans un plan de stage d'un médecin spécialiste il faut 12 mois dans un hôpital universitaire ou dans un hôpital dont le service de stage est désigné comme universitaire, et 12 mois dans un service de stage non universitaire.

Ce critère cause des problèmes d'application pour certaines disciplines médicales à cause d'un manque de services universitaires ou de services non universitaires. Plusieurs disciplines ont critiqué que les stages à l'étranger ne sont pas pris en compte.

Les stages à l'étranger n'entrent pas en compte, car les critères qui s'appliquent sur les hôpitaux belges ne sont pas applicables sur des hôpitaux à l'étranger.

Concernant les stages à l'étranger, il a été suggéré de donner la possibilité au Conseil Supérieur des médecins de désigner des hôpitaux à l'étranger, comme universitaires ou non universitaires pour appliquer les critères de l'art 10 de l'AM du 23-04-14.

Le Conseil a demandé au GT médecins spécialistes d'élaborer une proposition concrète (par exemple en demandant un avis aux universités belges concernant les services de stage à l'étranger et leur caractère universitaire ou non).

---

[43] Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *MB* 14 mai 2019.