

Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

**Rapport annuel d'activité
2016**

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

Table des matières

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes	4
1. Base légale	4
2. Composition légale	4
3. Composition actuelle	7
4. Missions du Conseil.....	9
5. Groupes de travail permanents	9
6. Bureau.....	9
7. Groupes de travail mixtes	11
8. Activités.....	12
8.1. Activités de fond	12
8.2. Agrément des services et maîtres de stages.....	41

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

1. Base légale

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

2. Composition légale

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

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

Chaque chambre est composée¹:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

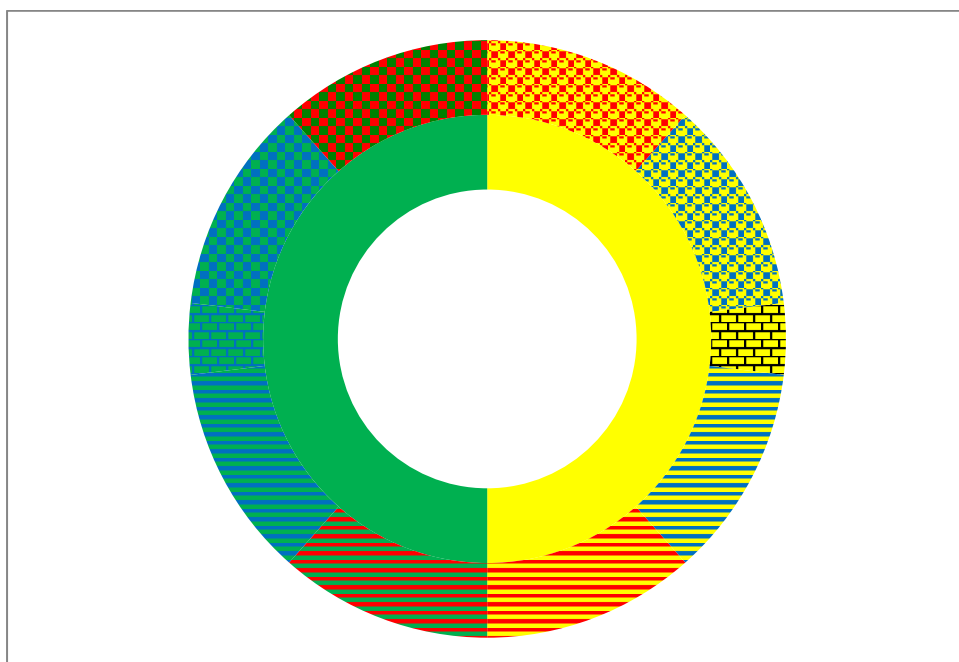


Figure 1 : Composition schématique du Conseil supérieur



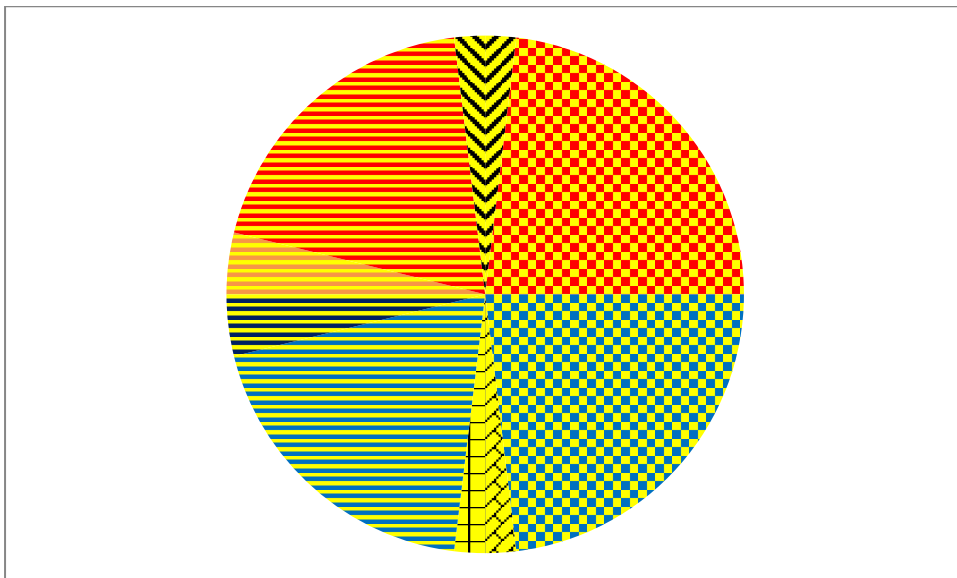


Figure 2: Composition détaillée d'une Chambre du Conseil



3. Composition actuelle

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

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

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

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

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

4. Missions du Conseil

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

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

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

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

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

Force légale des avis du Conseil

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

5. Groupes de travail permanents

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

Ils ont pour mission :

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

6. Bureau

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

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

³ Nommé début 2017.

- Dr Henri Nielens (Fr, spé, assoc.)

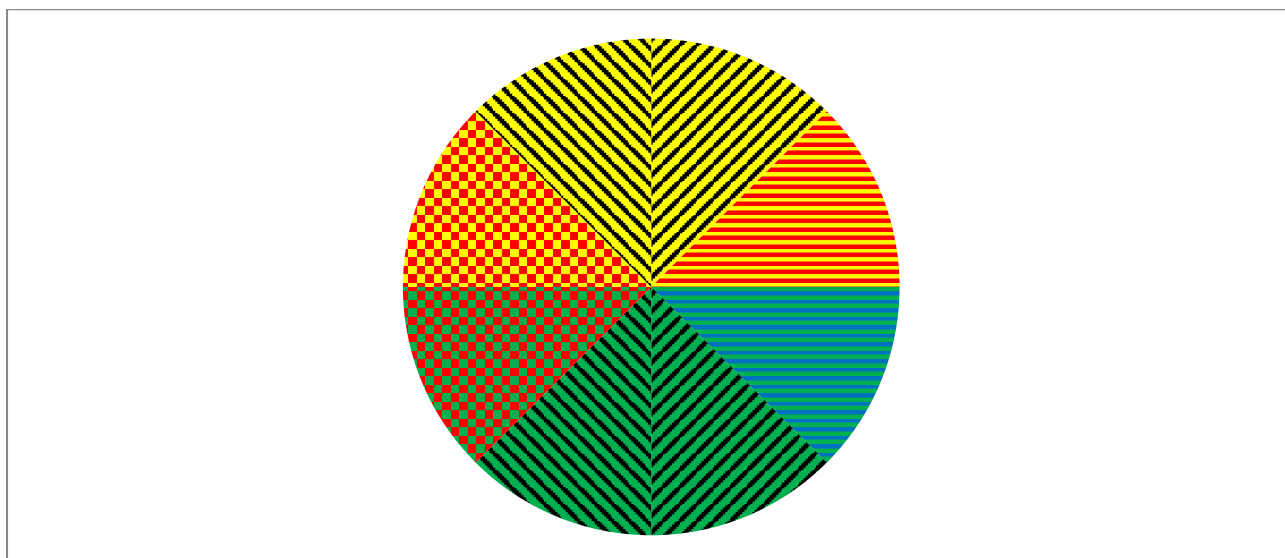
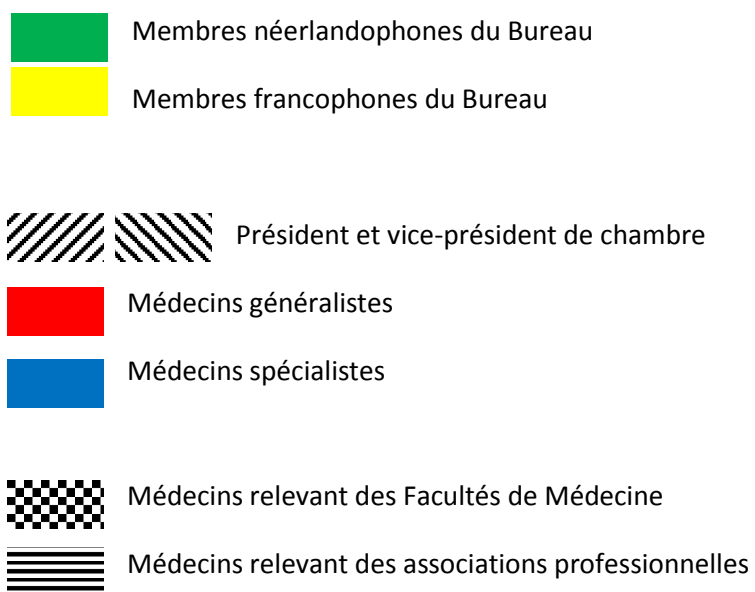


Figure 3: Représentation schématique du Bureau



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

L'AR du 29 février 2016 a modifié l'AR du 21 avril 1983⁴, désignant un médecin président (Prof. J. Boniver) et un médecin vice-président (Dr P. Waterbley). Un des deux est un fonctionnaire ou un fonctionnaire honoraire du SPF Santé publique.

Lors de la prochaine recomposition complète, des membres suppléants pourront être désignés.

Le nouveau président a demandé de pourvoir à son remplacement en tant que président de la chambre d'expression française. Le Prof. J. Lambert, en tant que président de la chambre d'expression néerlandaise, et son homologue francophone, resteront impliqués de manière intensive dans la préparation et l'organisation des réunions et du fonctionnement du Conseil supérieur. Le Prof. J. Boniver apprécie les 15 mois passés durant lesquels il a collaboré avec le Prof. J. Lambert, le Dr P. Waterbley, Mme J. Pieters, le Dr Leroy et Mme M. Gheysen.

8.1.1 Matières communes aux médecins généralistes et médecins spécialistes & avis relatifs au champ d'action (« scope of practice ») des divers groupes professionnels

- **Profil de compétences du médecin**

À la suite d'une demande d'avis de Mme la ministre M. De Block du 5 novembre 2015, l'assemblée plénière du Conseil supérieur a rendu un premier avis le 28 avril 2016.

L'article 3 de la loi du 10 mai 2015, dans sa version actuelle, décrit de manière indirecte le profil de compétences du médecin, via la définition de l'exercice illégal de la médecine. La ministre a fait remarquer à juste titre qu'il sera nécessaire de prévoir également à l'avenir des mécanismes de contrôle et de sanction en la matière.

La demande d'une définition positive du profil de compétences du médecin doit être abordée avec la prudence nécessaire.

Le modèle CanMEDS⁵ est fréquemment utilisé à l'étranger⁶ en tant que cadre général du profil de compétences du médecin.

⁴ AR du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, MB 27 avril 1983.

⁵ Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

⁶ P. ex. aux Pays-Bas : « Besluit van 3 mei 2004, houdende wijziging van het Besluit opleidingseisen arts in verband met actualisering van de eindtermen van de artsopleiding, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 2004, 286 » (Arrêté du 3 mai 2004, portant modification de l'arrêté relatif aux exigences de

Le rôle central et spécifique (différenciateur) du médecin en sa qualité d'expert médical est complété de compétences à acquérir en tant que « communicator, collaborator, leader, health advocate, scholar et professional ».

Ce cadre général est ensuite adapté à chaque titre professionnel de la discipline médicale. Les avis récents (2014-2015) du Conseil supérieur portent une attention particulière aux compétences spécifiques à chaque discipline.

Le Conseil supérieur était ravi d'apprendre que les profils de compétences sont demandés aux différents groupes professionnels de santé. Il va sans dire que les critères d'agrément et les compétences acquises (connaissances, aptitudes et attitude) en vigueur dans notre pays sont très utiles dans la délimitation des complémentarités entre les différentes professions des soins de santé et dans la collaboration avec chacune de ces professions.

