

Conseil Supérieur des Médecins <sup>1</sup>  
Rapport annuel 2020

Le Conseil Supérieur des Médecins s'est réuni en séance plénière et par vidéoconférence les 18 juin, 8 octobre et 10 décembre 2020.

La réunion prévue pour le 5 mars a été annulée suite à la crise COVID-19 <sup>2</sup> et tout au début des mesures gouvernementales du confinement.

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

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

Le dr. P. Waterbley, vice-président <sup>5</sup> et secrétaire, a présidé les réunions plénières en l'absence du président (art. 5, §2 A.R. du 21 avril 1983).

---

<sup>1</sup> Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des généralistes.

<sup>2</sup> Coronavirus disease (de pandémie veroorzaakt door SARS-CoV-2)

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

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

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

# 1. Matières communes aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes

## **1.1. Art. 145 LEPS<sup>6</sup> - Avis « Exercice de la médecine par des médecins provenant de pays tiers : la Belgique ne peut pas devenir une plaque tournante au sein de l'Union européenne en raison d'une procédure trop peu stricte »**

Le Conseil Supérieur a émis un avis en la matière en juin 2020.

En 2019, une nouvelle compétence consultative a été attribuée au Conseil supérieur des médecins en vertu de la Loi du 22 avril 2019. Le nouvel article 145 de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé stipule que les demandes d'autorisation d'exercice de la médecine introduites par des médecins issus de pays tiers qui ne sont pas diplômés d'un État membre de l'Union européenne doivent être préalablement soumises à l'avis du Conseil supérieur.

Avant que le Conseil supérieur ne traite ces dossiers, l'équivalence du diplôme est vérifiée par la Commission d'équivalence ou le NARIC Vlaanderen.

Dans l'intervalle, un nouveau groupe de travail ainsi que l'assemblée plénière du Conseil supérieur des médecins ont acquis une année d'expérience en la matière. Une concertation a été proposée notamment avec les instances susmentionnées en charge de l'octroi des équivalences. Cette proposition a été acceptée mais les membres du Conseil supérieur des médecins, fort inquiets de la qualité et de la sécurité, ont décidé d'émettre un avis destiné à Mme la Ministre M. De Block.

La procédure de l'article 145 de la LEPS conduit en effet, en cas de décision positive, à l'exercice de la médecine sans supervision ni restrictions. La responsabilité de notre pays est d'autant plus grande que la reconnaissance belge d'une qualification obtenue dans un pays tiers, après trois années d'activité professionnelle en Belgique, signifie l'ouverture du droit à la mobilité au sein de l'U.E./E.E.E.

Le Conseil supérieur des médecins a constaté que pratiquement tous les dossiers - de diverses langues, y compris les dossiers francophones - sont introduits auprès du NARIC Vlaanderen. Les candidats introduisent parfois une double demande, qui débouche sur un avis négatif de la Commission d'équivalence et un avis positif du NARIC Vlaanderen.

En juin 2020, le Conseil Supérieur n'avait aucune idée de la mesure dans laquelle les entretiens ou les examens d'aptitude des candidats sont appliqués. La Commission d'équivalence vérifierait les connaissances en matière de déontologie, de fonctionnement de la sécurité sociale dans notre pays et, le cas échéant, de radioprotection. Les attestations du NARIC Vlaanderen sont parfois équivoques. Sans la présentation du diplôme original, l'équivalence du diplôme est accordée sur la base d'un autre document et le candidat peut porter le titre de médecin. Mais l'attestation indique

---

<sup>6</sup> Loi relative à l'exercice des professions de santé, coordonnée le 10 mai 2015, MB 18 juin 2015.

ensuite que cette équivalence n'est valide que sur présentation du diplôme étranger authentique qui n'est pas disponible.

Les autres points d'attention concernaient la preuve qu'aucune restriction professionnelle n'a été imposée par le pays d'origine et que la distinction entre l'autorisation d'exercice de la profession d'une part, et la reconnaissance d'une qualification professionnelle (en tant que médecin généraliste ou spécialiste agréé) d'autre part, n'est pas toujours claire pour les candidats.

Le Conseil supérieur des médecins soulignait les procédures très strictes et bien étayées qui sont suivies à l'étranger : il existe des procédures de test systématique et, aux États-Unis, les instituts de formation de l'étranger sont même de plus en plus nombreux à devoir être accrédités au niveau international. Il y a lieu de s'inquiéter du fait que tous les pays et régions à travers le monde ne garantissent pas des formations et des diplômes de qualité. Certains pays garantissent la qualité, contrairement à d'autres où ce n'est absolument pas le cas.

La Belgique ne peut pas devenir la plaque tournante pour une entrée facile dans l'Union européenne en raison d'une procédure trop peu stricte - qui n'est manifestement pas appliquée de manière cohérente dans tout notre pays. Cet avis a été émis comme un signal fort d'une grande inquiétude en matière de qualité et de sécurité et d'une éventuelle responsabilité.

L'importance d'un test linguistique a ensuite été soulignée. Il convient en outre d'examiner s'il est possible de prévoir un suivi spécifique de l'activité professionnelle (et du lieu) afin de garantir la qualité et la sécurité.

Le 10 décembre 2020, le Conseil Supérieur des Médecins a poursuivi la discussion.

3

Le Cabinet de Mme la Ministre M. De Block a déjà réagi le 2 juillet 2020 et annoncé la mise à l'ordre du jour de la conférence interministérielle.

Le 3.12.2020, une concertation a eu lieu avec l'Agentschap Hoger Onderwijs Vlaanderen et NARIC Vlaanderen (PV déjà approuvé et joint en annexe à l'invitation).

NARIC Vlaanderen a exposé la procédure purement écrite de détermination de l'équivalence du diplôme :

- Authentification du diplôme (en utilisant des vérifications technologiques et si nécessaire en contactant l'université concernée) ;
- Évaluation du contenu de la formation par une Commission composée de professeurs d'universités flamandes : objectifs d'apprentissage, nombre d'années, nombre de crédits, niveau (bachelier ou master), qualité sur la base de la thèse de master p. ex. ou du travail scientifique.

NARIC Vlaanderen souligne que l'équivalence de diplômes ne signifie pas que les diplômes doivent être identiques : ainsi, il ne peut être exigé que le candidat ait reçu une formation en déontologie et santé publique belges. La présence de ces cours dans le curriculum étranger peut toutefois être vérifiée. 9

NARIC Vlaanderen stipule que tout ce qui concerne l'exercice de la médecine, comme les connaissances linguistiques ou les notions de sécurité sociale belge, relève de la compétence fédérale pour l'octroi d'un visa ("licence to practice" - autorisation à exercer).

