

Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

**Rapport annuel d'activité
2015**

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 : Dr D. Cuypers – 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	4
1. Base légale	4
2. Composition légale	4
3. Composition actuelle	7
4. Missions du Conseil et des chambres	9
4.1. Missions du Conseil (assemblée plénière)	9
4.2. Missions des chambres	9
5. Groupes de travail permanents	10
6. Bureau	10
7. Groupes de travail mixtes	12
8. Activités	13
8.1. Activités de fond	13
8.1.1. Matières communes aux médecins généralistes et médecins spécialistes	13
8.1.2. Médecins généralistes	16
8.1.3. Médecins spécialistes	19
8.2. Agrément des services et maîtres de stages	35
Annexes	37
1. Liste des médecins généralistes en cabinet agréés comme maîtres de stage	37
2. Liste des services de stage agréés pour la formation des généralistes	37
3. Liste des médecins spécialistes agréés comme maîtres de stage	37
4. Etat de la situation au 16.12.2015 : critères spécifiques d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et de services de stage	37

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.

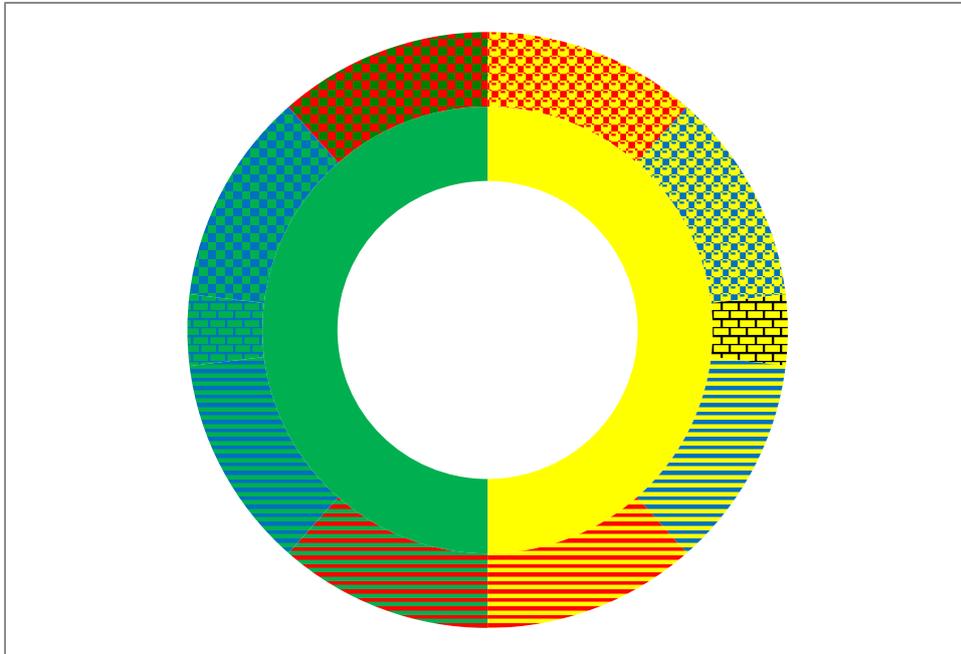


Figure 1 : Composition schématique du Conseil supérieur



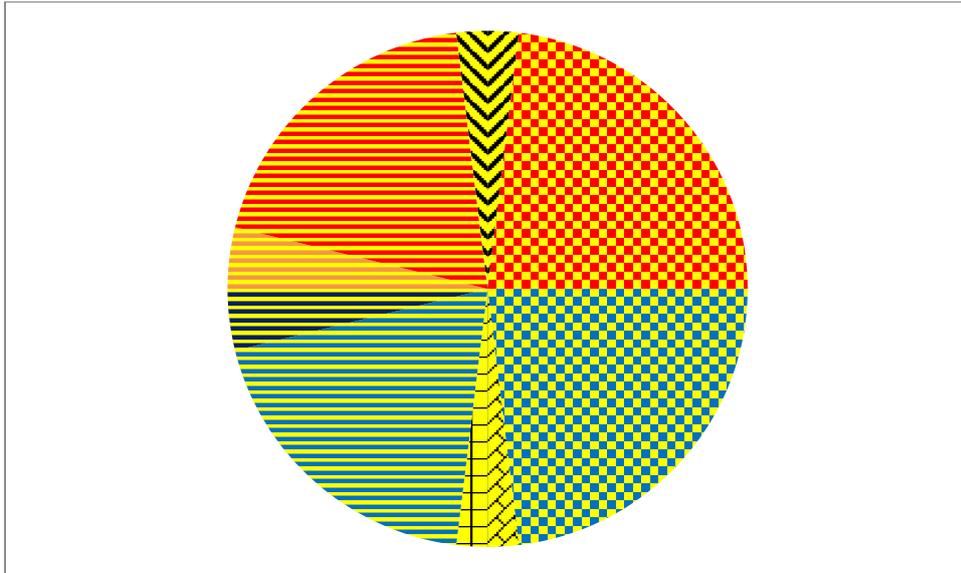


Figure 2: Composition détaillée d'une Chambre du Conseil



3. Composition actuelle

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

	Président : Dr Dirk Cuypers	
	Chambre d'expression francophone	Chambre d'expression néerlandophone
Président	Dr Jacques Boniver	Dr Jo Lambert
Vice-président	Dr Christiane Vermynen	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 Nielens Henri Dr Nisolle Michelle Dr Seghaye Marie-Christine	Dr Bosmans Johan Dr De Backer Wilfried Dr Dupont Alain Dr Goffin Jan Dr Mortier Eric Dr Peetermans Willy Dr Peleman Renaat Dr Pouliart Nicole Dr Van Gaal Luc Dr Van Geet Christel Dr Vanderstraeten Guy 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 Debersaques Eric Dr Gasmanne Paul Dr Heller Francis Dr Lienard Jean Dr Maes Edgar 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 Bruwier Geneviève Dr Burette Philippe Dr Dagheaux Isabelle	Dr Aertgeerts Bert Dr De Lepeleire Jan Dr De Maeseneer Jan

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

	Dr De May Laurence Dr Dumontier Emilie Dr Giet Didier Dr Leconte Sophie Dr Montrieux Christian Dr Roland Michel Dr Roynet Dominique Dr Schetgen Marco Dr Thillaye du Boullay Didier	Dr Devroey Dirk Dr Hendrickx Kristine Dr Keppens Katleen Dr Philips Hilde Dr Schoenmakers Brigitte Dr Van Royen Paul Dr Vanden Bulcke Julie Dr Vandevoorde Jan Dr Vansintejan Johan
Médecins généralistes représentant les associations professionnelles	Dr De Munck Paul Dr Gillet Anne Dr Jacquemart Pierre Dr Jamart Hubert Dr Katz Simon Dr Leclercq Daniel Dr Lemye Roland Dr Madenspacher Jacques 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 Huetting 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 et des chambres

4.1. Missions du Conseil (assemblée plénière)

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.

4.2. Missions des chambres

Les chambres du Conseil supérieur ont pour mission :

1° de délibérer sur les recours introduits contre les avis des commissions d'agrément;

2° à la demande de la Ministre, de délibérer sur les avis des commissions d'agrément au sujet du plan de stage, de la formation et de l'agrément comme spécialiste ou généraliste.

Suite à la 6^e Réforme de l'Etat, ces missions ont depuis le 1^{er} juillet 2014 été transférées aux communautés. Un protocole d'accord règle la continuité de traitement des dossiers durant une période de transition qui se terminera au plus tard le 31 décembre 2015. Durant cette phase, ces dossiers sont transmis par la communauté compétente pour avis au Conseil supérieur. Le Ministre communautaire reste compétent pour la décision finale.

Force des avis du Conseil

Aucun avis du Conseil ou des chambres n'a de valeur contraignante. La décision finale revient toujours au Ministre compétent.

5. Groupes de travail permanents

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

Les 2 premiers 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.

Le groupe de travail « Titres » doit quant à lui donner des avis sur :

- la création de nouveaux titres professionnels particuliers ;
- la structure des titres existant ou à venir ;
- les questions transversales sur les titres.

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 de la chambre d'expression française : Dr Jacques Boniver et Dr Christiane Vermylen
- Le président et vice-président de la chambre d'expression néerlandaise : Dr Jo Lambert et Dr Michel Deneyer
- Pr Jan De Maeseneer (NL, gén., fac.)
- Dr Roland Lemye (Fr, gén., fac.)
- Dr Marc Moens (NL, spé, assoc.)
- Dr Henri Nielens (Fr, spé, assoc.)