La qualité, la sécurité, l'accessibilité, la pertinence et le rapport coût/efficacité des soins constituent des critères importants⁷.

L'investissement complet et avisé des compétences acquises par chaque profession des soins de santé est efficace et motivant. Le travail interdisciplinaire en équipe est déjà une réalité et ne peut qu'aller croissant étant donné les défis (multi-pathologie, vieillissement de la population, maladies chroniques) auxquels nous faisons face. Les connaissances et les possibilités, en augmentation constante, de la médecine de l'avenir, plaident pour que les médecins soient déchargés de tâches pouvant être déléguées ou accomplies en toute sécurité par d'autres praticiens professionnels.

La problématique est toutefois complexe et doit être abordée de manière mûrement réfléchie.

Il est préférable que les analyses préparatoires, les évolutions souhaitables et les complémentarités fassent l'objet de discussions au niveau interdisciplinaire. Il serait préférable d'envisager la possibilité d'études pilotes (couvertes d'un point de vue légal en termes de compétences et de responsabilité).

Il convient par ailleurs de tenir compte, en ce qui concerne le « scope of practice », de la différence entre les activités de routine et les situations où une vigilance adéquate est nécessaire pour les cas anormaux et/ou urgents.

La faisabilité de la définition d' « activités réservées » doit être étudiée.

Le contexte (p.ex. le travail isolé ou non) et les interactions entre divers prestataires de soins (parfois le « situational leadership », si supervision et droit d'évocation sont indiqués par un médecin) détermineront la sécurité et la qualité dans une mesure importante. Dans ce cadre, il peut cependant être tenu compte des niveaux de complexité.

formation du médecin en ce qui concerne l'actualisation des socles de compétences de la formation de médecin, *Moniteur du Royaume des Pays-Bas*, 2004, 286)

⁷ Le tout a également un impact en termes de responsabilité.

L'approche par équipes multidisciplinaires constitue le bon choix, mais il faut également éviter la dilution de la responsabilité⁸ et de la coordination. À l'étranger également, il semble que le patient veuille savoir « who's in charge ».

Ajoutons encore qu'il n'en reste pas moins le rôle essentiel du médecin, avec son savoir-faire médical spécifique lui permettant d'établir un diagnostic, un diagnostic différentiel, de procéder à une expertise médicale (avec évaluation du risque), d'établir un plan de traitement et de pratiquer des interventions complexes (y compris les prescriptions).

Notamment en ce qui concerne le diagnostic, il importe de mettre en garde contre d'éventuelles confusions ou une dilution de la terminologie : le diagnostic est une compétence médicale.

Ces compétences distinctes du médecin représentent et sont les garants d'une exigence de qualité et de sécurité pour la formulation d'approches et de thérapies alternatives dans le cadre d'une interaction complexe mais passionnante avec le patient (« shared decision making »).

La liberté diagnostique et thérapeutique demeure un principe majeur dans l'intérêt du patient mais s'accompagne d'une condition connexe scientifique (« evidence based medicine » ou bonnes pratiques) et d'un lien social (choix dans les soins).

- **Sages-femmes**

Le 28 avril 2016, le Conseil supérieur a répondu à une demande d'avis de la ministre concernant les sages-femmes et le planning familial. En annexe à la demande d'avis figurait l'avis du Conseil fédéral des sages-femmes du 6 novembre 2014.

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a également pris connaissance des récents avis (2015) de l'Académie royale de médecine de Belgique et de la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België.

Le 28 avril 2016, le Conseil supérieur a rendu l'avis suivant.

Le Conseil fédéral des sages-femmes définit le planning familial comme suit : information et éducation, en ce compris de la sexualité, de la contraception, des problèmes de fertilité et de l'interruption volontaire de grossesse.

Le rôle informatif, pédagogique et d'accompagnement des sages-femmes est naturellement utile dans les divers domaines du planning familial définis ci-dessus.

Par ailleurs, la directive 2005/36/CE⁹ prévoit que les sages-femmes sont habilitées au moins à

⁸ Le « *bystander effect* » par lequel chaque membre de l'équipe compte sur le fait que quelqu'un d'autre va assumer la responsabilité.

⁹ Directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, *J.O.* L 255, 30 septembre 2005, err., *J.O.* L 271, 16 octobre 2007, err. P.B. *J.O.* L 93, 4 avril 2008.

fournir une information correcte et des conseils en matière de planning familial. Cette mission ne peut être sous-estimée : une formation et une expérience supplémentaires peuvent toujours être utiles. La durée de formation d'une sage-femme est en effet limitée, et toutes les compétences ne peuvent pas y être acquises.

Il est clair que le planning familial ne relève pas des compétences et qualifications exclusives des sages-femmes.

L'avis du Conseil fédéral des sages-femmes comporte également un appel à plus de compétences pour la sage-femme, compétences qui pourraient être exercées de manière plus « autonome » : une consultation préconception « complète » dans le cadre de problèmes de fertilité, la possibilité de prescrire des contraceptifs à tout moment (cette possibilité est actuellement limitée aux trois mois qui suivent l'accouchement) et la prescription autonome de médicaments en vue de l'interruption de grossesse.

Ces demandes pour une « autonomie » accrue sont remarquables étant donné l'évolution positive vers une plus grande collaboration interdisciplinaire, où les professionnels des soins engagent de façon coordonnée leurs compétences complémentaires spécifiques. Une coordination où la collaboration interdisciplinaire ne se limite pas à appeler en renfort, en urgence, un autre professionnel des soins. Une demande d'autonomie accrue suppose une entière responsabilité pour ses prestations propres.

Chaque groupe professionnel doit à cet égard faire preuve du respect nécessaire vis-à-vis de la contribution de chaque autre groupe professionnel, toujours en vue d'une qualité et d'une sécurité optimales des soins.

Après un examen approfondi, le Conseil supérieur rend l'avis suivant sur les questions spécifiques suivantes :

La prescription de contraceptifs à tout moment (y compris en dehors du contexte limité de trois mois après l'accouchement d'une femme en bonne santé) relève clairement des compétences des médecins.

Sans formation médicale, on ne peut pas estimer les interactions entre une pathologie chez la femme (qu'il faut déjà identifier) et le contraceptif.

Le contraceptif peut avoir un effet sur la maladie, comme sur le lupus ou la sclérose en plaques, et il y a naturellement les effets secondaires plus classiques des administrations de contraceptifs à plus long terme.

Les médicaments prescrits pour une certaine pathologie chez la femme peuvent entraîner des interactions sur l'efficacité de la contraception.

La reconnaissance et la connaissance d'un grand nombre de pathologies diverses et d'interactions médicamenteuses ne font pas partie du profil de compétences de la sage-femme.

La problématique de la fertilité constitue une problématique très complexe pour laquelle une hyperspécialisation est souvent indispensable, ce qui était le cas dans le cadre de la discipline médicale.

Une approche planifiée systématique des problèmes de fertilité est essentielle et il est préférable qu'elle ne se heurte pas à diverses initiatives prises au préalable, p.ex. par une sage-femme.

Cela vaut avant tout pour le diagnostic du problème, qui peut aussi être occasionné par des pathologies (qu'il convient d'examiner et d'identifier) chez la femme ou chez l'homme. La diversité des causes possibles est très vaste : congénitale ou anatomiquement acquise, endocrinienne, immunologique, génétique.

L'hyperspécialisation en matière d'approche thérapeutique et de planification est évidente, si bien qu'il importe que toutes les approches possibles puissent être expliquées et envisagées avec le patient.

Tout cela concerne clairement les compétences complémentaires des médecins, et de médecins hautement spécialisés.

Compétences complémentaires, car le Conseil supérieur estime qu'une approche en équipe, où chaque profession peut apporter de manière optimale sa contribution spécifique, constitue la voie indiquée, dans l'intérêt de la qualité et de la sécurité des soins.

La prescription et l'utilisation de médicaments d'interruption de grossesse doivent respecter des critères très stricts. L'échographie pour déterminer le stade de la grossesse, le contrôle de la localisation intra-utérine et de l'évacuation après la procédure, le suivi (et la prévention pour les femmes à Rhésus négatif p. ex. ...) supposent une concentration de savoir-faire et de technologie qui requièrent un contexte interdisciplinaire (probablement un milieu hospitalier ou dans le cadre d'une collaboration avec un hôpital) et excluent une compétence autonome de la sage-femme.

Par ailleurs, l'article 350 du Code pénal – qui contient les clauses et conditions auxquelles l'avortement n'est pas un délit – stipule clairement que l'interruption de grossesse doit être pratiquée par un médecin.

La formation professionnelle pour devenir sage-femme débouche sur un grand nombre de compétences qui sont très importantes pour nos soins de santé, et qui permettent de développer une carrière professionnelle passionnante. Cette formation professionnelle ne débouche toutefois pas sur toutes les compétences.

- **Assistant de pratique médicale**

Le 23 juin 2016, le Conseil supérieur a répondu à une demande d'avis du 17 décembre 2015 relative aux « soins de santé de première ligne – assistant de pratique médicale ».

La ministre a demandé un avis consolidé au Conseil fédéral de l'art infirmier, au Conseil national des professions paramédicales ainsi qu'au Conseil supérieur de la santé à propos de l'assistant de pratique médicale.

En annexe de la demande d'avis figurait un document intitulé « Profil de compétence de base – Assistant de pratique médicale en première ligne »¹⁰. La demande d'avis demandait plus spécifiquement qu'une attention soit portée à l'opportunité de faire figurer cette profession dans la loi sur l'exercice des soins de santé, aux conditions éventuelles, aux compétences de base ainsi qu'aux actes et aux prestations à confier. Enfin, on s'est interrogé sur une vision de la pratique quant à l'articulation de l'assistant de pratique médicale avec d'autres professions de soins, notamment les praticiens de l'art infirmier.

Un groupe de travail constitué de représentants des différents conseils a été constitué. Dans une note sont formulées différentes pistes d'approche, avec la conclusion qu'un choix politique décisif devra être fait. Cette note a été soumise à l'avis final des différents conseils.

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a confirmé la nécessité de soutenir la pratique de médecine générale, vu la charge de travail et tous les défis se posant pour l'avenir. Cet appui permettra aux médecins généralistes de se concentrer sur leurs missions essentielles. Au niveau de la sécurité contre les agressions, la présence d'un (de) collaborateur(s) peut également avoir un effet préventif.

La discussion porte toutefois sur la manière dont il est préférable que ce soutien soit organisé.

Une partie des membres estime qu'il est préférable de garantir un appui qualitatif axé sur l'avenir, d'une part, par une assistance administrative et, d'autre part, par un soutien infirmier effectif.

Il est ici fait référence à des initiatives (« Impulseo ») et propositions (« Plateforme universitaire pour les soins chroniques – proposition de soutien à la multidisciplinarité des pratiques de médecine générale pour les soins chroniques ‘Assisteo’ »¹¹) antérieures. Des formations spécifiques pour les assistants infirmiers du médecin généraliste seraient déjà en préparation.

Ce faisant, on évite que certains actes invasifs ne doivent être confiés à des personnes ayant une formation très limitée, comme le prévoit la proposition « assistant de pratique médicale » (p. ex. prise de sang). Il y a eu mise en garde face au danger de nivellement par le bas, ce qui s'écarterait de l'évolution des professions infirmières et paramédicales.

¹⁰ De Maeseneer Jan (Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg UGent) ; Van Gorp Luc (Departementshoofd Gezondheidszorg UC Leuven-Limburg), De Lepeleire Jan (Academisch Centrum voor huisartsgeneeskunde KULeuven), Remmen Roy (Vakgroep eerstelijns en interdisciplinaire zorg UAntwerpen), Devroey Dirk (Academisch centrum voor huisartsgeneeskunde, VUB), Martin Sandra (Gezondheid en Welzijn, UC Leuven-Limburg), 2015.

