

TRONC COMMUN DE MEDECINE INTERNE
Proposition du Groupe de travail « médecine interne »
Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des généralistes
juin 2016

avis final positif du 23 juin 2016 du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des généralistes à condition de tenir compte des remarques formulées dans la lettre d'avis à madame la Ministre.

Critères spécifiques pour l'agrément des médecins spécialistes en médecine interne et disciplines apparentées. Tronc commun de médecine interne

Composition du groupe de travail

Présidents: Cogan Elie, De Backer Wilfried

Membres : Bockaert Johan, Derom Eric , Derue Genevieve, Heller Francis, Heylen Line, Lacor Patrick, Moorkens Greta, Peetermans Willy, Rutsaert Robert

1. Contexte

1.1. Législation en vigueur

a. Belgique

L'arrêté Ministériel (AM) du 9 mars 1979 fixe 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.

L'AM du 10 décembre 2007 définira la spécialisation en oncologie médicale et 3 AM viendront modifier l'AM du 9 mars 1979 en créant plusieurs compétences particulières dépendant de la médecine interne : titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie (AM du 15 avril 1997), en néphrologie (AM 4 décembre 1995) et en hématologie clinique (AM du 18 octobre 2002). A noter que l'AM du 15 avril 1997 omet de définir les critères de maître de stage et de service de stage en endocrino diabétologie, entraînant une carence non comblée depuis près de 20 ans.

Par ailleurs, la gériatrie qui était définie initialement comme un titre 3 (titre professionnel particulier dépendant d'une spécialisation en médecine interne) répondant aux mêmes principes de formation que les autres titres professionnels particuliers sus mentionnés,

deviendra une spécialité à part entière (titre 2) dont les conditions de formation seront définies dans l'AM du 29 juillet 2005. Bien que la gériatrie soit considérée comme une discipline spécifique et indépendante de celles définies par l'AM du 9 mars 1979, la formation de base fait référence à « 3 années de formation en médecine interne générale¹ dans un service de médecine interne agréé »

Le point commun à l'ensemble de ces formations est la réalisation d'un tronc commun de médecine interne de 3 ans. La formation ultérieure comprend 2 ans pour la médecine interne et 3 ans pour toutes les autres formations (incluant les compétences particulières de la médecine interne qui nécessitent une année de plus au delà de la reconnaissance de spécialiste en médecine interne.

Les éléments de l'AM du 9 mars 1979 définissant le contenu du tronc commun peuvent se résumer comme suit :

- La formation de base est de 3 ans
- Les stages doivent familiariser le candidat spécialiste avec l'ensemble de la médecine interne et avoir lieu dans un service agréé dans ce but
- Si le service ne permet pas de se familiariser avec tous les aspects de la médecine interne ; le candidat complétera sa formation dans ces domaines par des stages de 3 mois dans des services ou sections spécialisés et agréés dans ce but sans que la total de ces stages ne puisse dépasser 9 mois

2

En ce qui concerne le maître de stage, l'AM précise :

- Le maître de stage, lui-même agréé en qualité de médecin spécialiste en médecine interne
- Les collaborateurs doivent être à plein temps, et être agréés comme spécialistes dans une des spécialités de la médecine interne et au moins 1 d'entre eux en médecine interne

En ce qui concerne le service de stage :

- Le service de stage habilité à donner une formation complète doit disposer d'au moins 100 lits avec un minimum de 2000 admissions par an ainsi qu'une policlinique avec un minimum de 5000 malades par an
- Lorsque le service a des possibilités limitées de formation, il peut être reconnu pour une formation partielle (50 lits, 1000 admissions par an, 2000 consultants par an)

En outre, pour les différentes spécialités de la médecine interne, il est exigé de pouvoir se familiariser avec les disciplines « les plus importantes » de la médecine interne et obligatoirement avec la discipline spécifique visée par le candidat dans sa formation supérieure.