À la question posée, NARIC Vlaanderen a précisé que le "bekwaamheidsonderzoek" (examen d'aptitude) prévu à l'art. 14, §3 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 juin 2013 <sup>7</sup> n'est pas (plus) appliqué.

NARIC Vlaanderen souligne néanmoins la nécessité d'un "quality check" (contrôle de qualité) pour évaluer la "fitness to practice" (aptitude à exercer), mais cela concerne l'exercice et une responsabilité fédérale. Enfin, il a été discuté des possibilités d'échange d'informations et de simplification administrative.

Les modalités suivantes pour le suivi ultérieur ont été proposées à l'assemblée :

- Évaluer si l'article 145 limité autorise une évaluation plus détaillée de la "fitness to practice: conduct impairment, quality and safety, language knowledge" (aptitude à exercer, carences de comportement, qualité et sécurité, connaissances linguistiques). Dans notre pays, le suivi du comportement déontologique est du ressort de l'Ordre des médecins. L'art. 145 se réfère aux critères de la loi du 10 mai 2015. Les dispositions de la loi relative aux droits du patient <sup>8</sup> et de la loi Qualité du 22 avril 2019 <sup>9</sup> qui entrera en vigueur prochainement, seront incluses dans cet examen.

- Examen de l'introduction de la possibilité légale d'un "parcours de consolidation" permettant le suivi du candidat au moyen d'un visa provisoire pour une certaine période. Ceci éventuellement en collaboration avec la Commission fédérale de contrôle de la pratique (chapitre IV de la loi Qualité du 22 avril 2019).

- Poursuite de la concertation avec toutes les instances concernées : NARIC Vlaanderen, Commission d'équivalence Fédération Wallonie-Bruxelles, Ordre des médecins, Commissions d'agrément, INAMI), afin de parvenir à une harmonisation et à une procédure efficace, sûre, transparente et assurant la sécurité juridique.

Le Conseil a approuvé la conclusion proposée : optimisation des possibilités légales existantes pour le niveau fédéral (octroi d'un visa) et plaidoyer pour l'introduction d'une possibilité légale d'une période d'évaluation associée à un visa provisoire. Ceci s'accompagnant de la poursuite de la concertation avec toutes les parties. Cette problématique ne concerne pas seulement

---

<sup>7</sup> Arrêté du Gouvernement flamand du 14 juin 2013 relatif aux conditions et à la procédure de reconnaissance de titres étrangers délivrés dans l'enseignement supérieur, *M.B.*, 18 juillet 2013.

<sup>8</sup> Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.* 26 septembre 2002 (deuxième éd.), err., *M.B.* 20 décembre 2002 (première éd.).

<sup>9</sup> Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.* 14 mai 2019.

les médecins, mais aussi les différentes professions des soins de santé. Le SPF Santé publique souhaite dès lors une approche suffisamment large du dossier.

**1.2.Art. 146 LEPS<sup>10</sup> Avis « Formation clinique pour les médecins provenant de pays tiers<sup>11</sup> et problématique pour les médecins endocrinologues ».**

La procédure visée à l'art. 146 de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé permet aux médecins provenant de pays tiers de suivre une formation clinique en Belgique.

Le Conseil Supérieur des Médecins<sup>12</sup> a souligné antérieurement<sup>13</sup> que cette forme de coopération au développement est très utile et présente un intérêt bilatéral. En outre, elle vise à éviter le drainage de talents depuis des pays tiers conformément aux objectifs de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le 18 juin 2020, le Conseil Supérieur des Médecins a pris connaissance d'un problème spécifique aux médecins endocrinologues provenant de pays tiers, qui souhaitent suivre une formation clinique dans notre pays.

- Il n'existe toujours pas d'arrêté d'agrément propre fixant des critères pour, entre autres, les maîtres de stage et services de stage en endocrinologie. Le 23 juin 2016, le Conseil Supérieur des Médecins a recommandé de prévoir un titre de niveau 2 pour l'endocrinologie, mais cet avis n'a pas abouti à une adaptation de la réglementation.

Actuellement, (le titre de niveau 3) l'endocrinologie est réglementée par un article de l'arrêté ministériel du 9 mars 1979<sup>14</sup>. La formation en endocrinologie doit être organisée dans un service de stage agréé en médecine interne et en présence du maître de stage agréé en médecine interne<sup>15</sup>.

- Conformément à l'art. 146, § 2, 4°, c) de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, le maître de stage du service de stage ne peut former qu'un seul candidat provenant d'un pays tiers<sup>16</sup>.

---

<sup>10</sup> Loi relative à l'exercice des professions de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *MB* 18 juin 2015.

<sup>11</sup> Article 146 de la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *MB* (*MB 18 juin 2015 (éd. 1)*). Ci-après « LEPS »

<sup>12</sup> Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

<sup>13</sup> Avis du Conseil Supérieur des Médecins du 14 juin 2018.

<sup>14</sup> Art. 7 de l'Arrêté ministériel 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, *MB* 15 mars 1979.

<sup>15</sup> Il s'agit du maître de stage en médecine interne, conformément aux articles 24 et 40 de l'A.M. du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, *MB* 27 mai 2014.

<sup>16</sup> En décembre 2020, le Conseil a pris connaissance de la mesure dérogatoire (jusqu'au 1 septembre 2022) concernant les hôpitaux de Beiroet suite à l'explosion dans le port. Loi du 23 octobre 2020 modifiant la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, afin d'élargir les

Il est constaté qu'en général, le maître de stage agréé en médecine interne souhaite former un candidat en médecine interne, ce qui ne laisse plus de place pour un candidat suivant une formation en endocrinologie.

La problématique liée à la discipline médicale de l'endocrinologie (notamment mais pas exclusivement la diabétologie) est pertinente pour les pays tiers.

Le Conseil Supérieur des Médecins recommande dès lors de trouver d'urgence une solution qui donnerait une chance aussi aux médecins provenant de pays tiers qui sont intéressés par une formation en endocrinologie.

Selon le Conseil Supérieur des Médecins, il est possible de trouver cette solution :

- soit en introduisant des critères d'agrément spécifiques en endocrinologie pour lesquels les propres maîtres de stage et services de stage agréés seraient agréés. L'avis du 23 juin 2016 le prévoyait déjà.