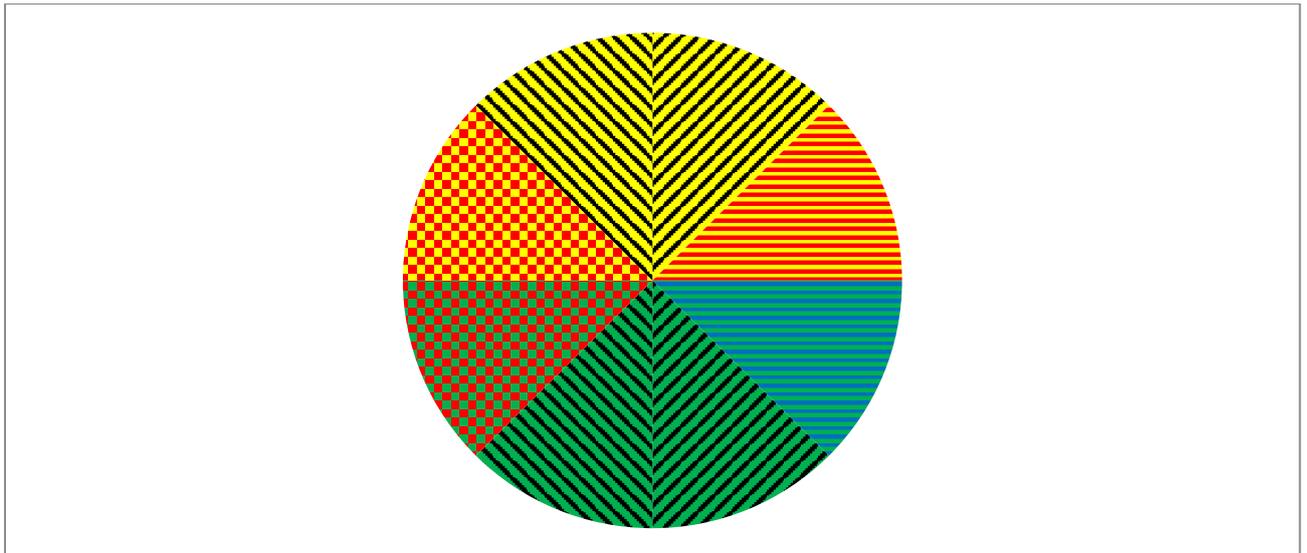
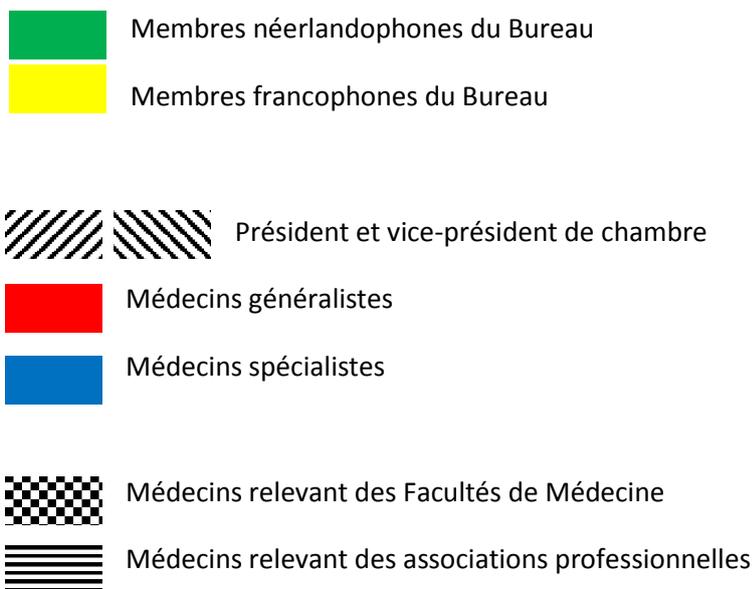


Figure 3: Représentation schématique du Bureau



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. Activités

8.1. Activités de fond

En 2015, conformément à l'art 5, §2 de l'AR du 21 avril 1983 (en l'absence du président, le Dr D. Cuypers) le Conseil supérieur a été présidé par les vice-présidents, le prof. J. Boniver et le prof. J. Lambert.

Fin 2015, le Conseil supérieur a exprimé avoir grandement apprécié le rôle joué par les prof. J. Boniver et J. Lambert, qui a permis au Conseil de poursuivre le bon déroulement de ses activités.

8.1.1. Matières communes aux médecins généralistes et médecins spécialistes

- **Prestations dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire des médecins non titulaires d'un titre professionnel ou d'une formation professionnelle supplémentaire (réunion du 25 juin 2015)**

L'AR du 23 août 2014 a assoupli la nomenclature Inami des prestations médicales en matière d'accès à certaines prestations. Cela a entraîné des réactions, entre autres, de la part du doyen flamand de la faculté de médecine et de l'Académie Royale (néerlandophone) de Belgique qui en ont également informé le Conseil supérieur.

Le Conseil supérieur a discuté de cette problématique le 25 juin 2015 et rendu à l'unanimité l'avis suivant :

- Le Conseil supérieur n'est pas compétent pour émettre un avis sur l'assurance maladie
 - Certaines situations qui sont susceptibles de mettre en danger la sécurité du patient éveillent toutefois une grande inquiétude chez les membres du Conseil supérieur.
 - Le premier accès à la nomenclature des prestations médicales (et à l'exercice) n'est en principe pas autorisé en- dehors du cadre d'une formation professionnelle comprenant supervision et accompagnement. Les exceptions à ce propos doivent être limitées en termes d'accès et de durée, par exemple durant la période d'attente avant de commencer une formation professionnelle ou pour permettre une réorientation professionnelle.
- **Transposition de la Directive européenne 2013/55/UE dans le droit belge - demande d'avis de la ministre De Block, mai –juin 2015 (réunion du 25 juin 2015)**

Au cours de l'année écoulée, le Conseil supérieur a été régulièrement informé des implications de cette nouvelle directive qui a substantiellement modifié la Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles en vue du renforcement, d'une part, de la

mobilité des professionnels et d'autre part de la facilitation de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Le Conseil supérieur a attiré l'attention sur le caractère très vaste de cette demande d'avis. En raison du caractère formel de la demande d'avis, le Conseil supérieur a décidé d'émettre un avis positif sur la décision de transposition de la Directive.

- **“Scope of practice” – sages-femmes – utilisation du protoxyde d'azote en dentisterie et extramuros (réunions des 25 juin 2015 et 10 décembre 2015)**

Après avoir reçu des demandes d'avis concernant le scope of practice des sages-femmes et l'utilisation du protoxyde d'azote dans les cabinets dentaires, le Conseil supérieur a décidé que la problématique “scope of practice – competency sharing “ devait, de préférence, être considérée de manière globale.

Après deux appels, le Groupe de travail n'a pas encore pu être lancé. En décembre 2015, le Conseil supérieur a finalement décidé que le Bureau et les membres intéressés étudieraient cette matière importante. Avec la demande d'avis du 5 novembre 2015 relative à la réforme apportée par la Loi du 10 mai 2015 sur l'exercice des professions de la santé (voir point suivant).

- **Evaluation de la qualité des services de stage**

Le Conseil supérieur a décidé de constituer un groupe de travail pour examiner et préparer une approche plus systématique. Le but est d'aboutir à un consensus sur une vision à long terme, en tenant compte de la faisabilité et des évolutions internationales (UE). Un premier texte martyr a été rédigé et le groupe de travail a été constitué.

- **Réforme apportée par la Loi du 10 mai 2015 sur l'exercice des professions de la santé (réunion du 10 décembre 2015)**

Le bon vieil AR 78 n'est plus ! La nouvelle Loi du 10 mai 2015 a procédé à une coordination qui a entraîné la perte de tous les éléments abracadabrants du style “art. 21 quinquiesvicies”. Tout porte à croire qu'une coordination préalable était nécessaire avant de pouvoir entamer une véritable réforme.

Le 5 novembre 2015, la ministre a annoncé la réforme et l'élaboration d'une loi-cadre sur les professions de la santé et une loi-cadre sur la pratique des soins de santé. Plus spécifiquement, il est demandé une description du/des profil(s) de compétence des médecins et d'accorder suffisamment d'attention à l'interdisciplinarité, à la collaboration verticale dans les soins de

santé, à l'augmentation des maladies chroniques et au niveau d'autonomie et de délégation aux professions non médicales.

Le Bureau, complété des membres intéressés du Conseil supérieur traitera cette demande d'avis.

- **Double cohorte 2018 (réunions des 15 octobre 2015 et 10 décembre 2015)**

Suite au raccourcissement de la durée des études de médecine de 7 à 6 ans, en 2018, on aura une double cohorte de diplômés pour lesquels il va falloir prévoir la capacité de formation professionnelle nécessaire.