¹ A noter que la notion de médecine interne générale n'apparaît dans aucun texte législatif et n'est pas définie

b. Directive européenne (annexe V 2005/36/EC)

Conformément à la Directive 2005/36/EC du 7 septembre 2005 consolidée, la Belgique devra notifier les nouveaux titres de formation de médecin spécialiste au Conseil des Communautés européennes. Il s'agira de compléter les titres de médecins spécialistes visés au point 5.1.3 de l'annexe 5 en ajoutant les titres manquants endocrinologie, néphrologie, hématologie, gériatrie. Ces titres ouvriront le droit à la reconnaissance de qualification des diplômes délivrés au sein de l'Espace économique européen.

1.2. Exemples à l'étranger

La spécialisation dans les 10 disciplines de la médecine interne est variable au niveau des pays de l'union européenne et selon les disciplines.

Un groupe de travail européen élabore une formation en hématologie en 6 ans dont 3 ans de tronc commun de médecine interne. A contrario, en France, la formation dans toutes les disciplines de la médecine interne sus mentionnées est généralement de 4 ans sans tronc commun.

2. Vision

2.1. Facteurs environnementaux : évolution de la médecine interne au cours des 40 dernières années en Belgique

L'évolution vers une médecine spécialisée « organo centrée » a eu plusieurs conséquences quant à l'organisation des services de médecine interne et à la démographie dans les différentes spécialités de la médecine interne. De surcroît, des compétences particulières réservées aux spécialistes en médecine interne ont été reconnues (endocrino diabétologie, néphrologie, hématologie clinique)

- Répartition des lits D initialement affectés à de grands services de médecine interne vers les sous spécialités de la médecine interne (cardiologie, gastroentérologie, pneumologie, rhumatologie, endocrinologie, hématologie clinique, oncologie médicale)
- Réduction du nombre de lits des services de médecine interne voire suppression des unités de médecine interne sans orientation de cas²
- Réduction du nombre d'internistes dits « généraux³ » en raison du manque d'attractivité

² l'importance pour la formation des candidats spécialistes d'unités de soins de médecine interne sans orientation de cas est soulignée dans de nombreuses publications et est d'ailleurs reprise comme une exigence dans le plan de stage des candidats spécialistes en médecine interne

³ la médecine interne générale (les spécialistes en médecine interne sans compétence particulière) est considérée comme une discipline en pénurie grave (cf cadastre récent de la

de cette discipline aux conditions de remboursement INAMI peu favorables et des demandes insuffisantes des directions hospitalières sous la pression des spécialités plus lucratives avec les incitants financiers d'une rétribution à l'acte

- Différences nord-sud majeures avec pénurie plus grave dans le nord du pays à la fois en services de médecine interne et en internistes, les internistes-néphrologues reprenant le plus souvent le rôle des internistes généraux depuis plusieurs années.

Une grande partie des hôpitaux de stage, en particulier dans le nord du pays, ne répondent donc plus aux critères de 1979 en ce qui concerne les services de stages de médecine interne et sont régulièrement en difficultés de remplacer les maîtres de stage de médecine interne.

2.2. Devenir des compétences particulières de la médecine interne : endocrino diabétologie, néphrologie, hématologie clinique.

L'annexe 5 de la Directive 2005/36/EC reprend comme spécialités les disciplines endocrinologie, néphrologie, hématologie, gériatrie au niveau de la plupart des pays de l'Union européenne. Les conditions spécifiques de formation n'imposent pas l'obtention initiale d'une reconnaissance professionnelle de spécialiste en médecine interne.

Au plan académique, elles bénéficient d'un master complémentaire spécifique au même titre que pour les autres disciplines de la médecine interne.

De fait, il s'agit de spécialités qui ont des objectifs propres et donc la formation dans les autres pays européens est de l'ordre de 4 ans dont au moins 3 ans spécifiques, contrastant avec les 2 ans en Belgique.

4

La situation particulière de la Belgique constitue de fait une entrave à la mobilité européenne et un obstacle à l'accueil de médecins spécialistes dans ces disciplines provenant des autres pays de l'union.

2.3. Approche : propositions des axes des changements

Les propositions visent à palier aux problèmes repris ci-dessus en formulant des réformes en adéquation et cohérence avec la situation actuelle des hôpitaux et des services belges dans un esprit de cohérence au niveau de l'union européenne, tout en gardant des standards de qualité de formation.