- soit en modifiant l'art. 146, § 2, 4°, c) de la LEPSS qui prévoirait, par ex., une dérogation pour les médecins qui viennent dans notre pays dans le but de suivre une formation clinique en endocrinologie. Le maître de stage en médecine interne pourrait, par ex., former un candidat en médecine interne et un candidat en endocrinologie.

Le Conseil Supérieur des Médecins souligne que le caractère fortement dépassé de la réglementation entraîne de plus en plus de difficultés d'application et d'anomalies, qui ont des répercussions négatives concrètes sur les candidats, maîtres de stage et services de stage. Le travail de longue haleine et les nombreux avis fournis du Conseil Supérieur des Médecins n'ont abouti que dans une mesure très limitée à la publication d'une nouvelle réglementation<sup>17</sup>.

Lors de la réunion du 18 juin 2020 du Conseil Supérieur des Médecins, les avis du 26 février 2015 concernant les sous-disciplines de la pédiatrie et n'ayant pas encore fait l'objet d'un suivi ont notamment été donnés à titre d'exemple.

---

possibilités pour des médecins provenant du Liban de pouvoir suivre, en Belgique, une formation clinique limitée, pour raisons humanitaires suite à la tragique explosion dans le port de Beyrouth en août 2020, BS 20.11.2020.

<sup>17</sup>

cf. notamment le courrier du Conseil Supérieur des Médecins du 13 septembre 2017.

### **1.3. La pandémie COVID-19 et les avis du Conseil Supérieur sur base de projets d'avis d'un groupe de travail ad hoc.**

Dans le courant de 2020, le Conseil a reçu plusieurs demandes d'avis d'une façon plus ou moins formelle. Un groupe de travail (GT) ad hoc a développé des projets d'avis qui ont été transmis aux demandeurs (responsables de la politique de santé publique). Ces projets d'avis étaient transmis aux membres de la réunion plénière qui pouvaient réagir. Les projets d'avis étaient ensuite confirmés lors de la réunion plénière suivante.

Le 18 juin 2020, le projet d'avis du 19.04.2020 concernant le « redémarrage » des activités hospitalières a été confirmé. L' AR n° 29<sup>18</sup> concernant l'impact de la crise sur la formation professionnelle (la possibilité d'une assimilation des périodes de stage non prévues à condition d'acquérir les compétences finales) a été discuté.

Le 7 juillet, Mme la Ministre a demandé un avis concernant le stock stratégique du matériel de protection et les conditions d'un nouveau « lockdown » éventuel. La réponse du GT ad hoc du 9 septembre 2020 a été transmise à tous les membres et renforcée à la réunion plénière d'octobre 2020.

Une autre demande d'avis du 18 septembre 2020 concernait les compétences requises pour le prélèvement nasopharyngé. Le GT ad hoc répondait le 20 septembre 2020 (dentistes et logopédistes à condition d'une prescription médicale et sous supervision médicale).

L' AR du 21 septembre 2020<sup>19</sup> sur la compétence requise pour les analyses de laboratoire, a été mis à l'ordre du jour. Ainsi que l' AR du 30 septembre 2020<sup>20</sup> concernant la prescription et la délivrance de vaccins contre la grippe par des pharmaciens.

Les membres ont souligné l'importance de la flexibilité des professionnels. Les critères d'agrément, les trajets de formation (des trajets transversaux) doivent en tenir compte. La possibilité de flexibilité au cours de la carrière professionnelle avait déjà été discutée au sein du Conseil.

Le Conseil a écrit une lettre **félicitant le nouveau Ministre en lui demandant au Ministre** de publier les avis antérieurs sur les critères d'agrément dans le Moniteur belge (sous réserve d'une actualisation éventuelle et d'un test de proportionnalité).

L' A.R. du 30 octobre 2020<sup>21</sup> a prévu un financement supplémentaire pour les médecins spécialistes en formation au sein des hôpitaux afin d'augmenter leur rémunération dans le cadre de la crise COVID.

---

<sup>18</sup> A.R. n° 29 du 5 juin 2020 portant exécution de l'article 5, §1, 2° de la loi du 27 mars 2020 habilitant le Roi à prendre des mesures de lutte contre la propagation du coronavirus COVID-19 (II), en vue de l'assimilation des périodes de stage non prévues des médecins en formation, *MB* 5 juin 2020, ed. 3

<sup>19</sup> AR du 21 septembre 2020 autorisant des personnes qui ne sont pas légalement qualifiées pour exercer l'art de guérir à accomplir certaines analyses de laboratoire dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, *MB* du 25.09.2020.

<sup>20</sup> AR du 30 septembre 2020 portant exécution de l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 19 janvier 1961 autorisant des personnes qui ne sont pas légalement qualifiées pour exercer l'art de guérir à accomplir certains actes médicaux dans des circonstances exceptionnelles, *MB* du 5.10.2020.

<sup>21</sup> A.R. du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, *MB* 12.11.2020.

L'avis du GT ad hoc du 29 octobre 2020 sur le transfert exceptionnel et temporaire des tâches dans le cadre de la crise COVID-19, a été renforcé en décembre 2020.

La réunion plénière de décembre 2020, a pris connaissance de la Loi du 4 décembre 2020 <sup>22</sup> : le Chapitre VI ajoute quelques professions de soins de santé à la liste des professionnels compétents pour les prélèvements nasopharyngés et les ponctions capillaires, à condition que ces actes soient confiés par un médecin.

La Loi du 6 novembre <sup>23</sup> autorise des personnes non légalement qualifiées à exercer, dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, des activités relevant de l'art infirmier.

#### **1.4. Directive européenne 2018/958/UE relative à un contrôle de proportionnalité <sup>24</sup>**

8

L'art. 114 du Traité sur le fonctionnement de l'U.E. (TFEU) crée une exception sur le principe de la compétence des Etats Membres pour les soins de santé (art 168 TFEU). Afin de garantir le fonctionnement du marché unique et la mobilité, des restrictions arbitraires de l'activité économique sont à éviter.

Les Etats Membres continueront donc à déterminer les critères d'agrément à condition de réaliser un test de proportionnalité (intérêt général, la pertinence des critères, la proportionnalité déjà prévus par l'art 59, 3 de la Directive 2005/36/EC).