Fin 2014, le Conseil supérieur a émis un premier avis intermédiaire à ce sujet. Cet avis recommande de viser aussi bien la qualité de la formation qu'un nombre suffisant de places de stage. Un appel a été lancé pour que le financement nécessaire soit prévu pour permettre une formation professionnelle sérieuse. Le Conseil supérieur a proposé les mesures concrètes suivantes :

- Un financement honnête et transparent qui tient compte des efforts et des frais réalisés. Le financement des hôpitaux universitaires est actuellement insuffisant et celui des hôpitaux non universitaires est inexistant.
- Stimuler la recherche scientifique.
- Encourager les stages à l'étranger : une cellule administrative et un budget pour une rémunération raisonnable.
- Une organisation flexible, qui facilite également la transition entre les stages classiques, la recherche scientifique et les stages à l'étranger.
- Un statut social adapté (employé) pour les MGF et les MSF.

Entretemps, on a appris qu'il vaut mieux ne pas mélanger le besoin d'un plus grand nombre de places de stage en 2018 et les autres dossiers comme celui relatif au statut social notamment. La recherche d'un nombre suffisant de places de stage ressortit aussi à la responsabilité des doyens des facultés de médecine et à celle des maîtres de stage. En première instance, il faut chercher à augmenter le nombre de places de stage en Belgique. L'avis souligne que la double cohorte ne représentera qu'un problème unique, même si ses effets devraient se faire sentir pendant plusieurs années.

Entretemps, la ministre a pris une initiative pour mieux évaluer la réserve nationale potentielle de places de stage ("spare capacity").

Une étude des données d'activité des hôpitaux sera utilisée pour estimer le nombre de places de stage agréées, réelles, occupées et possibles.

Sur la base des pathologies (variation et volume) une étude externe se penchera sur les services de stage comparables et analysera le nombre de places de stage agréées et le nombre moyen de places de stage occupées. L'enregistrement DRG sera utilisé à cette fin (ce qui suppose une

sélection des pathologies pertinentes par discipline). Pour plusieurs disciplines, la nomenclature constitue d'ailleurs le seul paramètre pertinent (p. ex. en dermatologie, en imagerie médicale ...). Le résultat de cette étude ne servira qu'à identifier une réserve potentielle de places de stage et ne fournira pas d'informations sur les autres paramètres (p ex. la composition de l'équipe de formation) qui détermine aussi le nombre de places de stage occupées. Quoi qu'il en soit, les résultats de ces études seront intéressants pour les activités du Groupe de travail Spécialistes et pour le Groupe de travail Généralistes.

Le 10 décembre 2015, le Conseil supérieur a émis un deuxième avis intermédiaire. Après une description du contexte et des données actuellement disponibles qui indiquent, en effet, une pénurie importante en places de stage en 2018 (étude actualisée de la Cellule Planification et premiers résultats de l'étude du Dr Stevens sur la réserve actuelle de places de stage par discipline), un plan d'action concret a été proposé. Les données seront analysées de manière plus détaillée et il semble opportun de mettre en place une concertation avec les entités fédérées sur les sous-quotas souhaités (par spécialité).

Un financement correct de la formation professionnelle pour lequel la ministre a récemment annoncé un premier pas, s'avère une condition sine qua non. Ce faisant, les besoins en soins de la population peuvent également être pris en compte et des lacunes dans l'offre au niveau de certaines spécialités peuvent être comblées. Une structure de coordination paritaire (associations professionnelles - universités) pourrait harmoniser certaines choses à ce niveau et prévoir une organisation flexible entre les stages classiques, la recherche scientifique et les stages à l'étranger.

Le Conseil supérieur propose d'introduire ce nouveau mécanisme dès la deuxième moitié de 2016 afin de l'expérimenter avant l'arrivée de la double cohorte en 2018 et d'entamer une certaine orientation vers les spécialités en pénurie.

8.1.2. Médecins généralistes

- **Contrats de formation entre le SUivzw et le médecin généraliste en formation, entre le SUivzw et le formateur pratique et entre le médecin généraliste en formation et le formateur pratique – Règlement intérieur SUivzw (réunion du 26.02.2015)**

En application de l'art. 8bis de l'AR du 21 avril 1983, ces documents sont présentés par l'ICHovzw .

Le Conseil supérieur décide de ne pas formuler de remarque ou de réserve sur le texte proposé.

- **Critères de maintien de l'agrément et du titre professionnel particulier de médecin généraliste AM du 1er mars 2010 , chapitre II (réunion du 25 juin 2015)**

Le 25 juin, le Conseil supérieur a pris connaissance des considérations présentées dans la demande d'avis du 28 mai 2015 :

- Le but de l'exercice qualitatif de la profession doit être poursuivi. Il est recommandé d'évaluer et de moderniser la législation et les mécanismes existants. Des mesures de motivation sont prioritaires. Si d'autres mesures s'imposent, les critères doivent être pertinents et les mesures proportionnelles.
- Le retrait d'un agrément et du titre professionnel est une mesure extrême « tout ou rien » (0%-100%). C'est une mesure psychologiquement lourde pour des professionnels qui ne répondent pas à certains critères d'activité - uniquement soit par les circonstances de la vie, soit en raison d'autres activités qui sont également pertinentes pour la santé publique. En outre, les mesures existantes seraient également contestables sur le plan juridique.
- Il est fait référence au contexte de l'Union européenne (EEA) où on distingue clairement deux phases : la reconnaissance de la qualification professionnelle et la conformité (tant pour les Belges que pour d'autres citoyens UE) aux conditions d'exercice qualitatif de la profession (« licence to practice »). La deuxième phase, qui peut prévoir un mécanisme de re-entry, permet d'ailleurs plus de flexibilité durant la carrière d'un médecin et est susceptible d'éviter l'explosion de titres professionnels distincts pour chaque type d'activité possible. Il va de soi qu'un point d'attention crucial demeure l'existence d'un nombre approprié de titres professionnels spécifiques - tenant compte des évolutions dans l'UE.

Le Conseil supérieur a confirmé l'inquiétude des médecins généralistes agréés qui craignent que l'article 10 de l'AM du 1er mars 2010 ne leur fasse perdre leur titre professionnel. Considérant les implications financières dans certains cas et les réactions émotionnelles observées, il semble recommandé de remplacer la mesure “tout ou rien au niveau du retrait de l'agrément” par un système flexible de “licence to practice” .

Le Conseil supérieur a rappelé l'importance persistante des critères pour les médecins généralistes et il renvoie à l'article 29 de la Directive 2005/36/CE, dont un nouveau mécanisme doit également tenir compte :

Article 29

Exercice des activités professionnelles de médecin généraliste

Chaque État membre subordonne, sous réserve des dispositions relatives aux droits acquis, l'exercice des activités de médecin généraliste, dans le cadre de son régime national de sécurité sociale, à la possession d'un titre de formation visé à l'annexe V, point 5.1.4.

Les États membres peuvent dispenser de cette condition les personnes qui sont en cours de formation spécifique en médecine générale.

Le Conseil supérieur a fait remarquer qu'un nouveau mécanisme d'adaptation flexible ou d'intervention au niveau de la “licence to practice” s'avère également pertinent pour d'autres titres professionnels des médecins spécialistes pour lesquels la problématique peut être encore plus complexe étant donné la variabilité des titres professionnels.

La réflexion peut encore aller plus loin, et s'étendre p. ex. à la réglementation relative à l'accès à la nomenclature des prestations médicales.

Au niveau des médecins généralistes, la problématique comprend un élément d'urgence, étant donné que la réglementation actuelle implique que les premiers agréments devraient pouvoir être retirés début 2017.

Le Conseil supérieur prévoit donc d'élaborer un nouveau mécanisme encore en 2015 et en 2016 et en assurer le suivi.

Le 25 juin 2015, le Conseil supérieur émet à l'unanimité l'avis d'abandonner les mesures actuelles de « maintien/retrait de l'agrément » et d'opter pour l'introduction d'un nouveau système plus flexible de critères et conditions portant sur l'exercice des activités (autorisation à pratiquer, licence to practice).

Lors de ses réunions des 25 septembre et du 11 décembre 2015, le Groupe de travail Médecins généralistes a continué à travailler sur cette problématique et un projet d'avis sera présenté à la première réunion du Conseil supérieur de 2016.

- **L'expérience pratique et la formation en médecine générale pendant la formation de base en médecine : discussion sur le feed-back des entités fédérées et de diverses universités (réunion du 25.06.2015)**

Le Conseil supérieur a pris connaissance de la présentation déjà prévue et de la formation en médecine générale dans les entités fédérées et dans diverses universités. Ce feed-back sur la question précédente du Conseil supérieur est rassurant et réjouit le Conseil supérieur.

