

du 23 mars 2017

Niveau 2 MEDECINE INTERNE « GENERALE »

sur la base de l'avis du groupe de travail mixte médecine interne

1.	Composition du groupe de travail	3
2.	Contexte.....	3
2.1.	Législation en vigueur	3
2.1.1.	<i>Belgique</i>	3
2.1.2.	<i>Directive européenne (annexe V 2005/36/EC)</i>	5
2.2.	La médecine interne en Europe. European board of Internal Medicine (EBIM).....	5
2.2.1.	<i>Formation</i>	5
2.2.2.	<i>Définition de la médecine interne en Europe</i>	5
2.2.3.	<i>Analyse du rôle de l'interniste dans les pays de l'Union Européenne</i>	7
2.2.4.	<i>Organisation de la formation au niveau européen. Recommandation de l'EBIM</i>	7
3.	Vision	7
3.1.	La médecine interne en France et en Belgique.....	7
3.2.	Rôle des spécialistes en médecine interne	8
3.2.1.	<i>Place de la médecine interne dans les institutions hospitalières</i>	8
3.2.2.	<i>Place de la médecine interne en pratique ambulatoire</i>	9
3.3.	Domaines d'expertise des internistes généraux	9
3.4.	Rôles additionnels (cf définition de l'UEMS).....	10
4.	Vision globale de l'interniste dans le système de santé belge	10
4.1.	La perspective de la révision de l'AR 78 et l'avis du Conseil national des Etablissements Hospitaliers.....	10
4.2.	Conséquences de l'évolution vers une forfaitisation des soins	10
4.3.	Sécurité des patients	10
4.4.	Prise en charge globale et enseignement	10
4.5.	Articulation entre médecins généralistes, urgentistes et hospitalisation	11
4.6.	Responsabilité dans les processus d'audit institutionnel et de recherche clinique	11
5.	Revalorisation de la médecine interne	11
6.	Données démographiques. Demande/offre	11
7.	Définition et portée de la discipline.....	11

8.	Critères de formation et agrément.....	12
8.1.	Conditions d'accès.....	12
8.2.	Domaines de compétence de l'interniste général	12
8.2.1.	Compétences élémentaires.....	12
8.2.2.	Compétences cliniques spécifiques.....	14
8.2.3.	Compétences pédagogiques.....	15
8.2.4.	Compétence de santé publique	15
8.3.	Acquisition des compétences.....	15
8.3.1.	Stages	15
8.3.2.	Compétences théoriques	16
8.4.	Durée et étapes de la formation	16
8.5.	Stages de rotation	16
8.6.	Stages de recherche	16
8.7.	Stages à l'étranger.....	17
8.8.	Critères de maintien de l'autorisation de pratiquer	17
9.	Maîtres de stage.....	17
10.	Maitre de Stage coordinateur	17
11.	Service de stage	17
12.	Nombre de candidats spécialistes en formation par service/maître de stage.....	18

1. Composition du (sous) groupe de travail

Président: Cogan Elie, Peetermans Willy

Membres : Bockaert Johan, Decaux Guy, Derue Genevieve, Heller Francis, Lacor Patrick, Moorkens Greta, Rutsaert Robert, Soupart Alain

2. Contexte

2.1. Législation en vigueur

2.1.1. Belgique

L'arrêté Ministériel (AM) du 9 mars 1979 fixe les critères spéciaux d'agrégation 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).

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.

Par ailleurs, la reconnaissance d'interniste est un des accès possibles à une spécialisation en soins intensifs et en médecine d'urgence.

La spécialité « médecine interne générale » n'existe pas en tant que telle. Le fait que la spécialité médecine interne est de 5 ans - alors que toutes les autres disciplines de la médecine interne nécessitent 6 ans de formation – pourrait déprécier cette spécialité chez certains candidats. Par ailleurs, la plupart de spécialistes en médecine interne optent pour l'acquisition d'une compétence particulière en endocrinologie, néphrologie, hématologie ou se redirigent vers les soins intensifs. D'autres s'orientent vers une formation non reconnue en maladies infectieuses et exercent cette spécialité en abandonnant les aspects polyvalents de la discipline.

Les internistes néphrologues et intensivistes gardent le même identifiant INAMI que les internistes sans titre niveau 3 complémentaire rendant difficile l'évaluation du nombre réel d'internistes réellement polyvalents.

Les travaux de la commission de planification ont néanmoins pu cerner le nombre d'internistes sans orientation (correspondant à un numero INAMI 580) sur base de l'analyse de l'année 2012.