Le Conseil Supérieur des médecins applique depuis longtemps des critères pour introduire un niveau titre. Le canevas pour développer les critères contient une partie de vision et d'argumentation.

Le test de proportionnalité est obligatoire pour chaque nouvelle réglementation et chaque modification qui implique une restriction (aussi quantitative) directe ou indirecte de l'accès à des professions réglementées ou de leur exercice (titre protégé ou activités réservées). La population, le consommateur et toutes les parties prenantes doivent être informés et avoir l'occasion de participer. Une consultation publique doit être possible le cas échéant.

---

<sup>22</sup> Loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19, *MB* 13.11.2020

<sup>23</sup> Loi du 6 novembre 2020 en vue d'autoriser des personnes non légalement qualifiées à exercer, dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, des activités relevant de l'art infirmier, *BS* 6 novembre 2020.  
Cette législation a été publiée en novembre 2020, l' A.R. n° 9 du 19 avril 2020 avait été abrogé par l' AR n° 26 du 9 mai 2020.

<sup>24</sup> Directive (UE) 2018/958 du parlement européen et du conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions, JO L du 9 juillet 2018

Les critères à appliquer sont énumérés dans la Directive. On n'exige pas une étude scientifique élaborée, mais une argumentation concrète.

L'art 4,6 prévoit que les Etats Membres sont supposés de surveiller régulièrement leurs réglementations afin de tenir compte des évaluations depuis leur introduction.

### **1.5. Infirmier de pratique avancée**

L'art. 46/1, inséré par la loi du 22 avril 2019<sup>25</sup> dans la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé<sup>26</sup>, prévoit l'instauration d'un titre « infirmier de pratique avancée ». La condition d'accès minimale est un « diplôme de master en sciences infirmières ».

Outre l'exercice de l'art infirmier, l'infirmier de pratique avancée accomplit aussi des actes médicaux (en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé du patient) dans le cadre de soins infirmiers complexes.

Des actes médicaux pourront être effectués pour un groupe-cible de patients bien délimité, mais en étroite coordination avec les médecins et éventuellement d'autres professionnels. Les activités autorisées et les conditions seront déterminées par le Roi après avis de la Commission technique de l'art infirmier et du Conseil supérieur des médecins.

La demande d'avis de M<sup>me</sup> la Ministre De Block du 28 mai 2019 renvoie au principe de subsidiarité (pour l'exercice de la profession), à la possibilité de reprendre des « actes médicaux » du médecin pour un groupe cible spécifique de patients.

La ministre demande un « avis consolidé » au Conseil fédéral de l'art infirmier, à la Commission technique de l'art infirmier et au Conseil supérieur des médecins.

La ministre demande pour l'élaboration de critères d'agrément : des critères de compétence (notamment le raisonnement clinique et le diagnostic infirmier), un trajet de formation, un cadre de conventions avec les médecins et le contexte de collaboration interdisciplinaire.

La ministre renvoie à la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé<sup>27</sup> (par ex. en matière de prescription de groupe).

La ministre souligne que l'objectif n'est pas de déterminer, par domaine dans les soins de santé ou par

---

<sup>25</sup> Loi du 22 avril 2019 portant modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice de professions des soins de santé, *MB* 15 mai 2019.

<sup>26</sup> Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *MB*, 18 juin 2015 (1<sup>re</sup> éd.)

<sup>27</sup> Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *MB* 14 mai 2019. cf. notamment l'art. 29 (prescription de groupe, accord de collaboration avec retour d'information régulier) ; art. 32 (Structure et organisation de la pratique du professionnel des soins de santé individuel et des accords de collaboration).

groupe cible de patients, des critères d'agrément spécifiques et des activités y afférentes pour l'infirmier de pratique avancée, qui doit être « largement mobilisable ».

Enfin, M<sup>me</sup> la ministre souligne la plus-value de la nouvelle fonction pour la qualité des soins au patient et pour l'attractivité de la profession infirmière (« possibilités de carrière »).

Un groupe de travail mixte s'est réuni à plusieurs reprises et a rédigé un « projet d'avis ou texte de discussion »<sup>28</sup> en collaboration avec des membres des Conseils suivants :

- Conseil fédéral de l'art infirmier
- Commission technique de l'art infirmier
- Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

Lors de la réunion plénière du 8 octobre 2020, le Conseil Supérieur des médecins a envoyé la réponse suivante au GT mixte :

1. **La charge de travail dans le domaine des soins de santé et les évolutions technologiques préconisent une délégation des tâches (*task shifting*) et le principe de subsidiarité.**

Néanmoins, la qualité et la sécurité du patient, de la population et de l'équipe doivent toujours être primordiales.

Il convient d'examiner si des initiatives sont souhaitables dans d'autres professions.

2. **Partant d'une analyse des risques, il faut déterminer un domaine d'activité spécifiquement délimité, avec un trajet de formation spécifique (également continu) clairement requis et parfois une ancienneté requise (critères d'agrément).**

Étant donné le degré de complexité, le travail en équipe pluridisciplinaire est obligatoire et une supervision est requise pour certaines activités.

Un infirmier de pratique avancée peut inclure une (partie d'une) activité spécialisée dans un plan de soins ou de traitement spécifié. Le plan de soins et de traitement spécialisé est élaboré de manière pluridisciplinaire sous la coordination du médecin/médecin spécialiste traitant.

Le portfolio (art. 8 de la loi du 22 avril 2019) décrit l'expérience et les compétences de chaque membre de l'équipe et aide à déterminer le rôle de chaque participant au trajet de soins/traitement, ce qui est crucial pour déterminer la responsabilité de chaque acteur et pour la coordination. Les critères d'agrément restent toutefois requis lors de l'instauration d'une qualification professionnelle, pour garantir un trajet de formation minimal (plus détaillé et précisé que la simple exigence d'un master) et des compétences acquises minimales.

Il faut faire preuve de transparence et de clarté à l'égard du patient, concernant le rôle de chaque acteur de l'équipe (« qui est responsable ? », éviter le '*bystander effect*').

---

<sup>28</sup> On ne peut en effet parler d'un « avis consolidé » qu'après approbation d'un texte commun par chacune des assemblées plénières des différents Conseils.