- **Confirmation que le principe selon lequel seuls les candidats entrant dans le quota global déterminé dans le cadre de la planification de l'offre médicale seront formés s'applique aussi aux médecins généralistes (MGS) (réunion du 15.10.2015)**

Le 25 juin 2015, le Conseil supérieur a formulé un avis en réponse à la demande de la ministre concernant l'art. 29 (dans lequel il est stipulé que le maître de stage ne peut former qu'un nombre limité de MSF en tenant compte de l'activité de l'équipe) de l'AM du 23.04.2014. Cet article devrait être complété d'une disposition stipulant que seuls les candidats qui entrent dans le quota global dans le cadre de la planification de l'offre médicale sont formés.

Le 23/04/2014, le Conseil supérieur a rendu à l'unanimité l'avis suivant :

Il est logique de déterminer le nombre de maîtres de stage, le nombre de places de stage et le nombre de MSF en fonction du planning de l'offre médicale.

Il faut néanmoins que le planning soit maîtrisé et affiné en fonction des informations sur l'évolution de la demande et l'impact des technologies et du task shifting. L'effet de la double cohorte pendant cinq ans environ implique une complexité supplémentaire.

Il a été souligné que le système des attestations universitaires nécessaires pour commencer la formation professionnelle constitue déjà un système de contrôle. Plus spécifiquement pour les

médecins généralistes, des éclaircissements à ce sujet pourraient être repris dans l'AM du 26 novembre 1997 fixant les critères d'agrément des maîtres de stage en médecine générale, MB du 16 décembre 1997.

Le Conseil supérieur a décidé, en tenant compte des remarques ci-dessus, d'émettre un avis positif sur la question de savoir si dans la formation professionnelle des médecins généralistes seuls les candidats qui entrent dans le quota global dans le cadre de la planification de l'offre médicale doivent être formés.

- **Demande d'un aperçu de la situation concernant la spécialité de médecin généraliste en Belgique (réunion du 10.12.2015)**

En Belgique, le titre de médecin généraliste est déjà classé dans le titre professionnel de niveau 2 à l'article 1er de l'AR du 25 novembre 1991 avec les autres spécialités. Il a été souligné que cela n'est pas en contradiction avec la spécificité de la médecine générale.

8.1.3. Médecins spécialistes

- **Génétique clinique : avis final positif sur le titre de niveau 2 (réunion du 26.02.2015)**

Il a été souligné que la génétique connaît une évolution rapide et qu'elle occupe une place de plus en plus importante dans toutes les disciplines médicales. De ce fait, la formation universitaire consacre une large attention à la génétique aussi bien au niveau des futurs médecins généralistes qu'au niveau des futurs médecins spécialistes.

On note aussi la nécessité urgente de prévoir en Belgique un titre professionnel de niveau 2 de généticien clinique. Ce titre existe depuis 2011 à l'annexe V (agrément automatique) de la Directive européenne 2005/36/CE et 22 pays de l'UE disposent déjà de ce titre professionnel. En Belgique, ce titre professionnel est non seulement important pour la mobilité (dans les deux sens) mais aussi pour l'attractivité de cette discipline pour les jeunes médecins.

On propose donc de créer un titre professionnel de niveau 2 (seule la Hongrie a quelque chose d'à peu près équivalent au niveau 3). Mais il ne s'agit en aucun cas d'une exclusivité : tous les médecins doivent être suffisamment formés dans le domaine de la génétique.

On estime qu'environ 3 (médecins) généticiens cliniques sont nécessaires par 1 million d'habitants. Le nombre de médecins qui pratiquent actuellement la génétique est conforme à cette estimation (33,8 ETP), mais selon le Collège de génétique humaine ce nombre n'est pas suffisant pour répondre aux besoins réels. La demande croissante de tests génétiques et de

consultations en génétique pourrait être en partie absorbée par les genetic counselors (paramédicaux).

Le généticien clinique propose aux patients et aux familles des services génétiques. Il jette un pont vers les autres spécialités cliniques et les généticiens de laboratoire. Ces derniers sont d'autres types de spécialistes, mais le généticien clinique doit, précisément en raison de sa fonction de pont, être formé et disposer de connaissances de laboratoire.

La formation durerait 6 ans. Deux années consacrées à une formation clinique large dans un nombre limité de spécialités : pédiatrie, médecine interne, obstétrique/gynécologie, neurologie. Les quatre années suivantes de formation spécifique comprendraient, au moins, deux années de formation en génétique clinique et minimum 1 an de formation en génétique médicale de laboratoire.

Cette large formation clinique générale peut également se faire en dehors des centres de génétique humaine, mais de préférence dans des hôpitaux qui ont conclu un contrat de collaboration avec un tel centre. Les quatre années de formation spécifique doivent être suivies dans les Centres de génétique humaine.

Les exigences imposées aux maîtres de stage sont élevées : ils doivent être suffisamment actifs sur le plan clinique, du laboratoire, du counseling, de la recherche et de l'enseignement.

Après une discussion sur le rapport avec les autres disciplines (anatomopathologie, biologie clinique) et professions (genetic counselors) et vu le contexte dans lequel se situent les Centres de génétique humaine, le Conseil supérieur a décidé d'émettre un avis final positif.

- **La pédiatrie (cardiologie, pneumologie, endocrinologie, gastro-entérologie hépatologie, nutrition, néphrologie) : proposition d'un niveau de compétence particulière de niveau 3 (réunion du 26.02.2015)**

Il a également été fait référence aux titres professionnels de niveau 3 existants (compétences particulières) en pédiatrie : pédiatrie neurologique, néonatalogie, hémato-oncologie.

La proposition d'ajouter cinq nouveaux titres professionnels de niveau 3 peut compter sur le soutien de toutes les associations scientifiques et professionnelles ainsi que sur celui du Collège des médecins en pédiatrie (SPF). L'enfant n'est pas un adulte miniature et tout comme à l'étranger, on a besoin de pédiatres ayant des compétences particulières. Notre pays est actuellement en retard sur les autres Etats membres de l'UE en ce qui concerne l'agrément de ces titres professionnels. Mais, leur introduction était déjà prévue en 2014 dans l'AR relatifs aux programmes de soins en pédiatrie .

Pour ces nouveaux titres professionnels, il faudrait compter une durée de formation de 2 ans, sauf pour la cardiologie pour laquelle il faudrait prévoir 3 ans (cf. le caractère interventionnel de la formation). Pendant la formation, une année peut être consacrée à l'obtention d'un titre de niveau 2 (dual training).

La proposition concerne les titres de niveau 3, qui ne peuvent être obtenus qu'après un titre en pédiatrie de niveau 2 (condition d'accès). L'approche globale d'un enfant revêt toujours une importance cruciale.

Il a été discuté de l'impact du récent art. 8bis de l'AR n° 78 relatif aux services de garde. Il a, entre autres, été explicité que – sauf en garde de nuit profonde – la continuité des soins par des médecins titulaires du même titre professionnel doit être garantie. La continuité pour les titres de niveau 3 proposés ici devrait donc être assurée par des médecins titulaires d'un titre de niveau 3 adapté. Etant donné que la condition d'accès est d'être titulaire d'un titre de niveau 2 et que ces médecins devront continuer à être titulaires d'un titre de niveau 2, ils pourront continuer à participer aux gardes pédiatriques générales.

Le Conseil supérieur a décidé d'émettre un avis final positif sur les cinq propositions relatives aux titres professionnels PEDIATRIE niveau 3 (cardiologie, pneumologie, endocrinologie, gastro-entérologie hépatologie, nutrition, néphrologie).

- **Avis de modification de l'AM du 23 avril 2014 relatif aux critères transversaux (réunions des 25.06.2015 et 15.10.2015)**

Le Conseil supérieur a émis un avis détaillé en réaction aux demandes d'avis de la ministre De Block des 11 mai 2015 et 11 juin 2015.

a) Champ d'application : pas de distinction entre les niveaux 2 et 3 – article 10 (proportions universitaires et non universitaires) – conformité du texte en français et en néerlandais – article 11 (proportion maximale de stages à l'étranger)

L'article 10 prévoit notamment une répartition proportionnelle pour les stages dans un hôpital (universitaire et non universitaire), sans distinction entre les niveaux 2 et 3.

L'avis unanime du Conseil supérieur est le suivant :

- La règle relative aux stages dans un hôpital prévue à l'art. 10 se justifie du point de vue pédagogique en raison de l'expérience accumulée dans un contexte différent (universitaire – non-universitaire)
- Il doit être possible de déroger à cette répartition en raison de la nécessité pour certaines disciplines. Il doit ainsi être possible de déroger à la règle en cas d'indisponibilité de places de stage répondant à la règle.
- La règle n'est pas indiquée pour les titres niveau 3.

Le texte de l'article 10 doit être identique dans les deux langues nationales.

b) Caractère temps plein/temps partiel de la formation professionnelle des titres niveau 3

Fin 2014, le Conseil supérieur a recommandé que la formation à temps plein pour le titre niveau 3 psychiatrie légale ne soit de préférence pas exigée pour des raisons pratiques et d'attractivité.