Le tableau 1 reprend les médecins spécialistes en médecine interne en excluant les internistes endocrinologues, hématologues et néphrologues.

Tableau 1. Composition selon le code de la compétence INAMI et la spécialité médicale SPF du groupe d'analyse des médecins spécialistes en Médecine interne - base et compétences résiduelles, 2012

INAMI		SPF SPSCAE		
Code	Définition du code de compétence	Spécialité agréée	N	%
580	Médecin spécialiste en médecine interne	Chirurgie	1	0,08
		Radiodiagnostic	1	0,08
		Médecine interne	570	46,00
		Oncologie médicale	1	0,08
		Sans spécialité ou agrément	3	0,24
584	Médecin spécialiste en médecine interne + spécialiste pour la revalidation fonctionnelle et professionnelle des handicapés	Médecine interne	5	0,40
589	Médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence	Cardiologie	1	0,08
		Médecine interne	94	7,59
-	pas de prestations INAMI en 2012	Médecine interne	563	45,44
			1.239	100,00

Près de la moitié des internistes n'ont aucune activité dans le cadre de l'INAMI !

Les chiffres ne représentent pas strictement les internistes généraux puisque 19% des intensivistes sont des internistes « 580 » soit 151 médecins. Il s'agit donc de soustraire des 570 internistes SPF avec une activité INAMI ces 151 médecins, soit un chiffre actualisé de 419. Parmi ces internistes, certains ont une activité orientée strictement vers les maladies infectieuses. La spécialité génétique médicale n'existant pas encore en Belgique, une partie importante des généticiens sont en réalité des internistes 580. Et ce chiffre est encore une surestimation car un nombre important de « 580 » se profilent (sans avoir obtenu le titre spécifique) comme pneumologues, gastroentérologues et même cardiologues et travaillent dans un grand service de pneumologie, gastroentérologie ou cardiologie sans avoir échangé leur « 580 » pour le code INAMI de la spécialité qu'ils pratiquent en réalité.

Le tableau 2 reprend les médecins spécialistes en médecine interne avec les différentes compétences, avec une activité INAMI identifiée

INAMI		SPF SPSCAE	
Code	Définition	Nombre	%
580	Médecine interne, base	570	34
580	Médecine interne, néphrologie	276	23
580	Médecine interne, soins intensifs	151	12
598	Médecine interne, hématologie	123	10
583	Médecine interne, endocrinologie	248	20

Les internistes généraux (base) ne représentent que 1/3 des internistes.

Enfin, le chiffre de 570 ne tient pas compte de l'activité réelle en terme d'ETP.

Le cadastre reprend les ETP évalués en fonction de l'activité réelle par tranche d'âge. Il renseigne un nombre total de médecins de 672 ne correspondant pas au 570 du tableau 1 et 2. Près de 60% des internistes ont plus de 50 ans.

2.1.2. Directive européenne (annexe V 2005/36/EC)¹

Le terme « médecine interne » est celui repris dans tous les pays de l'UE à l'exception du Royaume Uni qui reprend le terme de general internal medicine

La place de la médecine interne dans l'offre de soins est très variable d'un pays à l'autre ce qui rend difficile d'unifier totalement un curriculum au niveau européen (voir infra)

2.2. La médecine interne en Europe. European board of Internal Medicine (EBIM)

2.2.1. Formation

Les modalités de formation pour la médecine interne en Europe est reprise dans le document « Training requirements for the speciality of internal medicine. European standards of postgraduate Medical specialist training » actualisé en août 2015, à l'initiative de l'UEMS (Union européenne des médecins spécialistes) et de l'EFIM (European Federation of Internal Medicine). Ces deux fédérations ont fondé l'EBIM (European Board of Internal Medicine²)

Dans le cadre de l'uniformisation des spécialités médicales dans l'UE, il est indispensable de se rapprocher le plus possible des standards européens en adaptant, le cas échéant, aux particularités du système de santé belge et en étant attentifs plus particulièrement aux pays limitrophes, la France pour le sud et la Hollande pour le nord du pays.

5

La définition de l'interniste et sa place dans le système de soin est très variable en Europe.

Pour cette raison, il est proposé de calquer le plus possible la formation sur la vision des internistes belges par rapport à la place de leur spécialité en Belgique tout en s'inspirant du contenu de la formation au niveau européen afin de permettre au mieux la mobilité dans l'Union.