Cette approche sera également une préparation sérieuse au contrôle de proportionnalité pour la nouvelle qualification professionnelle. En effet, cette préparation devra pouvoir identifier d'une façon très concrète les risques qui justifient la création d'une nouvelle qualification professionnelle et expliquer pourquoi une évolution classique de la carrière professionnelle (à démontrer par le portfolio) ou l'accès par d'autres qualifications ne suffisent pas.

3. **La délimitation du domaine d'activité spécifique de l'infirmier de pratique avancée doit être claire et justifiée (cf. contrôle de proportionnalité) par rapport aux autres professions de soins de santé** : médecin, infirmiers de soins de base indispensables qui doivent être émancipés conformément aux initiatives européennes et infirmiers spécialisés ou infirmiers ayant une qualification particulière.
4. **Une approche scientifique est indiquée** (éventuellement avec des études pilotes et une estimation de l'impact budgétaire). Il convient également de prêter attention à des secteurs tels que les maisons de repos et de soins, et autres structures collectives ainsi que la première ligne ambulatoire (médecine générale et dans un cadre plus large).

Le manque de personnel infirmier (infirmiers de base éventuellement renforcés par un infirmier ayant une expérience particulière en gériatrie) et l'insuffisance de matériel de protection personnelle étaient les deux problèmes majeurs dans les maisons de repos et de soins pendant la crise COVID-19.

Il peut être néanmoins indiqué d'examiner s'il est préférable de poursuivre le renforcement de la gouvernance clinique au sein des maisons de repos et de soins.

En coopération et en coordination avec le médecin coordinateur et conseiller (MCC), l'infirmier de pratique avancée apportera une plus-value à l'environnement de soins pluridisciplinaires.

5. **Avis négatif sur la version présentée du projet d'avis/texte de discussion du groupe de travail mixte préparatoire**, avec volonté de et intérêt pour poursuivre l'étude et la concertation.

Il faudra donc élaborer en des termes beaucoup plus clairs et spécifiques le texte de discussion. À cet égard, le Conseil supérieur des médecins est assurément disposé à poursuivre sa collaboration par le biais de la délégation prévue.

Les exigences en matière de qualité et de sécurité doivent être garanties :

- partant d'un domaine d'activité (scope of practice) défini et grâce à une formation de haute qualité et ciblée, également après l'obtention d'un master.
- par un contexte pluridisciplinaire coordonné dont les compétences des participants sont clairement définies.

L'initiative et le principe de subsidiarité en général offrent la possibilité d'une nouvelle collaboration axée sur le futur entre les diverses disciplines. C'est dès lors avec impatience **que le Conseil Supérieur des Médecins attend** une invitation à poursuivre la concertation. »

**1.6. Groupe de travail coopération médecins et pharmaciens(demande d'avis de Mme la Ministre du 10.12.2019) :**

La première réunion de ce GT a été reportée du à la crise COVID-19.

**1.7. Intelligence artificielle et formation professionnelle**

Les activités de ce Groupe de Travail ont été reportées.

**1.8. Recomposition/renouvellement du Conseil Supérieur des Médecins :**

Le renouvellement aurait dû avoir lieu en août 2019, après une période de 6 ans <sup>29</sup>.

A chaque réunion, le Conseil a été informé de l'état des lieux. Depuis une modification de l' AR du 21 avril 1983<sup>30</sup>, il faudra proposer et désigner des membres suppléants. Compte tenu du nombre de membres, cela ne semble pas évident.

Le Conseil Supérieur a pris connaissance d'une demande des candidats en formation professionnelle d'obtenir une représentation directe. La représentation très utile se réalise actuellement par le biais des associatopns professionnelles ( art 6, §1, 4° et 6°) de l' AR du 21 avril 1983. Une représentation directe supposerait une modification de l' A.R.

---

<sup>29</sup> A.M. du 11 janvier 2013, MB 16 août 2013 et l' A.M. du 24 juillet 2013, MB 16 août 2013.

<sup>30</sup> A.R du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, MB 27 avril 1983.

## 2. Médecins généralistes

### **2.1. Anciennité requise pour le maître de stage en médecine générale**

En octobre 2020, le Conseil a rappelé et confirmé l'avis du 28 avril 2016 afin de fixer l'anciennité requise à 5 ans. Cette proposition tient compte du prolongement de la formation à 3 ans (durée de formation qui était supposée faire partie de l'anciennité requise) et aide à harmoniser la réglementation avec celle des médecins spécialistes ( AM 23.04.2014).

13

### **2.2. Permanence médicale par les médecins généralistes et les coopérations fonctionnelles.**

Le Conseil a pris connaissance (en octobre 2020) de l' A.R . du 10 septembre 2020 <sup>31</sup> relatif à la permanence médicale par les médecins généralistes et à l'agrément des coopérations fonctionnelles.

### **2.3. Proposition de stages facultatifs spécifiques des candidats spécialistes dans un cabinet de médecine générale**

Au vu de la vaste expérience acquise avec les stages (obligatoires) des candidats médecins généralistes dans des services hospitaliers<sup>32</sup>, le Conseil supérieur des médecins a examiné une proposition visant à rendre également possibles pour les candidats spécialistes des stages spécifiques facultatifs dans des cabinets de médecine générale (agrés conformément à l'A.M. du 26.11.1997<sup>33</sup>).

<sup>31</sup> K.B. 10.09.2020 betreffende de medische permanentie door huisartsen en de erkenning van functionele samenwerkingsverbanden, *BS* 25.09.2020.  
A.R. du 10 septembre 2020 relatif à la permanence médicale par les médecins généralistes et à l'agrément des coopérations fonctionnelles, *MB* 25.09.2020.

<sup>32</sup> Art 2 en 2/1 M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, *BS* 27 mei 2014.  
Art 2 et 2/1 de 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.*, 27 mai 2014, *Errat.*, *M.B.*, 10 septembre 2014.

<sup>33</sup> M.B. 26 november 1997 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van de stagemeeesters in de huisartsgeneeskunde, *BS* 16 december 1997.  
Arrêté ministériel du 26 novembre 1997 déterminant les critères de l'agrément des maîtres de stage en médecine générale, *M.B.* du 16 décembre 1997.

Les initiatives de ce genre favorisent la connaissance, la bonne entente et la collaboration entre la première et la deuxième ligne.

Lors de sa réunion en octobre 2020, le Conseil supérieur a réagi unanimement de façon positive à la proposition, mais souhaite une concertation avec les entités fédérées ainsi qu'un complément d'analyse :

- Dans tous les cas, les compétences finales de la spécialité doivent être acquises.
  