L'avis unanime du Conseil supérieur est le suivant :

- pour les titres niveau 3, le caractère temps plein de la formation professionnelle n'est pas exigé.
- de manière plus générale, ce sont les compétences finales acquises qui sont pertinentes.

c) Stages spécifiques

Le Groupe de travail Spécialistes a mis en garde contre l'apparition potentielle d'un circuit parallèle sans contrôle de qualité des services de stage et des maîtres de stage.

Il est fait référence à l'article 25 de la Directive européenne 2005/36/CE qui stipule que la formation professionnelle doit se dérouler dans des services de stage agréés.

Le 15.10.2015, le Conseil supérieur a émis l'avis suivant concernant les stages spécifiques : =

- Les stages spécifiques, tels qu'ils sont décrits à l'article 12 de l'AM du 23.04.2015 peuvent avoir leur utilité.

Il faut toutefois scrupuleusement veiller au respect de leurs conditions d'application.

Une des conditions d'application concerne le fait qu'il doit s'agir de compétences spécifiques qui ne peuvent pas être acquises dans un service de stage agréé. La durée de ces stages doit être adaptée (et limitée) à la durée nécessaire à l'acquisition de ces compétences.

- Des critères doivent être ajoutés concernant le "service" dans lequel est effectué le stage spécifique :
- Ce service doit (cf. supra les dispositions de la Directive européenne) être agréé conformément aux procédures légales d'évaluation et d'avis.

Étant donné les risques (qualité de la formation, efficacité de la supervision, moins d'autres médecins spécialistes et moins d'autres MGF sur le lieu de stage, moins d'autres services de stage agréés à proximité ...), l'évaluation doit être suffisamment détaillée (cf. la proposition du Groupe de travail Spécialistes 2015).

- Les critères peuvent déroger à certains critères généraux classiques (AM du 23.04.2015) et spécifiques.

Ces critères doivent toutefois au moins s'intéresser en plus des éléments énumérés à l'art. 12 également :

- ▲ aux exigences posées au "chef de service" dans le service duquel est effectué le stage spécifique :

la formation (teach the teacher) avec une éventuelle disposition relative à l'équipe locale et à la continuité des soins ainsi qu'à la supervision. Ces éléments peuvent être exigés au titre de "modalités minimales du stage spécifique" et devoir être repris dans le contrat mentionné à l'art. 12.

- ▲ nombre maximal de candidats en tenant compte des activités et des facteurs environnants.

d) Equipe de stage

L'avis unanime du Conseil supérieur est le suivant :

- L'exigence de formation régulière pour le maître de stage et le lancement d'un « mentorship and tutorship » fait l'objet d'un avis positif.
- Les activités journalières et le contrôle continu (art 36) peuvent être garantis par un médecin spécialiste de l'équipe dont le titre professionnel est identique.
- Les anciennetés du maître de stage et des membres du staff à prendre en compte pour l'application des critères d'agrément peuvent être limitées respectivement à 5 ans et 3 ans. Le Conseil supérieur considère néanmoins qu'il est souhaitable que des critères d'agrément spécifiques pour certaines spécialités comme les disciplines chirurgicales puissent y déroger et que des critères supérieurs puissent s'appliquer à l'ancienneté requise des collaborateurs par exemple.

e) Éclaircissements sur le rôle du maître de stage coordinateur

Le maître de stage coordinateur doit veiller périodiquement, à ce que les objectifs finaux de la formation soient réalisés dans le cadre d'une autonomie croissante du candidat et qu'une attention suffisante soit consacrée aux phases de transition. Bien sûr, pour cela, les maîtres de stage doivent s'accorder et collaborer.

Il ne faut pas pour autant qu'il soit porté préjudice à la compétence des Commissions d'agrément actuelles (entités fédérées) ni de l'évaluation finale paritaire prévue à l'art. 20 de l'AM.

f) Étude scientifique (point 5 demande d'avis)

L'article 14 serait maintenu pour ce qui concerne la durée maximum de deux ans qui peut être prise en compte en tant que formation professionnelle.

Conformément à l'application antérieure et tenant compte de l'avis antérieur du Conseil supérieur (2014) en matière de dermatologie, il est proposé de spécifier qu'outre ce critère, tout au plus la moitié de la durée de l'étude scientifique peut être prise en considération. Seule la moitié de la durée de l'étude scientifique serait donc prise en compte pour la formation professionnelle, limitée à deux ans tout au plus.

g) Stages à l'étranger

L'article 55 a de la Directive européenne 2005/36/CE fait une distinction entre des stages dans d'autres états membres de l'UE qui doivent être reconnus, si ce n'est qu'une durée maximum peut être définie, et des stages dans des pays tiers (en dehors de l'UE) qui ne sont qu'à prendre en compte.

Le Conseil supérieur émet à l'unanimité un avis positif sur l'incorporation de cette nuance dans la réglementation belge, les stages professionnels hors de l'UE ne devant pas être reconnus automatiquement.

h) Article 44, 5° relatif au fait de disposer d'un laboratoire de biologie clinique agréé

Cette disposition peut poser des problèmes, p. ex. dans les hôpitaux psychiatriques. Le Conseil supérieur émet à l'unanimité l'avis que « y faire appel » suffit, pour autant que ce soit de manière performante, l'accessibilité immédiate aux tests de laboratoire requis étant garantie dans tous les cas.

i) Le Conseil supérieur émet encore spontanément et à l'unanimité un avis sur la publication scientifique visée à l'article 20 (MGF) et à l'article 23 (maître de stage).

Il est précisé qu'il doit s'agir d'un article scientifique validé par des pairs publié dans une revue médicale faisant autorité.

- **Demande d'avis du 11 juin 2015 : AM du 23.04.2014 sur les critères transversaux et la planification de l'offre médicale (réunion du 25.06.2015, voir aussi point 9 du rapport annuel)**

Le Conseil supérieur a estimé dans son avis qu'il est logique de déterminer le nombre de maîtres de stage, le nombre de places de stage et le nombre de MSF en fonction du planning de l'offre médicale.

Il faut néanmoins que le planning soit maîtrisé et affiné en fonction des informations sur l'évolution de la demande et l'impact des technologies et du task shifting. L'effet de la double cohorte pendant cinq ans environ implique une complexité supplémentaire.

- **Orthopédie : avis final sur les nouveaux critères d'agrément du titre de niveau 2.**

L'AM de 1979 en vigueur doit rapidement faire l'objet d'une adaptation. Le nouveau contexte est esquissé : évolution du profil des patients, évolutions technologiques, transition d'un traitement axé sur la pathologie vers un plan de soins axé sur le patient. Le patient est un partenaire actif d'une équipe pluridisciplinaire de médecins et d'autres prestataires de soins. Outre les points d'attention médicaux, il convient de tenir compte de facteurs psychosociaux et économiques. La politique de qualité et de sécurité assure dorénavant un rôle prépondérant.

La formation professionnelle doit disposer d'un modèle structuré. L'approche d'antan d'apprentissage par « osmose » au fil de présences pratiquement illimitées est depuis longtemps dépassée en raison de la limitation de la durée de travail du MSF.

Le candidat doit assimiler progressivement des connaissances, du savoir-faire, des attitudes et viser l'autonomie. Aussi pour des raisons de sécurité du patient, le Groupe de travail lance un appel à l'application des techniques de simulation : aussi bien sous la forme de sessions "skills and drills" que par l'utilisation des techniques modernes de simulation pour l'apprentissage des interventions. Le Conseil supérieur demande aux autorités de prévoir les moyens nécessaires à cet effet. Cet investissement évite la dépendance vis-à-vis des fabricants et de l'industrie et favorise une formation davantage evidence based qui tient également compte de considérations économiques, pouvant signifier un return pour les autorités. Une collaboration interuniversitaire avec les associations professionnelles semble être la meilleure approche à cet effet.

L'avis porte sur le titre orthopédie niveau 2 (y compris la traumatologie). L'accent est mis sur une formation professionnelle suffisamment large et équilibrée dans cette discipline, avec vers la fin, une possibilité de contact et d'expérience avec des sous-domaines en vue d'acquérir une expertise plus poussée.

Pour définir les compétences du médecin orthopédiste, le Groupe de travail a sélectionné pour le présent avis tout d'abord 4 compétences CanMeds : agir en médecin, scientifique, communicateur et manager. L'expérience avec un système de qualité et de sécurité s'est vu attribuer un rôle prépondérant. Les compétences finales sont définies et le candidat doit être évalué graduellement durant le trajet de formation de manière objective et reproductible.

L'avis détaille les compétences finales de la formation tant théorique que pratique.