2.2.2. Définition de la médecine interne en Europe

La définition suivante de la médecine interne est inspirée par le document de l'Editorial Board of Internal Medicine sous les auspices de l'Union européenne des médecins spécialistes [1]

« La médecine interne est la discipline médicale qui est responsable de la prise en charge des adultes atteints de maladies complexes, à la fois à l'hôpital et en pratique ambulatoire. Elle est centrée sur le patient s'appuie sur des preuves scientifiques et intègre des principes éthiques, scientifiques et une approche holistique du patient . La médecine interne est une discipline scientifique et clinique qui crée et promeut les connaissances médicales, des méthodes et des

¹http://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals/policy/legislation/index_en.htm

² <http://www.efim.org/working-groups/competencies-and-european-board-ebim>

capacités cliniques. Elle se situe au centre d'une collaboration intense avec d'autres disciplines médicales, en analyse les résultats et les intègre dans les stratégies de diagnostic, de traitement et de soins pour les patients individuels. Les études démographiques montrent que les pays européens devront faire face à un nombre croissant de patients souffrant de plusieurs problèmes de santé chroniques et ceci introduit un besoin d'une réponse intégrée aux soins des patients . Cette tendance nécessitera à la fois une approche holistique et une approche multidisciplinaire qui forment ensemble un élément de base de la médecine interne »

L'UEMS définit le spécialiste en médecine interne selon les axes suivants³ :

- Expert (medical expert)
- Collaborateur
- Communicateur
- Leader
- Conseiller en prévention
- Education et formation
- Professionnalisme

a. Domaine d'expertise (medical expert) et professionnalisme

Les domaines spécifiques d'expertise des internistes comprennent les patients présentant des symptômes non spécifiques ou généraux, les patients atteints de problèmes cliniques multi systémiques complexes , et les patients atteints de co morbidités et/ou polymédiqués.

Son outil principal est le raisonnement clinique.

L'interniste démontre une bonne conduite professionnelle dans sa pratique

b. Collaborateur

Dans le cadre d'une équipe de soins pluridisciplinaire, l'interniste coordonne les soins des autres spécialistes ceci pour le bénéfice du patient⁴

c. Communicateur

Il est le mieux placé pour expliquer au patient sa situation médicale et constitue une aide au patient pour que ce dernier puisse prendre les meilleures décisions par rapport à sa santé⁵

d. Leader

Dans certaines situations, rôle de manager et/ou de gestionnaire des ressources

³ plusieurs points sont également de la compétence des médecins de famille

⁴ et on pourra ajouter dans le cadre du système de soins, qu'il a un rôle de « gate keeper » évitant des examens inutiles, coûteux, ou associés à un risque non justifié. De plus, il a un rôle fondamental dans l'approche d'orientation initiale et une fonction de consultant dans les autres services en particulier chirurgicaux (voir page 6 définition de l'interniste)

⁵ cette mission est partagée avec le médecin traitant en ce qui concerne l'ambulatoire, mais est du ressort de l'interniste pour les patients hospitalisés.

e. Conseiller en prévention

Rôle dans la transmission de recommandation en prévention tant dans le système de soins qu'au niveau individuel

f. Enseignement

Place importante dans l'enseignement des bases de la médecine mais aussi dans la formation des spécialistes de toutes les branches de la médecine interne

2.2.3. Analyse du rôle de l'interniste dans les pays de l'Union Européenne.

Une enquête sur la pratique des internistes des 30 pays de l'UE a été réalisée en 2008 et 2009 et publiée en 2013[2]

Les résultats de cette étude sont difficilement interprétables compte tenu d'une hétérogénéité importante d'un pays à l'autre. En particulier la question portant sur l'activité des internistes soit en médecine interne seule soit une pratique mixte avec une sous spécialité. Dans les sous spécialités, sont considérées ce qui correspond aux compétences particulières dans le système belge (hématologie, endocrino diabétologie) mais également les maladies infectieuses, la rhumatologie, l'immunologie, etc.....Dans ce contexte, on peut comprendre qu'en Belgique seulement 10% des internistes considèrent qu'ils ne pratiquent que la médecine interne.

Il est donc plus pragmatique de réaliser un état des lieux de ce que font les internistes actuellement en considérant les maladies et non pas les spécialités, leur rôle dans l'institution et confronter cela à une vision structurée du rôle des internistes dans le cadre de notre système de soins tel qu'il évolue.

2.2.4. Organisation de la formation au niveau européen. Recommandation de l'EBIM

En accord avec la directive européenne, la durée minimale de formation d'un spécialiste en médecine interne (générale) est de 5 ans. L'EBIM propose une formation de 6 ans avec un tronc commun minimal de 2 ans.