Elles visent à uniformiser les formations des 10 disciplines de la médecine interne en se rapprochant des standards européens tout en optimisant une formation de base (tronc commun de médecine interne) qui constitue un gage de qualité de nos spécialistes.

2.4. Structuration des plans de stage

La durée de formation des 10 spécialités de la médecine interne sera de 6 ans se répartissant en 3 ans de tronc commun et 3 ans spécifiques à chaque spécialité.

Les 10 spécialités dépendant du tronc commun de médecine interne sont :

1. Cardiologie
2. Endocrino diabétologie
3. Gastroentérologie
4. Gériatrie
5. Hématologie clinique
6. Médecine interne « Générale »
7. Néphrologie
8. Oncologie médicale
9. Pneumologie
10. Rhumatologie

L'endocrino-diabétologie, l'hématologie clinique et la néphrologie deviennent des spécialités à part entière qui devront donc être redéfinies avec un contenu et des objectifs répartis sur 3 années.

La médecine interne « générale » devient une nouvelle spécialité avec des objectifs revisités dès lors qu'elle n'est plus le passage obligé aux compétences particulières en endocrino-diabétologie, hématologie clinique et néphrologie et que la formation justifie 3 années de stage.

Les plans de stages initiaux s'intituleront « plan de stage en médecine interne y compris une formation supérieure dans une des disciplines suivantes cardiologie, endocrino diabétologie, gastroentérologie, gériatrie, hématologie clinique, médecine interne générale, néphrologie, oncologie médicale, pneumologie, rhumatologie, à déterminer au cours de la 3^e année»

5

2.5. **Finalité du tronc commun de médecine interne**

La réussite du tronc commun en médecine interne est la condition nécessaire à la poursuite de la formation et l'octroi d'une des 10 options de spécialités dont le tronc commun constitue la formation de base.

La réussite sera attestée par des commissions communautaires ad hoc appelées « Commission de la formation de base de médecine interne » / « Inwendige geneeskunde basisopleiding commissie » placées sous la responsabilité des communautés.

2.6. **Commission de validation du tronc commun de médecine interne (CVTCMI)**

Les détails concernant cette commission dépendent des communautés et ne devraient pas faire partie du texte fédéral.

Il serait néanmoins utile de s'accorder sur des modalités identiques dans les deux communautés.

a. **Composition**

Elle sera composée pour moitié de spécialistes en médecine interne et pour moitié des représentants des autres spécialités avec une parité universitaires/non universitaires.

b. Objet

La commission aura pour objet principal de valider le plan de stage en veillant à ce qu'il respecte l'AM fixant les critères transversaux et les rotations obligatoires dans les spécialités tel que prévu par le nouvel AM définissant le contenu du tronc commun.

c. Evaluation

La réussite du tronc commun sera validée par une attestation spécifique délivrée par le ministre de la santé de la communauté sur avis de la commission de validation du tronc commun en médecine interne (CVTCMI) et donnera accès à une des 10 spécialités dépendant du tronc commun.

La CVTCMI se basera sur les rapports de stage, le rapport du maître de stage coordinateur du tronc commun et d'une évaluation des connaissances théoriques.

L'évaluation théorique, réalisée après la 2^e année du tronc commun, comprend l'attestation de réussite de la formation universitaire spécifique telle que prévue par l'article 21 de l'A.R. du 21 avril 1983.

3. Données démographiques. Demande/Offre

Le cadastre des spécialités déterminera les besoins par région dans les 10 disciplines de la médecine interne du tronc commun. Le nombre de candidats entrant dans le tronc commun sera déterminé au niveau de chaque communauté et correspondra à la somme des besoins de chacune des 10 disciplines de la médecine interne établis par le cadastre. Ce nombre sera augmenté d'une réserve correspondant aux réorientations attendues vers d'autres disciplines en cours de formation et devra aussi tenir compte des candidats s'orientant vers des disciplines non soignantes : recherche, administration, médecine du travail, etc....