- Le stage du candidat spécialiste en médecine générale peut s'effectuer sous la forme d'un stage spécifique, comme prévu à l'article 12 de l'arrêté ministériel du 23.04.2014 (le stage est facultatif, le maître de stage en médecine générale n'est pas agréé dans le cadre de cet A.M. et le fait que ce maître de stage est agréé conforme à l' A.M. du 26.11.1997 satisfait à l'art. 25, 2 de la Directive 2005/36/EC).  
Les stages de rotation (art. 13 de l'arrêté ministériel du 23.04.2014), en revanche, font référence à une autre spécialité dans le cadre de l'A.M. du 23.04.2014 et les stages extrahospitaliers (art. 12/1 de l'A.M. du 23.04.2014) exigent que le candidat participe au système de permanence médicale d'un hôpital voisin.
  
- Il faut évaluer le financement, la capacité de places de stage, la priorité à donner à certaines spécialités ou non et la durée optimale (6 mois, voire moins) en tenant compte de la faisabilité organisationnelle et des compétences finales à atteindre.

---

14

Ces questions doivent idéalement être débattues avec les entités fédérées et les Commissions d'agrément.

2.4. **SERVICE DE STAGE HOSPITALIER POUR LE CANDIDAT MÉDECIN GÉNÉRALISTE en formation professionnelle : un seul maître de stage pour un service de stage hospitalier (même spécialité) + responsables de trajet dans les services hospitaliers**

Tant la Directive européenne 2005/36/CE (art. 28, 3) relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles que la réglementation belge (AM du 1er mars 2010 , art. 2, 2/1, 6) prévoient un stage (de 6 mois) dans un service hospitalier pertinent.

L'AM du 26 novembre 1997 détermine les critères de l'agrément des « maîtres de stage spécialistes » et des « services hospitaliers pour la formation des candidats généralistes ».

Il arrive parfois que pour un seul service hospitalier sur un même site, plusieurs candidatures soient soumises pour l'agrément en tant que maître de stage hospitalier (« maître de stage spécialiste ») pour la formation professionnelle de médecins généralistes.

Ces demandes multiples sont refusées en raison du principe d'un seul maître de stage par service de stage, ou bien avec une équipe de stage coordonnée.

Un maître de stage agréé par service de stage hospitalier peut former (avec son équipe) plusieurs candidats .

Outre le maître de stage pour les candidats médecins généralistes, un maître de stage pour les candidats médecins spécialistes peut être agréé dans le même service hospitalier : l'objectif du stage est différent et il s'agit d'une autre réglementation .

Le stage hospitalier d'un candidat médecin généraliste présente certaines caractéristiques spécifiques :

- courtes périodes ;
- objectifs d'apprentissage et de compétence spécifiques.

**Les objectifs stratégiques suivants doivent être atteints :**

a) La cohérence du service de stage hospitalier/équipe de stage pour la formation destinée aux candidats médecins généralistes et la possibilité de surveiller la pertinence<sup>34</sup> de la formation dans la discipline concernée.

Un maître de stage agréé pour les stages de médecins généralistes dans un service de pédiatrie sera par exemple toujours un pédiatre (qui répond aux conditions d'agrément).

15

Personne ne conteste la mise à disposition d'un maître de stage spécifique pour les médecins généralistes aux côtés d'un éventuel maître de stage pour les médecins spécialistes en formation professionnelle. Les objectifs et le contexte de la formation (notamment en termes de durée) sont différents.

b) L'encadrement du candidat médecin généraliste pendant une courte période de stage (en général six mois) dans les différents services (de stage) hospitaliers.

**La plénière du Conseil supérieur des médecins de décembre 2020 a validé le modèle du Bureau du 4 novembre 2020 :**

- Un seul maître de stage pour les médecins généralistes par service de stage hospitalier (éventuellement en plus d'un maître de stage pour les candidats médecins spécialistes).
- Les membres de l'équipe de stage peuvent agir en tant que responsable du trajet de stage (coach/mentor) afin d'encadrer le candidat médecin généraliste tout au long de son trajet de

---

<sup>34</sup> Art. 2 de l'A.M. du 1<sup>er</sup> mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, *MB* 4 mars 2010.  
Art. 10 de l'A.M. du 26.11.1997 déterminant les critères de l'agrément des maîtres de stage en médecine générale, *MB* 16 décembre 1997.

formation dans plusieurs services hospitaliers.

Le « responsable du trajet de stage » était déjà prévu dans l'avis « Qualité et sécurité des services de stage » du Conseil supérieur des médecins d'octobre 2018.

## 3. Médecins spécialistes

### 3.1. Critères d'agrément spécifiques

#### 3.1.1. Avis du Conseil supérieur des médecins du 18 juin 2020 concernant les critères d'agrément pour un titre de niveau 2 « Psychiatrie infanto-juvénile » (formation de 5 ans) et un titre de niveau 2 « Psychiatrie de l'adulte », tous deux incluant la formation et le stage spécifiques en psychothérapie <sup>35</sup> (vergadering juni 2021).

16

Le Conseil Supérieur référerait à la demande d'avis du 7 mars 2016 concernant l'adaptation de l'A.M. du 3 janvier 2002 <sup>36</sup>, à l'avis du 23 juin 2016, à la demande d'avis du 4 mars 2019, à l'avis du 13 juin 2019 et à la demande d'avis du 6 août 2019.

Une délégation du Conseil Supérieur des Médecins a participé à une concertation agréable et fructueuse avec le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale (CFPSSM) qui a élaboré un avis sur la pratique de la psychothérapie.

Le 18 juin 2020, le Conseil supérieur des médecins a pris connaissance de l'état d'avancement de cet avis ainsi que des propositions de son propre groupe de travail Psychiatrie.

Dans un premier temps, les avis mentionnés ci-dessus, notamment en rapport avec un projet d'A.M. en annexe de la demande d'avis du 4 mars 2019, ont été confirmés.

Le Conseil supérieur des médecins du 18 juin 2020 a rendu l'avis suivant en réponse à ~~votre~~ la demande d'avis du 6 août 2019 :

1) Il est prévu deux titres professionnels de niveau 2 « Psychiatrie infanto-juvénile » et « Psychiatrie de l'adulte », chacun d'une durée de formation de 5 ans, et comprenant chacun la

<sup>35</sup> Art. 68/2/1 Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 (M.B. 18 juin 2015 (1re éd.)).