Le contenu souhaitable de la formation pratique a été défini sur la base d'une enquête menée auprès de maîtres de stage et de MSF :

- consultations (autonomie progressivement croissante) : au moins 1.200 consultations par année de formation orthopédique, dont au moins 300 « premières » consultations. Une évaluation qualitative par KKB (korte klinische beoordelingen - évaluations cliniques résumées) est prévue.

- interventions chirurgicales avec une activité planifiée pour éviter le "comportement de report". Pendant la formation en orthopédie, le candidat doit accomplir en moyenne 320 interventions par an (critère quantitatif). Pendant la formation de base en orthopédie (Z) au moins 50 de ces interventions doivent être effectuées en autonomie minimale et ce nombre passe à 80 dès la troisième année de formation.

Sur la base de l'enquête, 30 interventions- clés ont été définies comme reflétant au mieux le profil d'activité d'un médecin orthopédiste. À l'issue de la formation, le candidat doit avoir accompli avec succès au moins 27 interventions- clés ayant fait l'objet d'une évaluation objective et approfondie de type qualitatif (cf. OSATS = Objective structured assessment of technical skills) et obtenu au moins 28/35 points. Au moins 4 « réussites » (tests OSATS passés avec fruit) doivent être obtenues par année de formation en orthopédie.

Les 30 interventions- clés sont classées d'après le niveau (les 10 premières s'adressent aux premières années de formation, le groupe des 10 suivantes vise les années intermédiaires et les 10 dernières les dernières années). L'ordre est purement indicatif puisqu'une certaine flexibilité, tenant compte des possibilités de places de stage au cours des années de formation et des compétences du candidat, est possible. Le niveau à atteindre pour chaque intervention-clé a été clairement indiqué : assistance (A), réalisation partielle sous supervision à clairement définir (S), réalisation en toute autonomie (indépendance) (Z) et pour terminer enseignement par le MSF à un tiers (T).

Il a été tenu compte dans ce cadre de la distribution souhaitable des pathologies et des régions anatomiques. L'automatisation du carnet de stage (portefeuille) est déjà bien avancée et des « target boxes » graphiques permettront le suivi de la progression de chaque candidat par région anatomique et par pathologie afin de pouvoir le cas échéant apporter une rectification en temps utile. Les minima et maxima des target boxes évitent une formation trop unilatérale.

- Actes techniques lors d'un traitement conservateur, par exemple la pose d'attelles ou de plâtres, les infiltrations ou les aspirations intra-articulaires ou péri-articulaires. L'importance de cette formation est mise en avant. Chaque année de formation orthopédique, le MSF doit avoir accompli au moins 120 actes techniques. En moyenne, deux actes techniques sont évalués annuellement sur la base de critères établis préalablement (par exemple au moyen d'une évaluation OSATS).

Une flexibilité minimale est nécessaire afin de tenir compte de l'évolution des pathologies, de la technologie et des catégories d'interventions. L'incorporation de la formation pratique sous forme d'annexe à un arrêté ministériel ne peut donc pas être trop détaillée.

La durée de la formation est de 6 ans (une année de stages de rotation dans des disciplines liées, cinq ans d'orthopédie) :

- Deux années de base, dont, de préférence, un an de stages de rotation dans minimum 2 disciplines du groupe suivant : chirurgie vasculaire, plastique, générale ou

neurochirurgie, anesthésie, soins intensifs, urgences. Pour l'anesthésie, les soins intensifs et la médecine d'urgence les stages ne durent que six mois maximum.

12 mois de formation professionnelle en orthopédie et traumatologie – éventuellement étalés sur les deux années de base - sont prévus durant les deux années de base.

- Quatre années de formation professionnelle supérieure en orthopédie-traumatologie avec la possibilité de s'orienter vers un sous-domaine spécifique au cours des deux dernières années. La formation générale du titre niveau 2 doit être garantie à tout moment (voir également les critères et évaluations ci-dessus).

Les critères transversaux s'appliquent au maître de stage.

Une équipe de formation composée d'un maître de stage + 1 « collaborateur » (cf. AM 23.04.2014) est exigée par MSF. La proposition met en avant une approche de « mentorship ». Elle accorde aussi de l'importance à la formation du maître de stage et de l'équipe (teach the teacher).

Le service de stage (centre de formation) doit satisfaire aux critères suivants :

Par MSF, plus de 400 hospitalisations et 400 opérations par an. Polyclinique : plus de 2 000 contacts-patients par an.

Le service de stage accomplit les interventions orthopédiques les plus importantes et une grande part des interventions- clés.

Le service de stage dispose d'un système de qualité et de sécurité.

Ces critères définissent également le nombre de MSF par service de stage.

Le Conseil supérieur exprime son appréciation de la proposition et a émis à l'unanimité un avis positif sur ce nouveau projet relatif aux critères d'agrément en orthopédie.

- **Bilan sur l'état d'avancement des nouveaux critères d'agrément en médecine interne (réunion du 25 juin 2015)**

Le 25 mai, le Conseil supérieur a pris connaissance de l'orientation des activités qui ont reçu une évaluation positive. Une proposition plus détaillée sera évidemment soumise au Conseil supérieur au cours d'une phase ultérieure.

Les grandes lignes sont les suivantes :

- toutes les disciplines, y compris la néphrologie, l'endocrinologie et l'hématologie, feront l'objet de titres professionnels niveau 2
- toutes les disciplines, y compris les maladiesla médecine internes générales (qui seraient appelées « médecinealadies internes »), feront l'objet d'un trajet de formation de 6 ans.
- un tronc commun de trois ans est prévu pour toutes les disciplines.

- bien que tout MSF bénéficiera d'un trajet de formation de six ans pour autant qu'il passe avec succès les évaluations, le choix définitif d'une discipline n'interviendra qu'à la fin du tronc commun.
- la gériatrie est comprise dans cette approche (ce qui pourrait augmenter l'attractivité en raison de la prise de connaissance avec la gériatrie et du choix définitif après 3 ans de tronc commun).
- le maître de stage pour le tronc commun ne doit plus nécessairement être un interniste général (cf. pénurie en Flandre), le maître de stage coordinateur en revanche l'est.

Cette proposition permet d'aboutir à une plus grande homogénéité et prévoit les titres professionnels comme repris à l'annexe V de la Directive européenne 2005/36/CE.

Il est souligné qu'une évaluation intervient après le tronc commun, mais qu'elle ne s'accompagne pas d'un titre professionnel.

- **Bilan sur l'état d'avancement des nouveaux critères d'agrément en chirurgie (réunions du 25 juin 2015 et du 10 décembre 2015)**

Le 25 mai, le Conseil supérieur a pris connaissance de l'orientation des activités qui ont reçu une évaluation positive.

Pendant la réunion du 10 décembre 2015, le président de Groupe de travail mixte a toutefois mentionné que les orientations proposées en juin devaient encore être discutées et affinées.

Les orientations initialement proposées le 25 mai 2015, étaient les suivantes :

La réglementation en vigueur est dépassée : la plupart des MSF en chirurgie suivent une formation professionnelle de sept ou huit ans.

Les hypothèses retenues sont les suivantes :

- formation de qualité
- large tronc commun (4 ans)
- déploiement au sens large du (et en qualité de) chirurgien général notamment pour les services de garde
- maintien de spécialisations dans des sous-disciplines chirurgicales
- possibilité de réorientation vers une autre discipline au cours de la formation
- respect de la législation européenne et fédérale
- maintien d'une formation de durée acceptable.

Les implications de l'art. 25, 2 de la Directive européenne 2005/36/CE ont été examinées. Pour les titres de l'annexe V (agrément automatique), il convient de respecter une durée minimum : 5 ans pour les titres professionnels dont question ici.

Le nouvel article 25, 3a relatif au cumul des titres prévoit que les exemptions d'obtention d'un deuxième titre professionnel doivent reposer sur une approche « case by case » et que pas plus de la moitié de la durée minimum du deuxième titre ne pourra faire l'objet d'une exemption.

Le 20 juin 2015, l'Assemblée générale du Collegium Chirurgicum a décidé de soutenir la proposition suivante :

- maintien du titre professionnel « chirurgien général » niveau 2.
- titres supplémentaires de niveau 3 pour les titres suivants également prévus à l'annexe V de la Directive 2005/36/CE : chirurgie du thorax, chirurgie pédiatrique, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale, traumatologie. Un titre professionnel niveau 3 est également prévu pour la cardiologie.
- entrée en vigueur des nouveaux critères de préférence pour la nouvelle levée de MSF du contingent qui aura suivi 6 ans de formation en 2018.

À l'issue du tronc commun de quatre ans, une cinquième année mène à un titre professionnel de niveau 2 de chirurgien général. Cette cinquième année (« année d'essai ») peut déjà être obtenue par un an de formation dans l'un des titres de niveau 3.