¹¹ VUB, KUL, UAntwerpen, U Gent, UCL, ULg, ULB, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones asbl, Vereniging van wijkgezondheidscentra, Domus medica, SSMG (2013).

L'assistance aux médecins généralistes doit se faire avec un niveau de qualité suffisant. Cette opinion a également constaté que l'avenir de la médecine généraliste se situait davantage dans des pratiques collaboratives (sous toute la diversité de ses formes) que dans des cabinets individuels. La répartition des coûts dans des accords de collaboration rend possible la prévision d'un soutien tant administratif qu'infirmier.

Enfin, il a été fait remarquer que la formation pour les collaborateurs devait encore être différenciée de la nécessité d'une nouvelle profession de soins.

Une nouvelle profession de soins donne, d'ailleurs, rapidement lieu à une demande pour plus de compétences, ce qui peut être dangereux lorsque le niveau final, tel que dans la proposition « assistant de pratique médicale », est trop faible.

Une autre partie de l'assemblée a plaidé pour l'utilité (ou la nécessité) d'une nouvelle profession de soins « assistant de pratique médicale ».

Les cabinets individuels existent encore et ce sont surtout les médecins généralistes débutants qui ont un besoin urgent d'un appui de qualité et financièrement abordable. La qualité est garantie parce que, précisément, une formation spécifique est prévue pour la l'assistant de pratique médicale.

Il convient de se garder d'un réflexe trop conservateur et du corporatisme dans certaines professions de soins existantes.

La proposition n'exclut pas que des médecins généralistes fassent appel à des infirmiers. Mais la possibilité d'assistants de pratique médicale doit être prévue comme une première étape du soutien du médecin généraliste.

Des problèmes d'ordre pratique se posent par ailleurs encore en ce qui concerne le remboursement par l'assurance-maladie obligatoire lorsqu'à l'occasion d'une consultation par un médecin généraliste, des actes infirmiers sont également posés.

La proposition « assistant de pratique médicale » offre la possibilité à des personnes actuellement au chômage d'occuper une fonction socialement utile et de qualité, avec une formation qu'ils sont en mesure de suivre (90 crédits ECTS¹²). Ils pourront encore évoluer par la suite.

Il a également été mis en garde contre un effet secondaire sur le déficit en infirmiers dans les hôpitaux si le projet Assistant de pratique médicale n'était pas approuvé. De nombreux infirmiers semblent en effet intéressés par une fonction dans un cabinet de médecine généraliste.

Ces défenseurs de la proposition « assistant de pratique médicale » ont proposé à l'assemblée de formuler la position suivante :

« Création d'une nouvelle profession paramédicale d' « assistant de pratique médicale » afin d'ajouter au système un praticien de santé mieux adapté à certaines pratiques médicales ». Pour le Conseil supérieur, cette stratégie semble souhaitable, et il est important d'indiquer que

¹² ECTS = European credit transfer system.

la fonction est le résultat d'une combinaison de prise en charge et d'administration (en ce compris la comptabilité et l'appui aux interventions techniques pratiquées par le médecin généraliste), que complète un ensemble restreint d'interventions par l'assistant de pratique médicale ».

Cette proposition n'avait pas été acceptée par vote à main levée (10 voix contre, 7 voix pour et 3 abstentions).

Au cours de la réunion, il a enfin été mis en garde contre les risques que représentent l'assouplissement ou l'abandon d'exigences de qualification pour certains actes techniques.

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a décidé de transmettre en guise d'avis toutes les considérations et tous les éléments formulés ci-avant. La note du groupe de travail et l'avis du Conseil supérieur sont disponibles sur <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/conseil-superieur-des-medecins-specialistes-et-des-medecins>

- **« Genetic Counselor »**

Dans une demande d'avis du 17 décembre 2015 relative au « genetic counsellor - conseiller en génétique », Mme la ministre a demandé un avis consolidé en la matière au « Conseil national des professions paramédicales » et au « Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes ».

Un groupe de travail a été constitué, réunissant des représentants de plusieurs conseils, à savoir le Conseil fédéral des sages-femmes, le Conseil fédéral de l'art infirmier, le Conseil fédéral des professions paramédicales et le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

Le 20 juin 2016, ce groupe de travail a rendu un projet d'avis qui a été transmis aux différents conseils.

Le groupe de travail propose la création d'une profession paramédicale, avec des activités uniquement sur prescription du médecin (généticien), et dont le champ d'activité s'inspire des « core competencies for genetic counsellors » de l'EBMG (European Board of Medical Genetics, juin 2010). Le groupe de travail envisage plusieurs pistes comme un « master after bachelor » ou un « master after master », éventuellement une sélection préalable de candidats sur base d'un diplôme préalable, et une évaluation préalable ou non. On souligne l'importance d'une approche multidisciplinaire.

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a examiné le projet d'avis du groupe de travail le 15 décembre 2016 et a formulé les considérations suivantes.

Seule la France prévoit une profession réglementée.

La sélection proposée dans le projet d'avis n'est pas claire en tant que condition d'accès à la formation, et l'exclusion des technologues de laboratoire médical n'est pas acceptable.

Le projet d'avis impose une exigence de deux titres de niveau 2 pour les médecins autorisés à confier des actes, ce qui correspond à une formation de 6 ans (niveau 1) + une dizaine d'années. À cet égard, il n'est pas tenu compte d'un précédent avis du Conseil supérieur relatif au généticien clinicien.

Apparemment, des non-médecins pourraient participer en tant que conseiller au « bilan clinique » dans le cadre du conseil génétique.

Le besoin en genetic counselors est limité (on en compte environ 58 actifs en Belgique), et il faut éviter que les médecins généticiens ne suivent les activités des counselors qu'à distance.

Le Conseil supérieur est conscient de l'évolution rapide et radicale de la génétique qui se poursuivra au cours des années à venir. Cette évolution dépasse toutefois la compétence du paramédical : il faut davantage de médecins. Il est fait remarquer que l'on ne peut pas créer de nouvelle profession à chaque fois que des médecins spécialistes n'ont plus suffisamment de temps.

Sur base de ces considérations, le Conseil supérieur a décidé de rendre un avis négatif dans l'état actuel des choses en ce qui concerne la création d'une nouvelle profession de santé et concernant le projet d'avis du groupe de travail.

Une nouvelle évaluation dans le cadre du projet AR78 (réforme de la loi du 10 juillet 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé) est à recommander, p. ex. en ce qui concerne les éventuelles possibilités du concept annoncé d' « auxiliaire qualifié ».

- **Utilisation de protoxyde d'azote (« gaz hilarant »)**

La ministre a adressé, en date du 30 juin 2015, une demande d'avis concernant l' « application de protoxyde d'azote à titre d'analgésique et de sédatif hors du bloc opératoire et en milieu extrahospitalier », aussi bien au Conseil supérieur de la santé qu'au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes¹³.

La demande adressée au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes concernait plus spécifiquement un avis ponctuel sur la compétence de prestataires autres que les médecins et les connaissances, la qualification et l'encadrement (pédiatres, dentistes) nécessaires.

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a demandé au groupe de travail Anesthésie de préparer un projet d'avis.

Le 15 décembre 2016, le Conseil supérieur a rendu son avis, basé sur le projet d'avis du groupe de travail. Le Conseil supérieur a également pris connaissance de l'avis du Conseil de l'art dentaire de 2013, du projet d'avis du Conseil supérieur de la santé (2016) et d'un rapport des Dental Faculties of the royal colleges of surgeons & the Royal College of Anaesthetists concernant la « conscious sedation whether they are dentists, doctors, nurses or dental care professionals » au Royaume-Uni (2015).

¹³ Dénommé « Conseil supérieur » ci-après.

Le Conseil supérieur a examiné en détail le projet d'avis du groupe de travail Anesthésie qui peut se résumer comme suit :

Les avantages de la technique (praticabilité, rapidité) sont connus.

Les dangers pour le patient sont cependant les suivants :

- manque d'oxygène résultant de mélanges hypoxiques (on souligne l'importance des circuits d'anesthésie)
- manque d'oxygène résultant d'une obstruction des voies respiratoires supérieures, dépression respiratoire (co-médication...)
- risque d'hypoxie de diffusion
- besoin en connaissances et évaluation des contre-indications.

Il y a aussi des risques pour les prestataires de soins (génétoxicité, risque d'incendie et d'explosion, accès plus facile aux drogues de loisir) et pour l'environnement.

Le groupe de travail Anesthésie a dès lors rendu l'avis suivant :

- 1) le protoxyde d'azote doit être administré sous la supervision d'un médecin-anesthésiste ;
- 2) le local doit être ventilé et les appareils doivent être placés sous la supervision d'un médecin-anesthésiste et d'un service biotechnique ;
- 3) l'administration de protoxyde d'azote par des non-anesthésistes (médecins et infirmiers) n'est possible qu'après une formation et une qualification spécifiques, avec une préférence pour le mélange équimolaire ;
- 4) les critères de qualification suivants doivent s'appliquer aux médecins non-anesthésistes :
 - formation théorique de 20h + réussir un examen écrit
 - 10 jours de stage
- 5) les critères de qualification suivants doivent s'appliquer au personnel infirmier :
 - formation théorique de 40h + réussir un examen écrit
 - 10 jours de stage
- 6) monitoring + tenue à jour d'un registre de procédures, incidents et complications ;
- 7) à la fin de la procédure : surveillance de 15 minutes + administrer un peu d'oxygène si nécessaire ;
- 8) l'appareillage nécessaire dans le local où la sédation a lieu (voies respiratoires et éventuellement réanimation).

Le Conseil supérieur a conscience du fait que la dentisterie en cabinet (et certainement l'anesthésie pratiquée en cabinet) comporte des risques. Un hôpital offre des garanties de sécurité vu l'environnement et les procédures d'urgence.

Le Conseil supérieur souhaite néanmoins rendre un avis nuancé, compte tenu de l'expérience à l'étranger ainsi que des risques et inconvénients d'une accessibilité moins rapide et de listes d'attente.

Le Conseil supérieur rend un avis favorable, en tenant compte des éléments de l'avis du groupe de travail Anesthésie, et donc moyennant des garanties prioritaires en termes de sécurité. Ces

garanties sont : une formation (continue) solide des professionnels sur tous les aspects, une infrastructure adéquate, vérifiée et validée de manière professionnelle, sans oublier une garantie technique de concentrations de maximum 50% protoxyde d'azote-oxygène.

- **Transposition de la Directive 2013/55/UE¹⁴** : examen en assemblée plénière du 27 octobre 2016

L'AR du 27 juin 2016¹⁵ a été brièvement commenté, notamment en ce qui concerne le système d'alerte et le mécanisme d'accès partiel.

L'AM du 23 mai 2016¹⁶ modifie les arrêtés ministériels du 31 janvier 2008 et du 28 février 2008 fixant les titres de formation délivrés par les États membres de l'Union européenne. L'article 3 reprend les 5 années d'étude ou un nombre équivalent de crédits ECTS pour la médecine.

L'AM du 23 mai 2016¹⁷ modifie l'AM du 23 avril 2014 (critères transversaux). Le nouvel article 3/1 de l'AM du 23 avril 2014 fixe (au cas par cas) les dispenses maximales (pas plus de la moitié de la durée minimale de la formation) pour l'obtention d'une deuxième qualification professionnelle.