6

4. Définition et portée de la discipline

L'essence même d'un tronc commun est de faire acquérir à tous les futurs spécialistes dans chacune des 10 disciplines de la médecine interne, les bases nécessaires dans tous les domaines de la médecine interne. Il s'agira d'acquérir les compétences suffisantes pour faire face aux problématiques médicales les plus prévalentes en particulier la prise en charge initiale dans tous les 10 domaines de la médecine interne, y compris les situations urgentes ainsi qu'une vue holistique des problèmes médicaux des patients.

5. Critères de formation et d'agrément

5.1. Conditions d'accès

Etre titulaire d'un diplôme de médecin octroyé par une université belge, d'une université de l'Espace Economique Européen ou d'une équivalence de diplôme octroyée par les ministres compétents.

Avoir été sélectionné par une université belge pour une formation en médecine interne avec document signé du doyen d'une des 7 facultés de médecine (formation complète) attestant de cette sélection.

L'accès à une formation professionnelle implique non seulement la condition d'un diplôme de médecin octroyée par une faculté de médecine de l'UE mais également l'autorisation de la pratique médicale en Belgique.

5.2. Compétences finales

Les compétences finales à acquérir au cours de la formation de base du tronc commun comporte des aspects théoriques et pratiques.

Les compétences à acquérir sont reprises dans l'annexe.

a. Compétences pratiques

Les candidats devront être capables de faire face aux situations d'urgence les plus fréquentes et être capables de gérer de manière autonome des situations critiques courantes chez des patients admis dans des unités de soins intensifs. Ces compétences auront été acquises au cours de stage de minimum 3 mois dans des services d'urgence et/ou de soins intensifs ainsi qu'au cours des gardes de nuit.

Un minimum de 100 gardes devront avoir été assurées par le candidat à l'issue du tronc commun, sous la direction de ses maîtres de stage et dans la mesure de son niveau de formation conformément aux art 18, 37 et 43 de l'AM du 23 avril 2014, dont au moins la moitié réalisées dans un service d'urgence multidisciplinaire.

La capacité de résoudre des problèmes médicaux non structurés par l'acquisition d'une méthodologie d'approche diagnostique et thérapeutique acquise lors d'un stage de minimum 3 mois dans une unité de médecine interne générale orientée vers la prise en charge de problèmes médicaux non structurés (ex. : fatigue chronique, syndrome inflammatoire et fièvre d'origine indéterminée, dyspnée sans point d'appel, perte de poids inexplicée,).

La gestion pratique de problèmes courants en cardiologie, pneumologie, gastroentérologie et gériatrie (wat overeenkomt met de verplichte stages in de TC)

b. Compétences théoriques

Listing complet des compétences à établir selon les modalités suivantes (annexe):

c. Connaissances approfondies théoriques et pratiques

Il s'agit de capacités trans disciplinaires

- approche globale des processus de soins
- collaboration multi- et interdisciplinaire
- culture de la sécurité des patients
- analyse et interprétation de données et présentation didactique de celles-ci
- amélioration permanente en fonction de cycles de qualité (PDCA) avec prise en charge de l'amélioration de la qualité (planification, réalisation et suivi)
- organisation et communication concernant les transitions dans le trajet de soins des patients au sein et en dehors de l'hôpital
- rapports et analyse des incidents et effets secondaires des procédures et des traitements
- applications concrètes de la réglementation relative aux droits du patient au sens le plus large.
- communication avec les dispensateurs de soins, les patients et leur famille
- organisation des soins de santé: structures, fonctionnement et utilisation efficiente des ressources

5.3. **Durée et étapes de la formation**

La durée du tronc commun est de 3 ans. Bien que l'esprit d'un tronc commun de médecine interne soit la prise en charge de pathologies les plus diverses dans des unités d'hospitalisation sans orientation d'organes, force est de constater que l'évolution des structures hospitalières au cours des 30 dernières années ne le permet plus.

La durée totale cumulée des stages dans une discipline donnée ne pourra excéder 6 mois.

Obligatoirement, tous les candidats devront avoir réalisé des stages d'au moins 3 mois dans une (des) unités d'hospitalisation de

- Médecine interne générale
- Cardiologie
- Pneumologie
- Gastroentérologie
- Gériatrie
- Urgences et/ou Soins Intensifs

Dans la mesure des possibilités, il est conseillé pour la qualité de la formation de réaliser un stage aux urgences et un stage dans un service de soins intensifs.