<sup>36</sup> 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 infantojuvénile, M.B. du 21 février 2002.

réalisation des objectifs d'apprentissage et l'acquisition des compétences finales (stage théorique et pratique) en psychothérapie (voir aussi points 3 et 5).

2) Critères des services de stage et détermination du nombre de candidats en formation professionnelle : confirmation de l'avis du 23 juin 2016.

3) Compétences finales, en ce compris la réalisation des objectifs d'apprentissage et l'acquisition des compétences finales (stage théorique et pratique) en psychothérapie (voir aussi points 1 et 5) :

- pour la « Psychiatrie de l'adulte », les compétences finales ont été actualisées (voir annexe) par rapport à l'avis du 23 juin 2016.

- pour la « Psychiatrie infanto-juvénile », les compétences finales définies dans l'avis du 23 juin 2016 ont été confirmées.

4) Pour les deux titres de niveau 2, une prise de connaissance mutuelle avec l'autre discipline est très importante. Parler d'un « tronc commun » de deux ans ou d'une « formation de base » de deux ans est une question de nuances, de degré de collaboration et de terminologie.

Si une pénurie de places de stage en psychiatrie infanto-juvénile constitue un réel danger, il serait possible d'y répondre en prévoyant une certaine flexibilité dans les critères.

5) Partant de la nature des activités pratiquées durant le stage professionnel des candidats en psychiatrie, les deux années de formation pratique<sup>37</sup> en psychothérapie ont déjà été intégrées dans les 5 années de formation professionnelle.

Il faut qu'il en soit de même pour la formation spécifique en psychothérapie de 70 crédits ECTS dans un établissement universitaire ou une haute école<sup>38</sup>. La très grande majorité des candidats en formation professionnelle de psychiatrie suit déjà cette formation qui peut ou non être reprise (entièrement ou en partie) dans le programme de formation théorique déjà prévu. Cela correspond à la constatation qu'à l'étranger, la compétence en psychothérapie fait aussi partie des compétences finales des médecins-psychiatres. Il n'y a dès lors aucun risque que certains domaines de la psychiatrie fassent l'objet d'une attention moindre.

Le Conseil supérieur des médecins a également pris connaissance de l'avis « relatif à la pratique de la psychothérapie » du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale (CFPSSM).

La formation professionnelle de 5 ans pour médecin-psychiatre crée un contexte spécifique. Il ne serait pas acceptable que, pendant le trajet de formation, le médecin candidat n'obtienne subitement pas accès à la formation de 70 crédits ECTS sur base d'un test d'aptitude. Une sécurité minimale doit être garantie : lors de la sélection et de l'approbation du plan de stage par la commission d'agrément, cette aptitude doit déjà être confirmée.

---

<sup>37</sup> Art. 68/2/1, §3, deuxième phrase de la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 (M.B. 18 juin 2015 (1re éd.)).

<sup>38</sup> Art. 68/2/1, §3, première phrase de la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 (M.B. 18 juin 2015 (1re éd.)).

Par ailleurs, un nombre suffisant de centres de formation doivent pouvoir fonctionner pour éviter un manque de capacité et garantir la faisabilité pratique en combinaison avec les obligations (gardes, etc.) de la formation professionnelle.

Le Conseil supérieur des médecins demeure intéressé par la poursuite de la collaboration et de la communication avec le Conseil fédéral des professions des soins de santé

mentale (CFPSSM), notamment en cas de préparation du contrôle de proportionnalité lors de l'élaboration ultérieure de la réglementation.

### **3.1.2. Question du 18.03.2020 de la Communauté flamande portant sur les « certificats de compétence particulière »**

Des anciens AM des années 80 évoquent des certificats de compétence en ORL et en radiologie. Ces notions ont été introduites sans être élaborées, contrairement à la stomatologie et la chirurgie maxillo-faciale ou un titre de compétence a bien été créé .

### **3.1.3. Soins intensifs (juin et octobre 2021)**

Le Conseil Supérieur a analysé ce titre professionnel, suite à une demande de quelques médecins-neurologues d'avoir accès à la formation et à ce titre niveau 3.

Le Conseil s'est demandé s'il ne faut pas ajouter au titre niveau 3 un titre niveau 2 pour les soins intensifs. Un intensiviste doit être capable de traiter un spectre de pathologie très large et de gérer un service. Les anesthésistes avaient signalé leur intention de prévoir une formation de 6 années, y inclus la formation en soins intensifs. Il faut en plus suivre les évolutions européennes (ajouter le titre ou pas à l'annexe V de la Directive 2005/36/EC et la durée minimale envisagée).

En octobre, le prof G. Meyfroidt et le prof Jorens ont présenté les points de vue de la Belgian Society of Intensive Care Medicine. Ils ont plaidé pour garder le titre niveau 3 et pour l'accès à la formation pour les médecins neurologues éventuellement avec un trajet de formation adaptée (plus longue).

Le dossier sera repris ultérieurement.

### **3.1.4. Neurochirurgie (juin 2020) :**

Des neurochirurgiens ont signalé un manque de places de stage en chirurgie générale. Ils proposent de remplacer ces stages en partie par des stages en neurochirurgie.

Le Conseil a conclu qu'une révision de l' A.M. du 18.07.1979 s'avère nécessaire <sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> A.M. 18 juillet 1979 fixant les critères spéciaux d'agrégation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la chirurgie, de la neurochirurgie, de la chirurgie plastique, de l'urologie et de l'orthopédie, MB 7 août 1979.

### **3.1.5. Chirurgie**

En octobre et décembre 2020, il a été décidé de reconstituer le groupe de travail Chirurgie afin d'actualiser les critères et de déterminer l'orientation future.

### **3.1.6. ORL proposition d'un nouveau titre de niveau 3 « chirurgie cervico-faciale » (décembre 2020)**

Il s'agit d'une proposition de création d'un titre 3 en chirurgie cervico-faciale. C'est une initiative des médecins ORL. Le 13 novembre 2020 le Conseil a reçu des courriels de la part du président de la Commission d'agrément flamande le Dr Van der Poorter et du dr Lemkens.

Les maîtres de stage coordinateurs de la KUL, Ugent, UA et VUB soutiennent cette demande dans une lettre du 19.11.2020. Ainsi que l'Union professionnelle belge d'ORL et chirurgie cervico-facial (lettre du président le dr F Indesteege du 8.12.2020). Dans une lettre du 27 novembre 2020, le prof P. Van de Heyning confirme son soutien.