- **Explication du projet « Réforme de l'AR n° 78 » (Loi du 10 mai 2015¹⁸) par le Prof. Vandewoude (représentant du cabinet de Mme la ministre De Block)**

Le Prof. Vandewoude souligne que la Loi actuelle relative à l'exercice des professions des soins de santé ne tient pas suffisamment compte de l'évolution des soins de santé (notamment le travail en équipe pluridisciplinaire, la superspécialisation, les trajets de soins transversaux avec une attention accrue pour la problématique chronique) et ne définit pas suffisamment les soins extramuraux. Cette Loi est trop peu structurée et il convient de mieux préciser la place d'un certain nombre de nouvelles professions ou de professions paramédicales. Cette Loi doit également tenir pleinement compte des implications de la réglementation européenne (p. ex.

¹⁴ Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et Règlement (UE) n°1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI »), texte présentant de l'intérêt pour l'EEE, *J.O.* L 354, 28 décembre 2013.

¹⁵ A.R. du 27 juin 2016 modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, afin de transposer la Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI »), M.B. 18 juillet 2016.

¹⁶ A.M. du 23 mai 2016 modifiant les arrêtés ministériels du 31 janvier 2008 et du 28 février 2008 fixant la liste des titres de formation de médecin, médecin généraliste, médecin spécialiste, dentiste, dentiste spécialiste, obstétricien, pharmacien et infirmier responsable des soins généraux délivrés par les États membres de l'Union européenne, MB du 18 juillet 2016.

¹⁷ Arrêté ministériel du 23 mai 2016 modifiant l'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 du 18 juillet 2016.

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

infirmier, sage-femme). Nous devons abandonner l'ancien modèle hiérarchique qui existe actuellement entre les professions de soins.

Le Prof. Vandewoude fait référence à l'accord de gouvernement du 9 octobre 2014, en particulier au principe de subsidiarité.

La garantie du contrôle et de la sécurité doit être modernisée. Les Commissions médicales provinciales travaillent aujourd'hui de manière trop exclusivement réactive, et nous devons renforcer les droits de la défense. L'Ordre des Médecins a pour mission de veiller au respect de la déontologie, mais n'est pas l'organe recommandé pour contrôler la qualité. Les soins doivent être basés sur une pratique fondée sur des données probantes (Evidence based practice). Il est temps de passer à un nouveau modèle de « professions de soins » et de « pratique de soins ».

Le Prof. Vandewoude identifie trois piliers pour une prestation de soins de qualité :

- Position centrale du patient (concept pilote-copilote, le prestataire de soins étant le copilote)
- Prestataire de soins compétent : les qualifications acquises et entretenues occupent une place centrale et définissent ses compétences (la loi actuelle se base quasi exclusivement sur la compétence juridique). L'autonomie fonctionnelle représente dans ce cadre un deuxième principe stratégique.
- Des soins de santé multidisciplinaires intégrés. Une collaboration est mise en place dans le cadre d'une hiérarchie fonctionnelle, prévoyant un rôle directif pour le médecin, à qui il doit être fait rapport de manière effective.

Tous ces éléments nous mènent à une structure en forme de fleur : le patient et les soins de santé de qualité se trouvent au centre de la fleur, les professions se trouvent au niveau des pétales et les acteurs de soutien (auxiliaires qualifiés, e-health...) au niveau de la tige. Les mutuelles ont entre-temps demandé à être également mentionnées au niveau de la tige. Les différents pétales sont brièvement commentés.

La définition des soins de santé se compose de deux volets :

- les services à visée diagnostique ou thérapeutique (en ce compris l'accompagnement du patient)
- les services sans visée diagnostique ou thérapeutique dispensés à un patient pour lesquels un praticien professionnel des soins de santé a la compétence exclusive (p. ex. euthanasie, avortement, essais cliniques...)

Sur le plan législatif, les éléments suivants seront prévus :

- une Loi-cadre relative à l'exercice des professions des soins de santé
- une Loi relative à la qualité de la pratique des soins
- une loi « fourre-tout » du 15 mai 2010 avec p. ex. la loi d'établissement pour les officines et du Fonds cancer

Le modèle CanMeds du « Canadese Royal College of physicians and surgeons » a servi de source d'inspiration au profil professionnel et de compétences générique de tous les prestataires de soins.

L'accès à une profession de la santé devrait être uniformisé dans la mesure du possible (diplôme, agrément, visa et, pour certaines professions, adhésion à un Ordre déontologique).

La Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé définirait des règles générales en matière de qualité. Il est tenu compte des droits du patient, des soins plus transversaux et transmuraux, et de la réforme des hôpitaux (p. ex. réseaux). Nous travaillerons en outre à l'exécution de l'article 81 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, de sorte que certains actes diagnostiques et thérapeutiques pourront être exclusivement réservés aux hôpitaux.

Le visa ne représente à l'heure actuelle qu'un document administratif, mais il doit évoluer vers une « licence to practice » : une carte d'identité professionnelle en guise de preuve dynamique de la qualification du praticien. La possibilité d'une différenciation de fonction doit être prévue. Chaque prestataire tient un « portfolio » (diplôme, agrément, activité clinique récente, formation professionnelle continue, ...).

Deux conseils d'avis importants sont prévus :

a) le Conseil des professions des soins de santé Les médecins auront un rôle important à jouer au sein de ce Conseil.

À la réception d'une demande d'avis, le Conseil détermine les Chambres (par profession des soins de santé mentionnée) qui devront examiner cette demande. Il va de soi que des avis spontanés peuvent être donnés. Les avis ne sont pas contraignants pour la ministre.

La Chambre de déontologie et la Commission de planification travaillent horizontalement pour les différentes Chambres. Cela peut renforcer l'interaction entre la Commission de planification et p. ex. la Chambre de « médecine », ce qui peut être utile p. ex. lorsqu'il est question d'agréer la capacité requise en lieux de stage.

b) Le Conseil pour la qualité de la pratique des soins de santé.

Ce Conseil intègre la Commission fédérale actuelle « Droits du patient », les Commissions médicales provinciales, le Conseil fédéral pour la qualité de l'activité infirmière ainsi que les Collèges de médecins.

Le nouveau Conseil comprend deux Chambres : d'une part, une Chambre d'avis qui collabore étroitement avec p. ex. le Centre d'expertise, l'EBM (evidence based medicine), l'INAMI et les instituts de qualité des entités fédérées. La Chambre d'avis collabore également avec le Conseil des professions des soins de santé.

Le Conseil comprend d'autre part une Chambre de surveillance (scindée en une chambre de langue néerlandaise et une chambre de langue française) qui reprend, professionnalise et centralise les tâches des Commissions médicales provinciales. Cette dernière n'exclut pas qu'il subsistera une présence administrative provinciale.

Le Prof. Vandewoude remercie M. T. Goffin qui collabore à ce projet depuis deux ans, ainsi que les collaborateurs du SPF. La Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé se trouve déjà dans une phase de conceptualisation avancée. La Loi-cadre relative à l'exercice des professions des soins de santé est prévue pour 2018.

Le Bureau a analysé les intentions politiques et l'assemblée plénière du Conseil supérieur du 23 février 2017 a confirmé l'analyse et la réaction du Bureau.

- **Double cohorte 2018**

En conséquence du raccourcissement de la durée des études de médecine (de 7 à 6 ans), deux cohortes - pour lesquelles il faudra prévoir la capacité de formation professionnelle nécessaire - termineront leurs études en 2018. Il a été souligné que la double cohorte est un problème unique, même si son effet s'étale sur plusieurs années.

Le Conseil supérieur avait déjà rendu fin 2014 et fin 2015 deux avis détaillés afin d'être prêt à temps pour relever ce défi.

L'assemblée plénière du 15 décembre 2016 a pris connaissance d'une demande d'avis de Mme la ministre De Block du 5 décembre 2016. Cette problématique majeure a été largement abordée, en plaidant pour un nombre suffisant de places de stage sans mettre en péril la qualité de la formation professionnelle. Le 23 février 2017, l'assemblée plénière, après invitation et échange de vues avec des représentants des étudiants et candidats en formation, a formulé un troisième avis détaillé.

8.1.2. Médecins généralistes

- **L'A.M. du 12 novembre 2015¹⁹ et la refonte de l'article 10 de l'A.M. du 1er mars 2010 relatif au maintien de l'agrément de médecin généraliste (28 avril 2016)**

Le Conseil supérieur a d'une part déclaré comprendre cette mesure, au vu de la situation floue et incertaine d'un certain nombre de médecins qui ont développé d'autres activités à côté de la médecine générale classique ou en lieu et place de celle-ci.

La suppression soudaine d'une série de critères de qualité pertinents a toutefois suscité des inquiétudes.

Suite à la demande d'avis du 28 mai 2015 et à l'avis du Conseil supérieur du 25 juin 2015, le groupe de travail des Médecins généralistes s'est interrogé sur la façon de remplacer un système de « maintien/retrait de l'agrément » par un système plus flexible de critères et conditions liés à la pratique professionnelle.

Le Conseil supérieur a décidé de demander un échange de vues²⁰ sur cette matière importante, qui permettrait d'orienter et de soutenir la suite des travaux.

¹⁹ A.M. du 12 novembre 2015 modifiant l'arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, M.B. du 24 décembre 2015.

²⁰ Cet échange de vues a eu lieu le 15 février 2017.

- **Le 28 avril 2016, le Conseil supérieur rendait un avis concernant l'ancienneté requise du médecin généraliste-maître de stage**

L'article 5 de l'A.M. du 26 novembre 1997, dans sa version actuelle, n'est pas formulé de manière suffisamment claire. Le Conseil supérieur juge opportun d'exiger 5 ans d'ancienneté après l'obtention de l'agrément de médecin généraliste. Cela implique l'instauration d'un critère comparable au critère pour les maîtres de stage spécialistes.

- **Modalités des stages à l'étranger pour les médecins généralistes en formation (28 avril 2016)**

Le Conseil supérieur renvoie aux dispositions de l'art. 55a de la Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, aux dispositions de l'A.M. du 23/04/2014 et à l'avis du 25 juin 2015 en la matière.

En ce qui concerne les stages de médecine générale à l'étranger, il est conseillé, moyennant une adaptation de l'A.M. du 1er mars 2010, de prévoir une durée maximale de 18 mois, de faire la nuance entre États membres de l'EEE et pays tiers, d'exiger une reconnaissance du maître de stage étranger conforme à la législation nationale du pays hôte ainsi qu'un contrat et une notification comparables aux dispositions de l'art. 11 de l'A.M. du 23/04/2014.

- **Dispositions légales relatives à la durée des stages de médecine générale en milieu hospitalier : avis du 28 avril 2016 visant à rendre ces dispositions plus conformes à la Directive tout en tenant compte des impératifs liés à l'organisation pratique, surtout dans la perspective de la double cohorte 2018.**

Il est conseillé d'adapter l'article 6 de l'A.M. du 1er mars 2010, de sorte à imposer de manière uniforme dans chaque plan de stage 6 mois de stage en hôpital (ni plus, ni moins). Le Conseil supérieur a également insisté sur la communication entre le groupe de travail des Médecins généralistes et le groupe de travail des Médecins spécialistes afin de pouvoir mieux évaluer et suivre la capacité des lieux de stage dans les hôpitaux.

- **Conventions de formation entre l'asbl SUI et le médecin généraliste en formation, entre l'asbl SUI et le formateur pratique, et entre le médecin généraliste en formation et le formateur pratique – Règlement d'ordre intérieur de l'asbl SUI (réunion du 28 avril 2016)**

En application de l'article 8bis de l'arrêté royal du 21 avril 1983, les documents précités sont soumis par l'asbl ICHO²¹.