Après les cinq années, l'obtention d'un titre niveau 3 implique encore une formation professionnelle de 2 ½ ans, répondant ainsi aux conditions de cumul des titres professionnels au sens de l'article 25, 3a de la Directive.

Une proposition plus détaillée sera évidemment soumise au Conseil supérieur au cours d'une phase ultérieure. L'annonce faite le 10 décembre 2015 de la poursuite de la discussion s'avère tout à fait pertinente.

- **“Angiologie” – interventions endovasculaires interventionnelles (réunions des 25 juin 2015 et 10 décembre 2015)**

A la suite d'une demande d'avis de la ministre du 5 février 2015 sur l'opportunité d'un titre de niveau 3 “angiologie” et sur la question de savoir quels titres de niveau 2 entreraient en ligne de compte pour l'obtention de ce titre, un Groupe de travail mixte (largefort) a été mis sur pied. Les disciplines de radiologie (interventionnelle), chirurgie vasculaire, neurologie et neurochirurgie, cardiologie et cardiologie y sont représentées.

Le 25.06.2015 le Conseil supérieur a rendu un avis intermédiaire à la ministre. Le chirurgien vasculaire doit obtenir ces compétences dans le cadre de sa formation pour le titre niveau 2. Les radiologues interventionnels hésitent entre un titre professionnel niveau 3 et des certificats dont les avantages et désavantages respectifs sont repris dans le projet d'avis intermédiaire. Les neurologues et neurochirurgiens font remarquer qu'à l'étranger leurs disciplines entrent en ligne de compte dans les techniques endovasculaires. Les cardiologues mettent à jour une proposition antérieure pour un titre de niveau 3 en cardiologie endovasculaire (voir plus loin). Ils demandent en outre un titre de niveau 3 en électrophysiologie qui ne relève évidemment pas de la présente matière.

Le 10 décembre 2015, le Conseil supérieur a pris connaissance de la situation concernant la poursuite de ce développement. Les radiologues ont souligné la nécessité urgente d'actualiser les critères d'agrément de leur titre de niveau 2 : ce qui permettrait de proposer quelques modules qui constitueraient déjà une formation de base et pourraient ensuite être affinés dans le cadre d'une formation avec à la clé des certificats ("titres de niveau 4", qui, selon la proposition seraient gérés via les "competent authorities" pour lesquelles il n'existe toutefois actuellement aucune base juridique). Il a été communiqué que les neurologues et les neurochirurgiens veulent également avoir accès à la formation supplémentaire sur les interventions endovasculaires interventionnelles dans les pathologies de leur spécialité.

- **Attractivité de la gériatrie pour la formation professionnelle (réunion du 25 juin 2015)**

Le 25 juin 2015, le Conseil supérieur a évoqué l'approche du Groupe de travail mixte Médecine interne qui consiste à prévoir dans le nouveau trajet de formation un tronc commun de trois ans dans lequel tous découvrirait toutes les disciplines de la médecine interne et notamment la gériatrie.

- **Licence to practice – autorisation à pratiquer – toelating tot beroepsuitoefening (réunion du 25 juin 2015): voir le point 7 du rapport annuel.**
- **Psychiatrie : psychiatrie de l'adulte et infanto-juvénile (réunion du 15.10.2015) rapport intermédiaire et orientation des activités**

Un aperçu de la réglementation existante a été donné : la Belgique a indiqué les deux titres (psychiatrie de l'adulte et infanto-juvénile) dans l'Annexe V de la Directive européenne 2005/36/CE . La réglementation prévue à l'art. 1er (titres de niveau 2), à l'art. 2 (niveau 3) et la "dual training" prévue à l'art. 2bis de l'AR du 25.11.1991 a été expliquée. Il se peut qu'il y ait quelques problèmes au niveau du nouvel article 25, 3, a, de la Directive qui règle le cumul des titres de l'annexe V (agrément automatique). Les critères d'agrément spécifiques actuels sont repris dans l'AM du 3 janvier 2002 (avec les critères communs et spécifiques pour la psychiatrie de l'adulte et infanto-juvénile).

Le groupe de travail mixte Psychiatrie s'est réuni le 22.09.2015 pour trancher le problème de l'orientation à l'avenir. Une proposition a été élaborée qui préconise de prévoir encore un titre de niveau 2 en psychiatrie, mais avec trois certificats (enfant, adulte, psychogériatrie). Une autre proposition concernait une structure comprenant 2 titres de niveau 2 distincts avec un tronc commun limité.

Le Conseil supérieur a approuvé l'orientation de la proposition suivante de compromis suivante du 22.09.2015 encore à confirmer : deux titres de niveau 2 “psychiatrie infanto-juvénile” et “psychiatrie de l'adulte”, la prévision d'un âge de transition des patients en tant que groupe cible des deux disciplines, un trajet de formation de 5 ans avec un tronc commun de 2 ans, suivi d'une troisième année au cours de laquelle une attention particulière sera accordée (selon le titre) à la neurologie, aux personnes âgées, aux adolescents et à la neuropédiatrie.

Peu après, il s'est avéré que la “proposition de compromis” a été contestée au sein du Groupe de travail mixte. Les activités se poursuivent, en tenant compte de l'orientation évaluée positivement par le Conseil supérieur. Une proposition plus détaillée sera évidemment soumise au Conseil supérieur au cours d'une phase ultérieure.

- **Médecine du sport (réunion du 15.10.2015)**

Le 15 octobre 2015, le Conseil supérieur a pris connaissance d'une demande d'avis de la ministre De Block sur la mise en route, dans le courant de l'année 2016, de la préparation d'un titre professionnel adapté. Un Groupe de travail mixte sera désigné.

- **Arrêt de la Cour constitutionnelle : loi du 23 mai 2013 relative à la médecine esthétique non chirurgicale**

De nombreuses procédures en annulation ont été introduites contre la Loi du 23 mai 2013.

La Cour constitutionnelle a tenu compte des modifications apportées à la loi modificative du 10 avril 2014, et a rejeté tous les recours sous réserve de quelques interprétations de la CC qui doivent être suivies :

- La loi ne s'applique que lorsqu'un acte n'a aucun but thérapeutique ou reconstructeur. Un acte esthétique qui traite simultanément un désagrément fonctionnel ou qui a partiellement un but thérapeutique ou reconstructeur, ne relève donc pas du champ d'application de la loi attaquée. En revanche, il ne suffit pas qu'un patient tire un bénéfice psychologique de la modification de son apparence physique pour que l'acte puisse être qualifié de partiellement thérapeutique.
- En ce qui concerne la disposition transitoire de l'art. 24, §2, “l'expérience régulière” doit être lue comme une expérience “régulière” suffisante pour garantir la sécurité du patient (ce qui est également visé par la formation théorique minimale mentionnée).

De ce fait, de nombreux arguments des parties requérantes ont été rejetés.

- Le principe de légalité en matière pénale n'a pas été violé
- Les discriminations invoquées n'ont pas été reconnues
- Les non-conformités avec la réglementation européenne invoquées ont été

- rejetées.

Enfin, dans le cadre de cet arrêt, il convient d'en encore mentionner les éléments suivants :

- Les compétences, telles qu'elles sont déterminées dans les critères d'agrément spécifiques s'avèrent très pertinentes pour évaluer les limites légales des activités. La réglementation basée sur les régions anatomiques a été acceptée. Les descriptions reprises dans la loi peuvent tenir compte de l'expertise supposée du médecin pour leur interprétation.
- Le cumul des qualifications professionnelles est accepté et la poursuite des activités du premier titre professionnel après l'obtention du titre professionnel en médecine esthétique non chirurgicale n'est pas interdite dans cette législation.

En raison entre autres du manque de clarté sur cette Loi, le nouveau titre professionnel de l'art. 10 (médecine esthétique non chirurgicale) n'a pas encore été préparé. Le Groupe de travail mixte a par ailleurs demandé un report mais il devrait bientôt reprendre le travail.

Entretemps, les mesures transitoires prévues à l'art. 10 et à l'art. 24 ont expiré, mais la loi est déjà entrée en vigueur. Dans le cadre de sa compétence d'avis en matière de politiques générales, le Conseil supérieur a conseillé de prévoir une marge de prolongation suffisante de ces mesures.

- **Nouveau titre de niveau 3 “cardiologie (endovasculaire) interventionnelle” (réunion du 10 décembre 2015)**

La qualité de formation professionnelle des cardiologues qui pratiquent des PCI interventionnelles (cathétérisme cardiaque gauche et droit, coronarographie et interventions coronariennes percutanées) doit être garantie. Cela vaut d'autant plus au vu de la demande actuelle et prévue de cardiologues interventionnels dans les centres B1-B2.

En prévoyant un titre professionnel particulier de niveau 3, notre pays suit, à notre avis, l'évolution observée dans la majorité des pays européens.