5.4. **Recherche**

La pratique de stage de recherche est autorisée durant le tronc commun pour un maximum de 2 ans comptant pour 50% dans la formation et pour autant que les passages obligatoires spécifiés au point 5.3 aient été réalisés.

Il est recommandé que les candidats gardent un contact avec la clinique pendant les années de recherche (activité de garde, de consultations, participation à des staffs cliniques)

5.5. **Stages à l'étranger**

Les stages à l'étranger sont autorisés pour un maximum de 1 année dans des services reconnus

à l'étranger pour la formation en médecine interne, dont au maximum 6 mois dans la même discipline, en respectant le trajet de formation stipulé dans le point 5.3.

5.6. **Critères de maintien de l'autorisation de pratiquer**

Ce point n'est pas strictement d'application en ce qui concerne la formation de base qui ne donne pas lieu à une pratique mais conditionne la suite de la formation.

6. Maîtres de stage des services de stages du tronc commun

Les maîtres de stage du tronc commun doivent avoir été reconnus spécialiste dans une des 10 disciplines de la médecine interne (Cardiologie, Endocrino diabétologie, Gastroentérologie, Gériatrie, Hématologie clinique, Médecine interne « Générale », Néphrologie, Oncologie médicale, Pneumologie, Rhumatologie) depuis au moins 5 ans. S'il existe un spécialiste en médecine interne générale dans le service, il devrait avoir la priorité pour assurer la formation et être maître de stage pour autant qu'il remplisse les conditions d'ancienneté requises.

Le maître de stage doit disposer dans le service d'au moins un spécialiste dans sa discipline reconnu depuis au moins 3 ans et dans les autres disciplines où les candidats effectueront des stage d'un spécialiste reconnu depuis au moins 5 ans.

Si la structuration des unités d'hospitalisation est celle d'un département de médecine interne regroupant des services et/ou des unités spécialisées, le maître de stage est responsable des candidats quelque soit le service ou l'unité d'hospitalisation où ils sont en stage. Sa fonction reconnue par la direction de l'institution doit lui donner autorité sur les candidats dont il est maître de stage

Si le maître de stage n'est pas un spécialiste en médecine interne, il ne peut cumuler une fonction de maître de stage du tronc commun et de maître de stage d'une des spécialités de la médecine interne.

Le maître de stage doit être reconnu pour la formation d'au moins 2 candidats et doit offrir une possibilité de stage dans au moins 3 disciplines différentes si les tournantes sont de 4 mois ou 4 disciplines si les tournantes sont de 3 mois.

7. Maître de stage coordinateur du tronc commun

Le maître de stage coordinateur du tronc commun est obligatoirement un maître de stage en médecine interne « générale ».

Le maître de stage coordinateur du tronc commun établit le plan de stage en accord avec le candidat spécialiste.

Il vérifie chaque année les spécialités auxquelles le candidat spécialiste a eu l'occasion de se

familiariser sur le terrain à l'occasion des permutations de stage en veillant à ce que le candidat ait accompli les stages obligatoires. Le maître de stage coordinateur prendra contact avec le maître de stage de l'année suivante afin d'obtenir la garantie de passage par certaines disciplines. Le cas échéant, une proposition de changement de stage sera proposée.

Il veille en particulier à ce que le candidat puisse bénéficier au cours de ses deux dernières années de formation d'un passage minimum de 3 mois dans une des spécialités qu'il entrevoit après son tronc commun, ceci en accord avec la convention signée avec le candidat (cf AM 23 avril 2014)

8. Services de stage

Les services de stage du tronc commun peuvent répondre à deux types de structures :

8.1. Département de médecine interne

Pour les hôpitaux n'ayant pas dans leur organigramme un service de médecine interne, ou ayant un service de médecine interne mais dont l'interniste (ou les internistes) ne sont pas dans les conditions de reconnaissance comme maître de stage, on peut concevoir le service de stage de médecine interne comme un « département de stage de médecine interne » regroupant des unités d'hospitalisation de plusieurs disciplines.