Le Conseil supérieur a pris connaissance des documents et modifications. Le service juridique a fait savoir que cette matière reste fédérale. Le centre de coordination francophone a fait savoir qu'aucune modification n'a été apportée au règlement d'ordre intérieur et aux types de contrats.

²¹ Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (Centre interuniversitaire de formation des médecins généralistes en Flandre)

8.1.3. Médecins spécialistes : « j'ai des petits problèmes dans ma plantation, pourquoi ça pousse pas? »²²

« J'ai des petits problèmes dans ma plantation

Pourquoi ça pousse pas...

J'ai des petits problèmes dans ma plantation

Pourquoi ça pousse pas...

Moi j'ai planté cocos, cocos ça pousse pas

Moi j'ai planté bananes, bananes ça pousse pas

... »

Depuis fin 2014, 22 avis finaux ont été rendus pour actualiser les critères d'agrément de diverses spécialités médicales.

L'état des lieux en annexe (daté du 23 mars 2017, à un moment où 25 avis finaux ont déjà été rendus), montre que seuls deux avis ont donné lieu à un arrêté ministériel : psychiatrie médico-légale en 2015²³ et dermatologie en 2016²⁴.

Heureusement, le secteur n'a pas attendu de nouveaux critères : les spécialistes belges formés ont très bonne réputation sur la scène internationale. La réalité est donc plus rassurante que la réglementation.

Il n'empêche qu'une actualisation des critères d'agrément officiels est urgente au plus haut point, notamment mais pas exclusivement pour la crédibilité de la Belgique dans un contexte de mobilité (européenne) accrue²⁵.

Les anatomopathologistes ont beau bénéficié systématiquement depuis des années d'une formation approfondie en biologie moléculaire, l'A.M. du 26 avril 1982²⁶ n'en fait pas encore état.

²² Kana.

²³ A.M. du 28 octobre 2015 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage, M.B. du 10 novembre 2015.

²⁴ A.M. 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, M.B. du 25 octobre 2016.

²⁵ La pertinence de la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles uniquement basée sur les durées minimales prévues à l'annexe V de la Directive 2005/36/CE est de plus en plus remise en question. La Directive 2013/55/UE a introduit la piste des « cadres communs de formation » (Préambule, considérant 25), mais cette piste est encore loin d'être concrétisée. Rien par conséquent ne justifie d'attendre avant de procéder à une mise à jour de la réglementation belge.

²⁶ Arrêté ministériel du 26 avril 1982 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité d'anatomie pathologique, M.B. du 1er juillet 1982

Les radiologues ont demandé avec insistance qu'un nouvel AM soit publié au plus vite pour remplacer l'A.M. du 8 décembre 1980²⁷. Ils ont souligné le fait que les préparatifs à l'époque avaient duré une dizaine d'années et que les propositions dataient aux alentours de 1970. Le contenu de l'A.M. du 8 décembre 1980 toujours en vigueur a donc près de 50 ans, et ce pour une discipline qui évolue rapidement comme la radiologie.

Sur le terrain, il est de plus en plus difficile de vraiment encore appliquer les anciens critères d'agrément.

L'important travail accompli par tous les participants des groupes de travail²⁸ mérite mieux. La motivation baissera et on se montre déjà réticents à l'idée de décrire des compétences finales de façon trop détaillée dans les propositions, dans la mesure où un nouvel A.M. hypothétique risque peut-être à nouveau de ne plus être révisé avant 30 à 50 ans. Des propositions en faveur d'un examen régulier de tous les critères semblent très loin de la réalité.

- **Titres de niveau 3 en réadaptation fonctionnelle et professionnelle : réadaptation cardiaque, respiratoire et visuelle**

Le Conseil supérieur a rendu le 10 décembre 2015 un premier avis intermédiaire en réponse à une demande d'avis de Mme la ministre du 20 avril 2015.

Le 28 avril 2016, le Conseil supérieur a rendu des avis complémentaires relatifs à des critères d'agrément spéciaux pour la formation professionnelle, les maîtres de stage et les services de stage pour les trois titres de niveau 3 : la réadaptation respiratoire, la réadaptation cardiaque et la réadaptation visuelle.

Une approche structurée de la formation professionnelle permet une durée d'un an à plein temps ou deux ans à mi-temps. Par ailleurs, hormis à titre de mesure transitoire pour les médecins disposant déjà d'un titre de niveau 3, il existe le principe selon lequel le titre de niveau 3 se rattache à un titre de niveau 2 de la même discipline (condition d'accès).

Cette réduction de la durée de formation et la possibilité d'opter pour une formation à mi-temps (à condition que la durée totale, la qualité et l'acquisition des compétences finales restent garanties) sont importantes pour l'attractivité de ces titres professionnels là où c'est nécessaire.

En raison d'une pénurie de maîtres de stage dans certaines disciplines, des mesures transitoires spécifiques ont également dû être proposées.

Ces disciplines diverses ont une nouvelle fois souligné la plus-value de la réadaptation fonctionnelle et professionnelle.

²⁷ A.M. du 8 décembre 1980 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de radiodiagnostic, M.B. du 3 mars 1981.

²⁸ « Groupes de travail mixtes » dans le cadre d'une collaboration entre le Conseil supérieur et les commissions d'agrément d'expression française et néerlandaise.

L'avis intermédiaire de décembre 2015 a été confirmé, en précisant que, pour le titre de niveau 2 en médecine physique et réadaptation, les compétences finales en réadaptation locomotrice et neurologique fonctionnelle et professionnelle seraient prévues dans le titre professionnel de niveau 2 remanié. Un avis détaillé en la matière est en cours d'élaboration.

Des avis complémentaires pour des titres de niveau 3 sont actuellement encore en préparation, en particulier pour les disciplines ORL (nez-gorge-oreille), pédiatrie et éventuellement aussi neurologie. Pour la psychiatrie, vu la nature de la discipline, le but est de prévoir, dans le cadre de futurs critères d'agrément, les compétences finales en réadaptation fonctionnelle et professionnelle dans le titre de niveau 2 également.

- **Médecine du sommeil (réunion du 28 avril 2016)**

Le Conseil supérieur a pris connaissance du courrier du 18 janvier 2016 de la Belgian Association for Sleep Research and Sleep Medicine. On ne savait pas clairement si la proposition faite dans ce courrier portait sur un titre professionnel de niveau 3 ou un certificat. Le Conseil supérieur a renvoyé le dossier au groupe de travail Titres.

- **Psychiatrie médico-légale (réunion du 26 avril 2016)**

Le Conseil supérieur a traité la demande d'avis du 15 mars 2016 de Mme la ministre, concernant l'A.M. du 28 octobre 2015²⁹ qui fixe les critères pour le titre professionnel de niveau 3 en psychiatrie médico-légale.

La ministre a proposé de rendre possible une formation à temps partiel, avec toutefois un minimum de 50%.

Le Conseil supérieur s'est référé à l'avis du 9 octobre 2014 qui plaidait en faveur de cette possibilité puisqu'il s'agit d'un titre de niveau 3 et qu'il faut stimuler l'attractivité pour cette discipline. Le Conseil supérieur rend de nouveau un avis favorable sur la formation à temps partiel. La Directive 2005/36/CE, art. 22, prévoit que les États membres peuvent déroger au principe de la formation à temps plein pour autant que la durée totale de la formation (qui est donc prolongée en proportion), le niveau et la qualité de la formation soient les mêmes qu'en cas de formation à temps plein. Il faut donc acquérir les mêmes compétences finales.

La ministre a fait savoir qu'il serait souhaitable d'explicitier les articles 6, 7 et 10 de l'A.M. du 28 octobre 2015. L'article 6 concerne les critères pour les maîtres de stage, l'article 7 les critères pour les services de stage et l'article 10 les mesures transitoires pour l'ancienneté du maître de stage.

Dans son avis du 9 octobre 2014, le Conseil supérieur soulignait l'importance d'une grande diversité de lieux de stage.

Ces lieux de stage se situent dans une mesure importante en milieu extrahospitalier, ce qui nécessitera une possibilité de dérogation à l'article 10 de l'A.M. du 23 avril 2014 (critères transversaux).

²⁹ A.M. du 28 octobre 2015 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage, M.B. du 10 novembre 2015.

Cette grande diversité de types de lieux de stage ne doit toutefois pas compromettre la consistance et la cohérence de la formation professionnelle ni permettre une formation trop unilatérale.

Il est dès lors à recommander de préciser l'article 7 relatif aux services de stage par l'ajout d'une équipe pluridisciplinaire comme critère. La diversité de lieux de stage est conciliable avec la cohérence de la formation en exigeant la conclusion de conventions entre le service de stage agréé et les divers maîtres de stage agréés. Ces conventions portent sur les compétences finales, la supervision et les modalités des stages.

Le Conseil supérieur a unanimement approuvé ces propositions, mais préconise en outre qu'il serait souhaitable de préciser l'article 9 dont la compréhension est difficile.

Il serait également bon de fixer un délai après la publication de l'A.M. endéans lequel un médecin doit se prévaloir des mesures transitoires pour notoriété publique de qualification particulière (article 8).

L'ancienneté des maîtres de stage dans le titre de niveau 3 nouvellement créé (cinq ans d'ancienneté) peut être obtenue au plus tôt 5 ans après les premiers agréments encore à octroyer. L'ancienneté peut donc être exigée au plus tôt dans un délai de 5 à 6 ans. Ces éléments se préciseront lors des premiers traitements de demandes d'agrément en vertu d'une notoriété publique et en fonction du nombre de candidats qui entameront la formation.

- **Psychiatrie (réunion du 23 juin 2016)**

Le Conseil supérieur a traité le 23 juin 2016 la demande d'avis de Mme la ministre du 7 mars 2016 concernant le souhait de réviser les critères d'agrément de l'A.M. du 3 janvier 2002³⁰ pour les médecins spécialistes en psychiatrie de l'adulte et pour les médecins spécialistes en psychiatrie infanto-juvénile.

Une adaptation de l'A.M. du 3 janvier 2002 a été préparée de longue date dans des groupes de travail du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Les psychiatres de l'adulte et les psychiatres infanto-juvéniles ne sont toutefois pas parvenus à se mettre d'accord sur une proposition commune.

Au final, il a fallu se réunir en groupes de travail distincts au sein desquels les psychiatres infanto-juvéniles et les psychiatres de l'adulte ont chacun élaboré leur propre projet d'avis.

Les psychiatres infanto-juvéniles soulignent les caractéristiques spécifiques à leur discipline (patients, pathologies, contexte, approche, arsenal diagnostique et thérapeutique, partenaires de réseau, cadre juridique, etc.) et proposent un titre de niveau 2 qui leur est propre³¹ et qui rend le titre de niveau 3 actuel superflu. Ils signalent que la plupart des États membres de l'UE ont notifié la pédopsychiatrie en tant que titre à l'annexe V de la directive européenne relative

³⁰ A.M. du 3 janvier 2002 fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte et des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile, M.B. du 21 février 2002.

³¹ Dans cette proposition, il y aurait donc deux titres distincts de niveau 2, à savoir le titre de niveau 2 en psychiatrie infanto-juvénile et le titre de niveau 2 en psychiatrie de l'adulte.

aux qualifications professionnelles. Enfin, cette option consisterait à poursuivre ce qui se fait déjà dans un trajet de formation spécifique.