L'accent a été mis sur la formation aussi bien clinique que technique, mais aussi sur une politique de qualité et de sécurité et le suivi.

La condition d'accès est de disposer d'un agrément en qualité de cardiologue et d'un titre professionnel de niveau 2. L'examen de radioprotection doit être passé et réussi, au plus tard, dans les 6 premiers mois de la formation supplémentaire en cardiologie interventionnelle.

Le trajet de formation dure deux ans à temps plein, avec une complexité croissante et une gradation dans l'assistance, l'exécution sous supervision et l'exécution autonome. Un nombre minimal de prestations à effectuer a été fixé. Le candidat doit, au minimum, exécuter 800 coronarographies diagnostiques de manière autonome et 300 PCI dont 200 de manière autonome. La procédure d'évaluation est précisée dans le projet d'avis.

Le groupe de travail plaide pour que soit prévue une rémunération équitable pendant la formation professionnelle suivie en vue de l'obtention d'un titre de niveau 3. Cette proposition a été coulée par le Conseil supérieur dans un avis remis à la ministre et élargie à un avis pour tous les titres professionnels médicaux agréés.

Les critères d'agrément des maîtres de stage et des équipes de stage ont été présentés. Il faut au minimum deux superviseurs jouissant d'une certaine expérience.

L'agrément des services de stage est subordonné à des critères d'activité. Enfin, les mesures transitoires ont été discutées et adaptées par le Conseil supérieur.

Le Conseil supérieur a émis un avis final positif.

- **Titre de niveau 3 Rééducation fonctionnelle et professionnelle (réunion du 10 décembre 2015)**

Le 10.12.2015, le Conseil supérieur a émis un avis intermédiaire relatif à l'actualisation de ce titre.

Le besoin de rééducation fonctionnelle spécifique (multidisciplinaire) est présent (de manière evidence based) dans plusieurs disciplines. L'ancienne législation de 1963, 1968 et 1978 doit être urgemment adaptée et la réglementation devrait, de préférence, être élaborée dans le cadre de la Loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de la santé.

Les compétences occupent une place centrale et on étudie le moment où elles peuvent être acquises dans chaque discipline.

Pour le titre de niveau 2 Médecine physique et de rééducation, les compétences en matière de rééducation fonctionnelle et professionnelle ont déjà été obtenues pendant la formation suivie pour l'obtention du titre de niveau 2. Cette formation en rééducation fonctionnelle et professionnelle est donc "intégrée" dans le titre de niveau 2.

Pour la cardiologie et la pneumologie le titre de niveau 2 (cf. le projet de propositions de 3 ans de tronc commun et 3 ans de sous-spécialisation) ne permet pas cette option. Ici, on a opté pour un titre de niveau 3 avec une formation d'un an à temps plein ou une formation de deux ans à temps partiel (un raccourcissement par rapport à la réglementation actuelle, mais les compétences nécessaires seront acquises).

Pour l'ORL un titre de niveau 3 adapté est prévu associé à une formation de même durée.

Pour la pédiatrie, le titre de niveau 2 et éventuellement un titre supplémentaire de niveau 3 (p. ex. neurologie et à l'avenir aussi, e.a. cardiologie) et un deuxième titre de niveau 3 rééducation fonctionnelle et professionnelle doivent être possibles.

En marge, le Conseil supérieur demande à la ministre de dresser un bilan de la situation au niveau du suivi de l'avis de février 2015 concernant les nouveaux titres de niveau 3 en pédiatrie.

Les autres titres (niveau 2) doivent encore être traités et il faudra vérifier, pour chacun d'eux, si toutes les disciplines sont abordées et si elles exigent toutes une formation en rééducation fonctionnelle et professionnelle spécifique.

Plusieurs disciplines sont confrontées à un problème de disponibilité de maîtres de stage. Des mesures transitoires souples seront donc nécessaires. En tout cas, le cumul de la fonction de maître de stage pour un titre de niveau 2 et un titre de niveau 3 devrait rester possible.

- **Aperçu des autres activités en matière d'actualisation des titres professionnels existants ou d'introduction de nouveaux titres professionnels**

Le Conseil supérieur a constaté avec satisfaction que le MB du 10 novembre 2015 a publié le premier AM sur lequel le Conseil supérieur nouvelle refonte de fin 2013 a émis un avis. Il s'agit de l'AM du 28 octobre 2015 relatif au titre professionnel de niveau 3 Psychiatrie médico-légale.

Le tableau en annexe donne un aperçu de la situation au niveau des titres professionnels en traitement ou pour lesquels un avis a déjà été rendu.

8.2. 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 prolonger³.

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 Ministre⁴. En cas d'avis négatif, le candidat maître de stage peut introduire un recours.

Durant l'année 2015, les groupes de travail ont analysé un total de 316 dossiers de maîtres de stage spécialistes, 607 dossiers de maîtres de stage généralistes et 40 dossiers de spécialistes qui souhaitent former les futurs généralistes.

Parmi ces 963 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'avis⁵.

Pour la liste actualisée des maîtres et services de stage, voir annexe.

³ 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.

⁴ 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.

⁵ 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	0	327
Agrément d'un service de stage en médecine générale	0	19
Renouvellement d'agrément pour maître de stage médecin généraliste dans son cabinet	0	236
Renouvellement d'agrément d'un service de stage en médecine générale	0	5

Total des avis rendus pour 2015 : 587.

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	5	201
Renouvellement d'agrément pour maître de stage spécialité/compétence particulière en médecine	0	23

Total des avis rendus pour 2015 : 229.

Avis rendus pour la désignation d'un responsable temporaire de formation en application de l'article 42 de l'arrêté royal du 21 avril 1983⁶ : 6.

⁶ 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.

Annexes⁷

1. **Liste des médecins généralistes en cabinet agréés comme maîtres de stage**
2. **Liste des services de stage agréés pour la formation des généralistes**
3. **Liste des médecins spécialistes agréés comme maîtres de stage**
4. **Etat de la situation au 16.12.2015 : critères spécifiques d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et de services de stage**

⁷ Listes des maîtres et services de stage mise à jour le 2/03/2016.

4. Etat de la situation au 16.12.2015 : critères spécifiques d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage

Discipline / titre professionnel	AR du 25.11.1991 ⁸	En traitement chez	Avis final du Conseil supérieur
Dermatologie	Niveau 2		9 octobre 2014
Psychiatrie médico-légale	Niveau 3		9 octobre 2014
Oncologie pour gynécologues - Oncologie gynécologique - Oncologie gynécologique médicamenteuse	Niveau 3	Pour avis final lors de la réunion plénière du Conseil supérieur en décembre 2014	11 décembre 2014 (avis positif sur l'oncologie gynécologique, avis négatif sur l'oncologie gynécologique médicamenteuse)
Algologie			Avis négatif octobre 2014
Psychiatrie - adultes - enfance / adolescence	Niveau 2 (et 3 ?)	Groupe de travail mixte	
Orthopédie	Niveau 2	Groupe de travail mixte	
Santé publique	Niveau 2 ou 3	Groupe de travail « Titres » (demande)	
Médecin spécialiste en management hospitalier		Groupe de travail « Titres » (demande)	
Médecine pharmaceutique	Niveau 2 ou 3	Groupe de travail « Titres »	
Pharmacologie clinique		Groupe de travail « Titres »	
Génétique humaine		Groupe de travail « Titres » (phase finale)	

⁸ AR du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, *M.B.* 14 mars 1992, err., *M.B.* 24 avril 1992.

Médecine du sport		Groupe de travail « Titres » (groupe de travail mixte en cours de constitution)	
Chirurgie générale - cardiochirurgie - chirurgie vasculaire - chirurgie thoracique - chirurgie abdominale - traumatologie, chirurgie pédiatrique, chirurgie endocrine, chirurgie de transplantation, ...	En traitement niveau 2 (niveau 3 ?)	Groupe de travail mixte	
Pédiatrie : - endocrinologie - pédiatrie gastro- intestinale - pneumologie - néphrologie - cardiologie	Niveau 3	Groupe de travail « Titres »	
Médecine interne	Niveau 2 (3)	Groupe de travail « Titres »	
Médecine nucléaire	Niveau 2	Groupe de travail mixte en cours de constitution	
Anatomopathologie	Niveau 2	La discipline adapte la proposition (après une première discussion au sein du Conseil supérieur début 2014)	
Maladies infectieuses		Groupe de travail « Titres » La discipline prépare la proposition	
Médecin qualifié en médecine générale, préventive et		Groupe de travail « Médecins généralistes » et groupe de travail	Médecin qualifié en médecine générale, préventive et

d'institutions		« Médecins spécialistes »	d'institutions
Médecin hospitalier			Médecin hospitalier
Médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale (loi du 23 mai 2013)			
Neurochirurgie (jan 15)			
Gynécologie (jan 15)			