Dans cette hypothèse, le maître de stage sera un spécialiste reconnu dans une des 9 spécialités de médecine interne (en dehors donc de la médecine interne générale) pour autant qu'il ne cumule pas avec une maîtrise de stage dans sa discipline. Il doit être reconnu spécialiste dans sa discipline depuis au moins 5 ans et avoir un collaborateur ayant la même ancienneté dans chacune des unités de soins spécialisées qui seront des lieux de stage pour les candidats spécialistes.

Un de ces collaborateurs portera le titre de maître de stage associé.

Le service de stage organisé comme un département devra disposer d'au moins 3 unités d'hospitalisation dans des disciplines différentes de façon à ce que les candidats puissent être exposés à au moins 3 spécialités au cours de l'année de stage.

8.2. Service de médecine interne

Pour les hôpitaux disposant d'un service de médecine interne générale avec une unité d'hospitalisation spécifique, le maître de stage sera préférentiellement issu de ce service pour autant qu'il satisfasse aux critères minimum d'ancienneté (reconnaissance depuis 5 ans) avec un collaborateur d'au moins 3 ans.

Compte tenu de l'élargissement du concept de service de stage à celui de département de stage, un collaborateur principal ayant 5 ans d'ancienneté dans une des autres spécialités de

médecine interne peut également convenir.

Ce collaborateur principal portera le titre de maître de stage associé.

8.3. Encadrement dans les différentes spécialités

Chacune des disciplines correspondant à un lieu de stage pour le candidat spécialiste doit posséder dans son cadre au moins 2 spécialistes reconnus depuis au moins 3 ans.

8.4. Formation partielle et formation complète

La notion de formation complète ou partielle a perdu de son sens depuis l'AM du 23 avril 2014. En ce qui concerne le tronc commun de médecine interne, on pourrait concevoir la notion de formation complète pour les services de stage (ou département de stage) qui offre comme lieu de stage TOUTES les unités spécialisées obligatoires pour la formation du tronc commun.

8.5. Structure et activités du service de stage

a. Place du service de stage dans l'organigramme de l'institution

Indépendamment de la diversité des unités d'hospitalisation accessibles pour la formation des candidats spécialistes, un service de stage de médecine interne doit être intégré dans une institution comportant une série de services de soutien reconnus, ayant la qualification d'un service de stage :

- Chirurgie générale, urgences, soins intensifs, anatomopathologie

b. Outils d'apprentissage

Le service doit disposer d'accès à des bibliothèques documentaires disponibles en ligne au niveau des unités d'hospitalisation (pubmed, uptodate, ...) et/ou des recommandations de bonne pratiques dans tous les domaines de la médecine interne qui seraient développées localement.

L'accès à des logiciels permettant de prendre connaissance des interactions médicamenteuses.

c. Unités d'hospitalisation. Nombre de lits.

La formation de base en médecine interne reposant en grande partie sur la prise en charge de pathologies diverses chez des patients hospitalisés, la structure des unités d'hospitalisation en terme de lits agréés constitue un des déterminants à prendre en considération.

Ce sont les candidats spécialistes du tronc commun qui sont amenés à prendre en charge en première ligne les patients hospitalisés.

La comptabilisation du nombre de lits sur lequel sera, notamment, basé le quota des candidats spécialistes du service de stage se fera sur base du nombre de lits D et G des unités d'hospitalisation auxquelles les candidats spécialistes seront affectés.

Dans la comptabilisation du nombre de lits, sera pris en compte le nombre total de lits des unités d'hospitalisation correspondant aux unités d'hospitalisation qui sont les lieux de stage des candidats (lits D et G) .

d. Stages de rotation autorisés et stages spécifiques conseillés

En dehors des 10 spécialités qui dépendent du tronc commun de médecine interne, on peut définir des stages de rotation pour un maximum de 6 mois au total:

- des stages de rotation de 3 mois sont autorisés dans les spécialités

- Dermatologie
- anatomopathologie
- Neurologie
- imagerie médicale (radiologie, médecine nucléaire,...)
- génétique médicale

- des stages spécifiques sont conseillés : en hygiène hospitalière et maladies tropicales.

e. Dimension des unités d'hospitalisation pour le tronc commun

La volonté des gestionnaires d'hôpitaux (et l'évolution de la pratique médicale hospitalière) tend à raccourcir les durées de séjour. Les patients séjournant plus longtemps sont le plus souvent atteints de pathologies plus complexes nécessitant une attention particulière.