Les psychiatres de l'adulte proposent de ne prévoir à l'avenir qu'un seul titre de niveau 2 « psychiatrie ». Ils font référence aux Pays-Bas, où ils ne disposent que d'un seul titre, et à la France, où il faut d'abord devenir psychiatre avant de pouvoir se spécialiser en pédopsychiatrie. D'après cette proposition, un seul trajet de formation pour un seul titre permettrait de mieux garantir une formation de haute qualité. La psychiatrie est une discipline longitudinale, un continuum de problématiques quel que soit l'âge (exception faite en réunion pour la catégorie d'âge des 0-14 ans et la géronto-psychiatrie). Il est fait référence à des systèmes de classification internationaux moins axés sur la répartition en fonction de l'âge. La proposition des psychiatres de l'adulte prévoit, au sein de ce titre de niveau 2 unique, trois domaines d'intérêt possibles laissés au choix du candidat : « psychiatrie infanto-juvénile », « psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte » et « psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée ».

Le Conseil supérieur, réuni le 23 juin 2016, a décidé, par consensus, de communiquer à la ministre l'avis final suivant :

- Le choix entre deux titres distincts de niveau 2, d'une part « psychiatrie infanto-juvénile » et d'autre part « psychiatrie de l'adulte ».

Les titres de niveau 3 actuels seraient donc supprimés et l'article 2bis de l'A.R. du 25 novembre 1991³² devient inutile. Du reste, cet article serait en contradiction avec l'article 25, 3 a de la directive 2005/36/CE³³ pour ce qui est des titres professionnels notifiés et repris à l'annexe V de ladite directive. L'opportunité du mécanisme pour les autres titres (autres que les titres de l'annexe V) devra être examinée.

- La réadaptation et la psychothérapie relèvent des compétences finales des deux formations professionnelles. Il s'agit de modalités thérapeutiques, qui ne doivent pas apparaître dans l'intitulé du titre professionnel. Les deux titres sont donc libellés comme suit : « Psychiatrie infanto-juvénile » et « Psychiatrie de l'adulte ».
- Les deux titres de niveau 2 prévoient, dans leur trajet de formation, des contacts suffisants avec la « discipline sœur ». Il n'est dès lors pas nécessaire de prévoir un tronc commun formel.

Le Conseil supérieur a fait référence au point V.3.3. du document relatif à la psychiatrie infanto-juvénile, qui prévoit qu'(au minimum) 1 année de stage est accomplie dans un service agréé de formation en psychiatrie de l'adulte.

³² Arrêté royal 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. du 14 mars 1992, err., M.B. du 24 avril 1992.

³³ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (texte présentant de l'intérêt pour l'EEE) (PB L 255 du 30 septembre 2005, p. 22).

Au point IV.2.4 de l'autre document (Psychiatrie), il est prévu un minimum de 12 mois de stage en psychiatrie de l'adulte, minimum 6 mois de stage en pédopsychiatrie et minimum 6 mois de stage en psychiatrie de la personne âgée.

Les deux propositions prévoient des stages de rotation (point V.3.6 du document Psychiatrie infanto-juvénile et point IV.2.9 du document Psychiatrie) dans des disciplines telles que la neurologie et la pédiatrie, et les psychiatres infanto-juvéniles citent également la psychiatrie de l'adulte comme stage de rotation possible (qui viendrait alors s'ajouter à l'année mentionnée au point V.3.3).

Certaines dispositions pourraient également faciliter une transition plus rapide si un candidat en formation souhaite passer à l'autre discipline (transition de la psychiatrie infanto-juvénile à la psychiatrie de l'adulte ou l'inverse).

- Au cours de la réunion, on a aussi fait remarquer que lors de la création de deux titres de niveau 2, ceux-ci peuvent être cumulés par un médecin.

L'article 25, 3 a de la directive 2005/36/CE devra néanmoins être respecté, étant donné qu'il s'agit de titres de l'annexe V : pour la seconde qualification professionnelle, les dispenses ne pourront pas dépasser la moitié de la durée de la formation requise pour l'obtention du second titre.

- En ce qui concerne la géronto-psychiatrie, on pourra examiner ultérieurement l'opportunité d'un titre de niveau 3. La priorité doit aller aujourd'hui aux nouveaux critères pour les deux nouveaux titres de niveau 2.

Le Conseil supérieur a décidé de transmettre à la ministre les projets d'avis reçus des deux groupes de travail susmentionnés (voir annexes 1 et 2). L'avis du Conseil supérieur suppose que ces projets d'avis sont adaptés en fonction des remarques précitées du Conseil supérieur.

Pour conclure, le Conseil supérieur annonce une nouvelle initiative en matière d'avis pour la mise en place d'un mécanisme de « licence to practice » (autorisation à pratiquer, toelating tot beroepsuitoefening) qui devrait remplacer à l'avenir le mécanisme de maintien/retrait de l'agrément. Le Conseil supérieur renvoie à son avis du 25 juin 2015 formulé suite à la demande d'avis de Mme la ministre du 28 mai 2015.

Dans le template utilisé pour l'élaboration de nouveaux critères d'agrément est prévue une rubrique « licence to practice ». Étant donné que cela concerne la pratique professionnelle et qu'une approche commune est souhaitable pour l'ensemble des disciplines, le Conseil supérieur a décidé qu'il peut être fait abstraction de cette rubrique dans les projets d'avis puisqu'un avis plus détaillé du Conseil supérieur sera développé en la matière.

- **Médecine interne (réunion du 23 juin 2016) : tronc commun et titres de niveau 2 en endocrinologie, rhumatologie et pneumologie**

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, réuni en assemblée plénière le 23 juin 2016, a rendu un avis final concernant le tronc commun en médecine interne et les titres de niveau 2 proposés en endocrinologie, rhumatologie et pneumologie.

D'autres avis suivront dans le futur pour les autres disciplines de médecine interne que sont la médecine interne générale, la néphrologie, l'hématologie, la gastro-entérologie, la cardiologie, l'oncologie et la gériatrie.

Les 10 disciplines de médecine interne ont convenu, par consensus, d'organiser un nouveau trajet de formation de six ans.

Ce n'est qu'en troisième année d'un tronc commun que l'on détermine quelle formation supérieure le candidat suivra concrètement.

L'avantage de ce système est qu'il a permis au candidat de faire connaissance plus tôt avec plusieurs disciplines, tout en prenant en considération la demande d'évolution vers certaines spécialités.

Le plan de stage est initialement encore établi pour 6 ans (même si la formation supérieure n'est pas encore concrétisée) pour donner au candidat présentant une progression suffisante et des évaluations positives la garantie nécessaire qu'il/elle pourra suivre une des différentes disciplines.

À l'heure actuelle, les plans de stage sont très fréquemment modifiés. La nouvelle proposition évite cela simplement en ne concrétisant la formation supérieure que plus tard.

En ce qui concerne les titres de niveau 3 qui existent actuellement comme l'endocrinologie, l'hématologie et la néphrologie, on opte à présent pour des titres de niveau 2 comme pour les 7 autres disciplines.

La Belgique peut, de la sorte, notifier les titres comme il se doit à l'annexe V de la directive européenne 2005/36/CE³⁴.

L'(ancien) A.M. en vigueur du 9 mars 1979³⁵ doit être modifié. Principalement en Flandre, la pénurie d'internistes généraux pose des problèmes pour satisfaire aux critères. Les projets d'avis en tiennent compte et le tronc commun prévoit que le maître de stage pour le tronc commun peut être un spécialiste d'une des 9 autres disciplines, sous certaines conditions. Le maître de stage coordinateur doit cependant être un interniste général.

Vous trouverez ci-joint les avis détaillant les propositions de critères d'agrément (compétences finales, trajet de formation, maîtres et services de stage) pour le tronc commun, l'endocrinologie, la rhumatologie et la pneumologie (annexes 1 à 3).

Le Conseil supérieur du 23 juin 2016 a rendu à ce sujet un avis final positif, moyennant les remarques suivantes :

Le Conseil supérieur annonce une nouvelle initiative en matière d'avis pour la mise en place d'un mécanisme de « licence to practice » (autorisation à pratiquer, toelating tot

³⁴ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (texte présentant de l'intérêt pour l'EEE) (PB L 255 du 30 septembre 2005, p. 22).

³⁵ A.M. du 9 mars 1979 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la médecine interne, de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de la cardiologie et de la rhumatologie, M.B. du 15 mars 1979.

beroepsuitoefening) qui devrait remplacer à l'avenir le mécanisme de maintien/retrait de l'agrément. Le Conseil supérieur renvoie à son avis du 25 juin 2015 formulé suite à la demande d'avis de Mme la ministre du 28 mai 2015.

Dans le template utilisé pour l'élaboration de nouveaux critères d'agrément est prévue une rubrique « licence to practice ». Étant donné que cela concerne la pratique professionnelle et qu'une approche commune est souhaitable pour l'ensemble des disciplines, le Conseil supérieur a décidé qu'il peut être fait abstraction de cette rubrique dans les projets d'avis puisqu'un avis plus détaillé du Conseil supérieur sera développé en la matière.

Conformément au chapitre III de l'A.R. du 21 avril 1983³⁶, c'est le candidat qui doit introduire son plan de stage auprès du ministre compétent. Dans les textes ci-annexés, il est parfois mentionné, par erreur, que le maître de stage coordinateur établit et approuve ces plans.

L'A.M. du 23 avril 2014³⁷ définit les critères transversaux. Il est parfois utile, vu la spécificité d'une discipline donnée, de pouvoir déroger à certains critères dans un A.M. spécifique. Cela ne peut toutefois pas devenir la règle et, par exemple en ce qui concerne les exigences de publications scientifiques, les critères resteront de préférence limités à ceux de l'A.M. transversal.

Les stages de rotation qui peuvent avoir lieu dans des services de stage agréés d'autres disciplines conformément à l'article 13 de l'A.M. du 23 avril 2014 (maximum 1 an), resteront eux aussi de préférence limités, notamment pour garantir une certaine uniformité du trajet de formation du tronc commun. Un stage en médecine générale peut toutefois être un stage de rotation utile vu les interactions fréquentes entre les disciplines concernées. Il en va de même pour la neurologie.

- **A.M. du 13 septembre 2016³⁸ modifiant l'A.M. du 23 avril 2014 (critères transversaux)**

Le Conseil supérieur a examiné les modifications de l'A.M. du 23 avril 2014 au regard des avis précédents de juin et octobre 2015.

Il a été décidé de suivre les éléments suivants :

- Une position claire du groupe de travail « Médecins spécialistes » concernant les « stages spécifiques » à l'article 12 de l'A.M. adapté du 23 avril 2014. Le Conseil supérieur a précédemment mis en garde contre le danger d'un circuit parallèle et a renvoyé aux exigences de la Directive européenne 2005/36/CE concernant l'agrément des lieux de stage. L'adaptation de l'article 12 de l'A.M. du 23 avril 2014 implique de devoir donner encore plus de garanties concernant ces stages spécifiques. Il est préférable que le groupe de travail « Médecins spécialistes » prenne position sur la meilleure façon de procéder.

³⁶ A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, M.B. du 27 avril 1983.

³⁷ A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, M.B. du 27 mai 2014.

³⁸ A.M. du 13 septembre 2016 modifiant l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, M.B. du 19 septembre 2016.

- la formation annuelle du maître de stage telle qu'explicitée aujourd'hui dans la réglementation, en ce compris l'évaluation des candidats, organisée par des associations professionnelles ou scientifiques ou des universités (l'art. 23 adapté).

On a fait remarquer que le précédent erratum à l'article 10 n'a pas été suivi par une modification non discutable de l'A.M.

- **Anatomopathologie (réunion du 27 octobre 2016)**

Les critères d'agrément en vigueur pour les médecins spécialistes, les maîtres de stage et les services de stage en anatomie pathologique datent déjà de 1982³⁹. Le 27 octobre 2016, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a rendu un avis final sur la base d'une proposition formulée par un groupe de travail interne, avec de légères modifications.