Le Conseil a également reçu le 10 décembre 2020 une réaction des stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux qui demandent à être inclus dans la concertation. Ils demandent que toutes les disciplines puissent avoir accès au niveau 3 s'il devrait être créé.

Un groupe multidisciplinaire sera créé si la discipline fera partie des priorités pour 2021.

A ce sujet, il faut voir si le portfolio sera suffisant ou s'il faut demander le niveau 3. Cette analyse est à mettre en parallèle avec l'exercice de proportionnalité qui devrait se faire.

### **3.1.7. Priorités 2021 et programme pluriannuel - actualisation des critères d'agrément, participation des parties prenantes et publication des travaux**

Le nouveau Cabinet a réagi positivement concernant l'actualisation et la publication de nouveaux critères d'agrément.

Le Conseil donne pour 2021 la priorité à la chirurgie, la médecine interne et les dossiers en cours (algologie, médecine d'assurance et expertise médicale)

En ce qui concerne les avis émis ces dernières années, les groupes de travail qui ont préparé l'avis peuvent être contacté afin d'apprendre les modifications éventuelles à apporter à l'avis.

Il faudra en plus tenir compte de la préparation du test de proportionnalité, la transposition en loi belge

de la Directive 2018/958 sera instructive.

Les avis antérieurs pour la pédiatrie ainsi que d'autres disciplines peuvent être ajoutées dans le courant de 2021.

**3.1.8. Demande d'accès pour les médecins gériatres au titre niveau 3 en médecine d'urgence**

Les gériatres remarquent que d'autres disciplines comme la pédiatrie et la neurologie ont accès à cette formation. Le Conseil a remarqué que les différents trajets de formation pour la médecine d'urgence (comme illustré dans l'annexe de l'invitation) est beaucoup trop complexe et devraient être revus.

**3.2. Protection du titre professionnel : question du 7 novembre 2020 Association professionnelle des médecins dermatologues et de la Belgian Society of Pediatric Dermatology).**

20

---

Dans une lettre du 7 novembre 2020, l'Association professionnelle des médecins dermatologues signale l'utilisation par certains médecins pédiatres d'un titre professionnel qui n'existe pas (« dermato-pédiatre ») ainsi que l'information donnée par certains médecins pédiatres au public et aux médecins en formation. L'association professionnelle des médecins dermatologues critique le nom de l'association « Belgian pediatric dermatology association » et remarque que l'impression est créée que les médecins-dermatologues sont (surtout) axés sur les adultes et moins sur les enfants.

Le courriel a été présenté à la réunion plénière du Conseil Supérieur des Médecins le 10 décembre 2020. Le point de vue des médecins pédiatres concernés n'a pas été demandé. La réponse suivante du Conseil est basée sur les informations transmises dans la lettre du 7 novembre 2020.

Le Conseil Supérieur des Médecins a formulé la réponse suivante :

1. Il existe des domaines dans lesquels plusieurs disciplines médicales peuvent, chacune avec sa propre contribution, parvenir à une collaboration fructueuse qui apporte une valeur ajoutée.

Le Conseil supérieur apprécie la volonté des parties concernées de le faire, ce qui apparaît dans la correspondance envoyée.

2. La liste des titres professionnels est établie par le Roi et nul ne peut porter un titre professionnel ou se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière qu'après avoir été agréé à cet effet par le ministre (art. 85 et 86 Loi du 10 mai 2015 <sup>40</sup>).

Les termes « dermato-pédiatre » ou « dermatologie pédiatrique » ne sont pas repris comme titre ou qualification dans la liste de l' A.R. du 5 novembre 1991 <sup>41</sup> .

**Le Conseil Supérieur remarque** que le cumul des titres professionnels est en principe autorisé. Mais le médecin doit suivre un trajet de formation avec des possibilités de dispenses bien réglementées et doit demander un agrément.

Lorsqu'il est notamment satisfait aux conditions de l'article 3/1 de l'A.M. du 23 avril 2014 <sup>42</sup> , un médecin peut demander un agrément de pédiatre et un agrément de dermatologue. Cette disposition est la transposition en droit belge de l'article 25, 3, a, de la Directive européenne 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, qui régit également la mobilité et les conditions d'une éventuelle reconnaissance automatique.

Le présent cas ne concerne cependant pas l'obtention d'un titre professionnel de niveau 2 en dermatologie (notifié à la Commission européenne à l'annexe V de la Directive 2005/36/CE).

21

---

3. Le livre VI (Pratiques du marché et protection du consommateur) du Code du droit économique <sup>43</sup> réglemente les communications des entreprises aux consommateurs.

Les pratiques du marché trompeuses et les informations mensongères sont interdites.

Les affirmations non fondées sur les agréments par une institution publique p. ex. sont trompeuses.

Il ne s'agit d'ailleurs pas d'un signe de diligence professionnelle et elles peuvent effectivement influencer le comportement des consommateurs.

---

<sup>40</sup> Loi relative à l'exercice des professions de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *MB* 18 juin 2015.

<sup>41</sup> 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.*, 14 mars 1992, *Errat.*, *M.B.*, 24 avril 1992.

<sup>42</sup> 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.*, 27 mai 2014, *Errat.*, *M.B.*, 10 septembre 2014.

<sup>43</sup> Code de droit économique, *M.B.* 29 mars 2013 (1ère éd.)

4. Cela n'empêche pas le professionnel des soins de santé de communiquer des informations sur certaines formations pour lesquelles il n'existe aucun titre professionnel particulier ou sur un domaine d'intérêt particulier . Bien entendu, ces informations doivent être conformes à la réalité ainsi qu'à la législation et aux Directives concernant les informations professionnelles.

Le portfolio prévu à l'article 8 de la Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé (qui entrera en vigueur le 1er juillet 2021) peut être utile dans ce cadre. L'article 31, qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2021, reprend les dispositions concernant les informations professionnelles portées à la connaissance du public, c'est-à-dire les informations pour faire connaître un professionnel des soins de santé ou les informations sur la nature de sa pratique.

### 3.3. Indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes.

Le Conseil Supérieur a régulièrement été mis au courant des modalités d'application de l' A.R. du 31 mars 2020 modifiant l'arrêté royal du 11 juin 2018 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage en médecine de candidats spécialistes, *MB* du 16 avril 2020.

---