Il est justifié de garder un critère géographique de lits en ce qui concerne le tronc commun.

f. Consultations

Les consultations doivent être accessibles pour les toutes les disciplines à partir de la 2^e année et obligatoire lors du stage de médecine interne et lors des stages de 3^e année.

g. Nombre d'admissions dans le service de stage (ou département de stage)

Les unités d'hospitalisation qui font partie du service de stage doivent justifier globalement un minimum 1000 admissions par an

9. Nombre de candidats spécialistes en formation par service/maître de stage

Les conditions qui doivent prévaloir à la définition du quota de candidats spécialistes peuvent se résumer comme suit :

- Accès à des situations de formation pratiques suffisante en quantité et en qualité
- Bénéficier d'un encadrement de spécialistes ayant une ancienneté suffisante dans la discipline avec une disponibilité de ces spécialistes et une disposition d'esprit propice à transmettre leur expérience

Le premier critère est cohérent avec l'obligation pour un service de stage d'avoir 4 secteurs de stage de spécialités différentes, ou 3 secteurs si il existe une unité de médecine interne générale

9.1. **Définition du quota sur base du nombre de lits**

Sont comptabilisés dans le nombre de lits, tous les lits D et G entrant dans la définition du service (département) de stage.

La règle de 3 candidats par 25 lits de stage

9.2. **Majoration du quota sur base activités complémentaires**

La justification d'une majoration du nombre de candidats spécialistes basée sur l'activité d'hospitalisation du service des urgences et des admissions à l'hôpital de jour se base sur l'importance de l'apprentissage des candidats dans ces secteurs « extra hospitalisation classique »

a. **Hôpital de jour**

Sont comptabilisés les séjours en hôpital de jour des spécialités médicales pour autant que les candidats spécialistes participent à l'activité en hôpital de jour

La règle de 1 candidat spécialiste supplémentaire par 3000 séjours en hôpital de jour.

13

b. **Service des urgences**

La règle de 1 candidat supplémentaire par 1000 admissions pour des disciplines médicales au service des urgences

c. **Consultations**

La prise en compte des consultations dans le calcul du quota doit être limité aux formations supérieures dans les 10 disciplines tenant compte du caractère aléatoire de la participation aux consultations durant la formation du tronc commun. La participation aux consultations est néanmoins recommandée dès la 3^e année de formation dans le tronc commun.

La demande de reconnaissance comme service de stage devra mentionner les modalités de participation aux consultations.

9.3. **Restriction du quota total de candidats spécialistes**

Le quota total de candidats spécialistes peut au maximum être égale au nombre de spécialistes engagés à temps plein ($\geq 8/10^e$) dans les services ou unités où seront en stage les candidats spécialistes.

10. Mesures transitoires

10.1. **Candidats en cours de formation**

Les candidats spécialistes engagés dans une formation de médecine interne poursuivent leur formation sur base de leur ancien plan de stage.

Toute modification du plan de stage durant les 3 premières années (c'est dire concernant le tronc commun de médecine interne) devra être en accord avec les nouvelles conditions de formation.

Durant les 2 ans qui suivent la parution au moniteur, les passages obligés par les différents rotations ne seront pas imposées aux candidats déjà en formation

10.2. **Maître de stage coordinateur du tronc commun**

L'obligation d'avoir un maître de stage coordinateur du tronc commun ne vaut que pour les nouveaux plans de stage ou en cas de modification du plan de stage concernant les 3 premières années de formation

Pour les candidats en cours de formation, le maître de stage coordinateur pour jouer le rôle de maître de stage coordinateur du tronc commun même si il ne remplit pas toutes les conditions.

Cette dérogation est valable pour les 2 années suivant la parution au moniteur.