L'anatomopathologie reste la référence pour le diagnostic, et le rôle de communication de l'anatomopathologiste dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire n'a cessé de gagner en importance. Autres évolutions : l'automatisation croissante, l'anatomopathologie numérique qui a quelque peu supplanté le microscope et l'introduction de la télémédecine. La biologie moléculaire est devenue cruciale. L'avis souligne la nécessité d'accorder une attention constante aux connaissances et au savoir-faire à acquérir en matière d'autopsies.

Il résulte de l'analyse démographique de la population vieillissante d'anatomopathologistes qu'un nombre plus élevé de candidats à la formation professionnelle sera souhaitable.

En ce qui concerne les compétences finales, 21 domaines sont définis en fonction de la pathologie. À cet égard, une hiérarchie non contraignante en termes de connaissances et de savoir-faire à acquérir est proposée : niveau A (larges connaissances et grande expérience en ce qui concerne les diagnostics non compliqués et fréquents), niveau B (connaissances et expérience en matière de pathologies plus complexes/moins fréquentes) et niveau C pour les diagnostics très complexes/rares qui requièrent une expertise particulière et qui supposent en général une formation complémentaire.

Des critères quantitatifs minimaux à atteindre sur une formation professionnelle de 5 ans sont également prévus.

Le trajet de formation consiste en une vaste formation professionnelle au cours des deux premières années (connaissances et savoir-faire niveau A). Il s'ensuit une évaluation au moyen d'un examen théorique et pratique (incluant l'évaluation de l'activité réalisée). À la fin de la formation professionnelle de 5 ans, l'évaluation paritaire finale formelle telle que prévue à l'A.M. du 23/04/2014 est concrétisée sous la forme d'un examen final.

³⁹ Arrêté ministériel du 26 avril 1982 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité d'anatomie pathologique, M.B. du 1er juillet 1982.

Les critères relatifs au maître de stage prévoient qu'au moins un médecin spécialiste équivalent temps plein (satisfaisant aux critères de l'AM du 23/04/2014⁴⁰) fait partie de l'équipe de stage. Le nombre d'équivalents temps plein de l'équipe de stage doit être égal au nombre de candidats spécialistes + 1.

Les critères relatifs aux services de stage limitent les stages extra-hospitaliers et les stages de rotation à respectivement 1 an et 6 mois au maximum. Étant donné le nombre actuel très restreint de services de stage non universitaires, des mesures transitoires s'imposent avant de pouvoir appliquer les dispositions de l'art. 10 de l'A.M. du 24/04/2014 (proportions stages universitaires et stages non universitaires).

Une distinction est faite entre les services de stage qui peuvent offrir tous les modules de la formation et les services de stage partiels. Les laboratoires dans lesquels est effectué le stage doivent être agréés et accrédités, le Conseil supérieur ayant précisé qu'il y a lieu d'entendre par « accréditation » l'assurance qualité telle que visée dans l'arrêté royal relatif à l'agrément des laboratoires d'anatomie pathologique⁴¹.

Enfin, le Conseil supérieur insiste une nouvelle fois sur l'opportunité d'une évolution vers des plates-formes médico-techniques où les anatomopathologistes et les spécialistes en biologie clinique collaborent, entre autres dans le domaine de la biologie clinique et de la génétique. Cette évolution s'inscrit dans le cadre de la politique fédérale d'utilisation efficace des ressources.

Il se peut qu'à l'avenir, du fait du niveau élevé de complexité de diagnostic dans certains domaines (par exemple la neuropathologie et l'hématopathologie), un titre de niveau 3 soit souhaitable pour l'agrément d'une formation complémentaire, mais ceci fera l'objet d'une évaluation plus tard, en temps opportun.

Étant donné que les critères d'agrément actuellement en vigueur pour le titre de niveau 2 dont question dans le présent avis datent de 1982, que toutes les évolutions depuis lors n'ont pas pu être prises en compte, ni les défis à venir, le Conseil supérieur espère une instauration rapide des nouveaux critères d'agrément pour le titre de niveau 2 en anatomopathologie.

- **Radiologie (27 octobre 2016)**

Le 27 octobre 2016, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a rendu un avis final sur les critères d'agrément en radiologie (titre de niveau 2) sur la base d'une proposition formulée par un groupe de travail interne, avec de légères modifications.

L'actuel AM fixant les critères d'agrément en radiologie⁴² date déjà de 1980 - il y a donc plus de 36 ans - alors que cette discipline a connu une évolution technique impressionnante. L'A.M. du 8 décembre 1980 avait en outre été préparé une dizaine d'années avant sa publication.

⁴⁰ A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, M.B. du 27 mai 2014.

⁴¹ Le programme national d'évaluation externe de la qualité de l'Institut scientifique de santé publique, art. 30-34, A.R. du 5 décembre 2011 relatif à l'agrément des laboratoires d'anatomie pathologique par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, M.B. du 13 février 2012.

⁴² A.M. du 8 décembre 1980 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de radiodiagnostic, M.B. du 3 mars 1981.

Il est urgent de publier les nouveaux critères d'agrément. C'est une condition préalable à la mise au point d'un titre logiquement complémentaire de niveau 3 en radiologie interventionnelle (neurovasculaire).

L'avis propose de remplacer le titre précédemment notifié à la Commission européenne « radiodiagnostic/röntgendiagnose » par « radiologie », au même tableau de l'annexe V de la directive 2005/36/CE (« Diagnostic radiology »). Ce remplacement s'inscrit dans le cadre d'une évolution internationale manifeste de la dénomination de cette qualification professionnelle.

L'avis souligne notamment le vieillissement de la population de médecins-radiologues dans la partie francophone du pays surtout et l'effet combiné de la féminisation de la profession et de la nécessité d'une radioprotection stricte.

Les vastes compétences à acquérir sont exposées. Au cours de la première année, des connaissances approfondies sur les différents examens d'imagerie, les directives (indications) et les principales pathologies urgentes doivent être acquises. La formation de base comprend également des éléments technologiques et leurs aspects physiques, la radioprotection, la pharmacologie et les produits de contraste.

Des compétences finales plus spécifiques sont réparties sur 10 modules au cours de la formation professionnelle en vue de l'obtention du titre de niveau 2. Les 6 premiers modules doivent être suivis au cours des 3 premières années de formation. Les 2 dernières années de formation sont mises à profit pour suivre les modules restants et faire un choix entre 8 modules de 3 mois et 6 modules (4 de 3 mois et 2 de 6 mois, ce qui permet déjà de s'orienter grâce à l'expérimentation d'une sous-spécialisation sans remise en question de la vaste formation souhaitable pour le titre de niveau 2).

Les compétences finales comprennent également une connaissance approfondie de l'anatomie, de l'anatomie pathologique et de la physiopathologie dans le cadre de la radiologie clinique. Une connaissance de l'épidémiologie en rapport avec le dépistage devra aussi être acquise. Les domaines de compétence CanMeds, entre autres médecin, scientifique, manager et acteur au sein d'une équipe, ont été repris dans le projet d'avis. Dans ce contexte, le partenariat avec la médecine nucléaire est mentionné.

Les critères des services de stage précisent la condition d'un équipement technologique évolutif adapté, de personnel en suffisance, d'une collaboration avec la médecine interne et la chirurgie et d'un système de qualité. Au moins 15 000 examens radiologiques, protocolés intégralement au sein du service de stage et par l'équipe du maître de stage, sont effectués chaque année. Cela suppose des services de médecine interne et de chirurgie très développés au sein de l'hôpital.

La composition de l'équipe de stage doit respecter des conditions strictes : au moins 4 équivalents temps plein (1 ETP = 8/10) par candidat. Pour chaque candidat supplémentaire, un collaborateur équivalent temps plein (8/10) supplémentaire doit être présent dans l'équipe. Le service de stage dispose d'un système de qualité et de sécurité, notamment mais pas exclusivement en rapport avec la radioprotection.

En guise de mesure transitoire, il est proposé que les médecins titulaires de l'(ancien) titre professionnel « radiodiagnostic » puissent soit conserver ce titre, soit demander le nouveau titre « radiologie ».

Enfin, le Conseil supérieur est ravi d'apprendre l'intensification de la collaboration et de la concertation (par exemple au sujet des guidelines) avec les médecins de médecine nucléaire. La technologie hybride (PET-CT, PET-RMN,...) et la définition proposée pour la discipline de la radiologie, dont la médecine nucléaire pourrait également faire partie, sont soulignées. Il n'y a cependant plus de temps à perdre pour ce qui est de l'actualisation des critères d'agrément en radiologie: ces critères datent déjà de 1980 et il est urgent de les actualiser afin d'élaborer un avis complémentaire concernant le titre de niveau 3 en radiologie interventionnelle (incluant les interventions neurovasculaires).

Le Conseil supérieur a dès lors rendu un avis positif et a souligné le caractère urgent du remplacement des normes d'agrément totalement obsolètes de l'A.M. 8.12.1980.

- **Stomatologie - chirurgie maxillo-faciale (27 octobre 2016)**

En 2016, un groupe de travail chargé d'élaborer une proposition de révision des critères d'agrément pour l'obtention du titre en stomatologie - chirurgie maxillo-faciale a été créé.

À l'heure actuelle, et il en sera de même à l'avenir, un candidat doit déjà avoir obtenu un diplôme de médecine et un diplôme de dentisterie pour entamer la formation professionnelle de 4 ans.

Le parcours semble de plus en plus ardu pour les dentistes qui souhaitent obtenir le diplôme de médecine et pour les médecins qui souhaitent obtenir le diplôme de dentisterie. Des situations spontanées ou nées d'une communication difficile entre facultés de médecine et facultés de dentisterie d'universités différentes ou non donnent lieu à une variation imprévisible.

La durée du parcours en vue de l'obtention des deux diplômes ne devrait jamais excéder 9 ans, suivis d'une formation professionnelle de 4 ans. Cela peut requérir une réglementation contraignante.

Il est urgent d'organiser une concertation entre les facultés de médecine et les facultés de dentisterie des différentes universités. Il faut prévoir des facilités et des dispenses raisonnables pour la transition entre la formation de médecin et la formation de dentiste (et vice versa).

Dans le cas contraire, les étudiants belges devront suivre un parcours d'une durée inacceptable (plus de 13 ans). Une telle situation entraînera une pénurie et est susceptible d'attirer des stomatologues-chirurgiens maxillo-faciaux étrangers, ce qui pourrait créer des problèmes à l'étranger.

Le Conseil supérieur exprime sa grande inquiétude face à cette problématique et recommande à Mme la ministre d'organiser d'urgence une concertation avec les entités fédérées et les facultés de médecine et de dentisterie et d'y impliquer le Conseil de l'art dentaire et le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

- **Manuel et template pour l'élaboration de nouvelles normes d'agrément**

Le 27 octobre 2016, le Conseil supérieur a pris connaissance du manuel et du template actualisés pour l'élaboration de nouvelles normes d'agrément. Cela devra permettre de tendre vers une certaine uniformité, ce qui facilitera également l'élaboration d'une réglementation. Le manuel contient également des critères d'évaluation de la proportionnalité dans l'instauration de nouvelles qualifications. Il est évident que des modifications seront apportées ultérieurement, en tenant compte de la « Proportionality Directive » annoncée.

- **Médecine esthétique non chirurgicale (réunion du 15 décembre 2016)**

Le 15 décembre 2016, le Conseil supérieur a répondu à la demande d'avis de Mme la ministre du 5 août 2016 concernant le titre professionnel de médecine esthétique non chirurgicale créé par la loi du 23 mai 2013⁴³.

Un groupe de travail créé au sein du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, a soumis un projet d'avis au Conseil supérieur, lequel s'est basé sur ce projet d'avis pour formuler, en date du 15 décembre 2016, un avis final comprenant des considérations complémentaires.

Les principes de qualité et de sécurité doivent être au cœur des préoccupations, et la proposition prévoit une vaste formation multidisciplinaire, avec une attention portée à l'éthique, à la déontologie (consentement éclairé renforcé), à la connaissance des produits, aux indications et contre-indications. Le rôle central des services de stage agréés en dermatologie, endocrinologie, chirurgie plastique et chirurgie vasculaire peut être utile à cet égard. Par exemple, un stage dans un service de stage agréé en endocrinologie peut faire en sorte que certaines activités dans le domaine du vieillissement et de la nutrition soient objectivées. Il s'agit très souvent de pratiques qui ne sont pas fondées sur des preuves (non « evidence-based »).

Pour l'assemblée plénière du Conseil supérieur du 15 décembre 2016, il semble toutefois que la durée proposée de la formation pratique (4 ans pour un titre de niveau 3, consécutif à un titre de niveau 2) soit trop longue. Les stages proposés dans des services de stage agréés en dermatologie, endocrinologie, chirurgie plastique et chirurgie vasculaire pourraient p. ex. être chacun ramenés à 3 mois au lieu des 6 mois prévus. Les stages dans les services de stage agréés mentionnés seront essentiellement des stages d'observation, certainement dans les services chirurgicaux évoqués, vu qu'il s'agit d'une qualification professionnelle de médecine esthétique « non chirurgicale ».

L'assemblée plénière a mis en garde contre le fait qu'il ne sera pas facile pour les candidats de trouver des places de stage pour une durée de six mois.

⁴³ Loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes, M.B. du 2 juillet 2013 (éd. 1).

La loi du 23 mai 2013 a opté pour un titre de niveau 2. L'avis - hormis en ce qui concerne des mesures transitoires très temporaires - donne quant à lui la préférence à un titre de niveau 3 sur base des arguments suivants :

- le curatif ne peut pas être séparé de l'esthétique dans l'approche du patient ;
- le trajet de formation est plus facile à réaliser (trouver des places de stage) ;
- la mobilité au sein de l'UE peut être plus facilement garantie sur base d'un titre de niveau 2 (faisant partie de l'annexe V de la directive 2005/36/CE) dont le candidat dispose déjà ;
- L'A.M. du 23 avril 2014⁴⁴ relatif aux critères transversaux prévoit plus de flexibilité pour les titres de niveau 3 (art. 10 proportions universitaire - non universitaire ; stages à l'étranger).

Les récentes modifications⁴⁵ à l'A.M. du 23 avril 2014 ont cependant exclu - sans doute par accident - les titres de niveau 3 de tout l'article 11, y compris des garanties qualitatives prévues au §3. Cela est hors de question et le projet d'avis doit dès lors être lu en supposant que les garanties qualitatives du §3 sont reprises dans l'arrêté spécifique.

L'avis recommande, pour des raisons de sécurité, de remédier aux zones d'ombre nées depuis les arrêts de la Cour constitutionnelle, en (re)confirmant clairement et pour des raisons de sécurité, les traitements au laser (classe III et IV) et les IPL (Intense pulsed light therapy) comme relevant de la loi du 23 mai 2013.

- **Mise sur pied du groupe de travail « Médecine pharmaceutique – pharmacologie clinique »** (réunion du 15 décembre 2016)

Cette matière a été précédemment examinée par le groupe de travail Titres.

On peut étudier la possibilité de développer un trajet conjoint dans un projet d'avis pour la pharmacologie clinique (titre annexe V à la directive 2005/36/CE) et la médecine pharmaceutique. Le profil d'activité diffère, mais ce sont deux objectifs d'apprentissage théoriques et pratiques conjoints, et la connaissance des deux mondes (pratique médicale essentiellement en milieu hospitalier et dans le monde pharmaceutique) peut être enrichissante.

Le Conseil supérieur donne son accord à la création d'un groupe de travail spécifique avec, d'un côté, des experts, et de l'autre, des membres intéressés du Conseil supérieur qui seront invités à cette fin. Il s'agit d'un nouveau titre professionnel éventuel, pour lequel il n'existe pas encore de commission d'agrément à laquelle une délégation pourrait participer.

⁴⁴ A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, M.B. du 27 mai 2014.

⁴⁵ A.M. du 13 septembre 2016 modifiant l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, M.B. du 19 septembre 2016.

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 prolonger⁴⁶.

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 Ministre⁴⁷. En cas d'avis négatif, le candidat maître de stage peut introduire un recours.

Durant l'année 2016, les groupes de travail ont analysé un total de 268 dossiers de maîtres de stage spécialistes, 728 dossiers de maîtres de stage généralistes et 50 dossiers de spécialistes qui souhaitent former les futurs généralistes.

Parmi ces 1046 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'avis⁴⁸.

⁴⁶ 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.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ 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	413
Agrément d'un service de stage en médecine générale	0	37
Renouvellement d'agrément pour maître de stage médecin généraliste dans son cabinet	0	315
Renouvellement d'agrément d'un service de stage en médecine générale	0	13

Total des avis rendus pour 2016 : 778.

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	4	209
Renouvellement d'agrément pour maître de stage spécialité/compétence particulière en médecine	0	34

Total des avis rendus pour 2016 : 247.

Avis rendus pour la désignation d'un responsable temporaire de formation en application de l'article 42 de l'arrêté royal du 21 avril 1983⁴⁹ : 7.

⁴⁹ Art. 42. § 1er. En cas de décès du maître de stage, lorsque le maître de stage ne bénéficie plus de l'agrément accordée ou lorsqu'il ne peut remplir sa fonction de maître de stage et qu'il n'est pas prévu qu'il pourra la reprendre dans un délai de trois mois, un responsable de la formation est agréé par le Conseil supérieur à titre provisoire afin de permettre aux candidats intéressés de poursuivre leur formation. Cet agrément peut être accordée par dérogation aux critères d'agrément et aux dispositions du présent chapitre. Elle prend fin selon le cas, au moment où il est pourvu au remplacement du maître de stage ou au moment où le maître de stage reprend sa fonction.

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

Discipline / beroepstitel	K.B. 25.11.1991 ⁵⁰	In behandeling bij	Eindadvies Hoge Raad
Dermatologie	Niveau 2		9 oktober 2014 positief advies M.B. 7 oktober 2016, BS 25.10.2016
Forensische Psychiatrie	Niveau 3		9 oktober 2014 positief advies M.B. 26.10.2015, BS 10.11.2015 Advies 3 mei 2016, oa - deeltijdse vorming - stagediensten
Oncologie voor gynaecologen - Gynaecologische oncologie -Gynaecologische medicamenteuze oncologie	Niveau 3		Dec 2014: - positief advies gynaecologische oncologie - negatief advies gynaecologische medicamenteuze oncologie
Algologie			Negatief advies oktober 2014
Psychiatrie - volwassenen - kind/jeugd	Niveau 2 (en 3?)	Gemengde werkgroepen	Eindadvies Hoge Raad 23 juni 2016
Orthopedie	Niveau 2		25 juni 2015 (positief eindadvies)
Volksgezondheid	Niveau 2 of 3	Werkgroep Titels (aanvraag)	
Geneesheer-specialist in het ziekenhuismanagement		Werkgroep Titels (aanvraag)	
Pharmacology – pharmaceutical medicine	Niveau 2 of 3	Werkgroep Titels	Specifieke Werkgroep 1 ^e vergadering 14.02.2017
Klinische farmacologie		Werkgroep Titels	Cf vorige record
Klinische genetica (Menselijke erfelijkheid)			Positief advies februari 2015
Sportgeneeskunde		Werkgroep Titels	Werkgroep gestart mei 2016, in opvolging

⁵⁰ K.B. 25 november 1991 houdende lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, BS 14 maart 1992, err., BS 24 april 1992.

		Adviesaanvraag Minister 22 juli 2015	
Algemene heelkunde - cardiochirurgie - vasculaire - thorax - abdominaal - traumatologie, kinderchirurgie, endocriene, transplantatie ...	In behandeling niveau 2	Gemengde werkgroep	Bespreking Hoge Raad 25.06.2015 algemene oriëntatie
Pediatrie: - endocrinologie - gastro-intestinaal - pneumologie - nefrologie - cardiologie	Niveau 3		Positief advies februari 2015
Inwendige geneeskunde - truncus communis - (alg) inw geneeskunde - cardiologie - gastro-enterologie - oncologie - pneumologie - reumatologie - nefrologie - endocrinologie - hematologie - geriatrie	Niveau 2	Gemengde Werkgroep	Bespreking Hoge Raad 25 juni 2015 algemene oriëntatie Eindadvies 23 juni 2016 Hoge Raad: - truncus communis 3 jaar - pneumologie - reumatologie - endocrinologie Eindadvies 23 maart 2017: - algemeen inwendige geneeskunde - cardiologie niv 2 - elektrofysiologie niv 3
Nucleaire geneeskunde	Niveau 2	Gemengde werkgroep eerste vergadering september 2015	
Anatomopathologie	Niveau 2	Discipline past voorstel aan (na eerste bespreking Hoge Raad begin 2014)	Eindadvies Hoge Raad d.d. 27.10.2016
Infectieziekten		Werkgroep Titels Discipline bereidt voorstel voor	
Médecin qualifié en médecine générale, préventive et d'institutions Médecin hospitalier			Advies Hoge Raad 25.06.2015 in verband met behoud erkenning huisarts art 10 M.B. 1 maart 2010
Geneesheer specialist in de niet-heelkundige		Adviesaanvraag Minister	Eindadvies 15.12.2016

esthetische geneeskunde (wet 23 mei 2013)		Gemengde werkgroep	
Gynaecologie			Werkgroep vergadert
Interventionele cardiologie	Niveau 3		Positief eindadvies Hoge Raad d.d. 10.12.2015
Niveau 3 titels functionele & professionele revalidatie - Cardiologie - Pneumologie - Oftalmologie - ORL - Pediatrie	Niveau 3	Gemengde werkgroep november 2015	Tussenadvies Hoge Raad d.d. 10.12.2015 Positief advies plenaire 28 april 2016: - cardiologie - pneumologie - oftalmologie
Neurochirurgie	Niveau 2	Bespreking erkenningscommissies	
Intensieve zorgen	Niveau 3	Contact juni 2015 voorstel // Cobatrice (competency-based training in intensive care medicine in Europe)	
Anesthesie	Niveau 2	Gemengde Werkgroep	Gemengde werkgroep
Radiologie	Niveau 2	Eerste voorstel december 2015 Werkgroep	Eindadvies Hoge Raad 27 oktober 2016
Stomatologie		Vergaderingen WG gestart	Tussenadvies Hoge Raad 27.10.2016 (haalbaarheid duurtijd opleiding en professionele vorming, max. 9 + 4 = 13 jaar)
Fysische geneeskunde en revalidatie	Niveau 2	Januari 2016 oproep kandidaten	
Electrofysiologie (cardiologie)	Niveau 3	Voorstel vanuit discipline	Niv 3 positief eindadvies Hoge Raad 23 april 2017
Slaap(en waak-) geneeskunde	Certificaat? Aanpassing niveau 2? Niveau 3 ?	Voorstel vanuit discipline	
Oftalmologie	Niveau 2		Werkgroep deadline juni 2017
Klinische biologie			Werkgroep 1 ^e vergadering 7 maart 2017 (arts en apotheker cf)

			adviesaanvraag Minister 15 juni 2016)
--	--	--	--