Cette formation est donc en accord avec notre vision d'une formation de 6 ans sur un modèle 3 + 3 avec un tronc commun de 3 ans (défini dans un document spécifique au tronc commun) suivie d'une formation supérieure en médecine interne de 3 ans.

3. Vision

3.1. La médecine interne en France et en Belgique

La France comptait en 2009 de l'ordre de 2500 spécialistes en médecine interne soit environ 45 par million d'habitants. Ceci représente une part très peu importante de l'ensemble des spécialistes, de l'ordre de 2% contre 15 à 20% dans plusieurs pays de l'UE.

En Belgique, on compte 51.420 médecins mais le nombre de médecins avec une activité INAMI n'est que de 33.408 dont 13.000 médecins généralistes. Le nombre réel de spécialistes en médecine interne (sans spécifications) est de 419 ou 600 selon les sources.

Les spécialistes en médecine interne ne représentent donc que de l'ordre de 2,5% des spécialistes ce qui en fait de la Belgique un des pays où la médecine interne est la moins représentée.

Les modalités de rémunérations à l'acte, le peu de valorisation des actes intellectuels (consultation de médecine interne) expliquent en grande partie cette attraction médiocre pour la discipline,

Il est important de préciser les missions actuelles des internistes dans notre pays et l'anticipation du rôle qu'il pourrait jouer dans les 30 prochaines années dans notre système de santé (cfr avis Conseil National des établissements de soins 2012[3]).

3.2. Rôle des spécialistes en médecine interne

La définition de l'interniste en Belgique peut largement s'inspirer des vues françaises reprises sur le site de la SNFMI (Société Nationale Française de Médecine Interne), un article de H. Levesque paru en 2002 [4] ainsi que l'avis du Conseil National pour les institutions de soins[3].

3.2.1. Place de la médecine interne dans les institutions hospitalières

« Dans le contexte d'un nombre de plus en plus élevé de sous-spécialités actives dans le secteur de l'approche technique et organique des soins dans nos hôpitaux, [...] le conseil estime qu'un rôle important est dévolu à l'interniste général, et ce pour les différents services et unités d'un hôpital tels que les urgences, les soins post opératoires, les consultations, l'hospitalisation classique voire les services de gestion »[3].

Sur base d'une évaluation chiffrée à l'hôpital universitaire de la KUL, il apparaît qu'il serait préférable de faire passer environ 10% de l'activité de policlinique d'abord par l'interniste général. De même, il faudrait prévoir 1,5 interniste général pour 20 spécialistes (dépendant du tronc commun de la médecine interne) pour permettre, notamment, la réorientation des problèmes de médecine interne non résolus[3].

- rôle important de consultant dans les autres services de l'hôpital compte tenu de la polyvalence des internistes et de leur expertise dans l'analyse des problèmes complexes et de la gestion des polyopathologies, en particulier au sein des unités de soins intensifs.
- positionnement au service des urgences en complémentarité avec les médecins-urgentistes pour l'élaboration des plans diagnostiques et thérapeutiques jouant un rôle clé dans l'orientation des patients nécessitant une hospitalisation vers des unités spécialisées appropriées ou dans une unité de médecine interne
- présence dans les unités médicales spécialisées (lits D) en interaction avec les spécialistes d'organes aux fins d'optimiser la gestion des pathologies multiples.
 - rôle de consultant assurant une évaluation globale des patients hospitalisés dans des services spécialisés à orientation d'organe
 - rôle de formation dans des services de stage tant pour les étudiants du 2^e cycle que pour les candidats spécialistes en formation de base (tronc commun) qu'en formation supérieure

- établissement des plans diagnostiques et thérapeutiques chez des patients souffrant d'affections sévères et multiviscérales, qui par nécessité de soins spécifiques sont hospitalisés dans des services de spécialités d'organe.
- prise en charge diagnostique et thérapeutique des maladies systémiques, infectieuses, inflammatoires immunomédiées, et des maladies dites orphelines.
- prise en charge, à l'âge adulte, des affections, génétiques ou non, qui apparaissent chez l'enfant. En effet, les progrès de la médecine ont permis à des enfants porteurs d'affections héréditaires graves d'arriver à l'âge adulte
- identifier après 18 ans des formes moins sévères ou incomplètes de maladies génétiques. Les internistes se retrouvent très souvent en charge de ces maladies orphelines, du fait leur expression souvent multifocale, multiviscérale ou multisystémique.

3.2.2. Place de la médecine interne en pratique ambulatoire

« L'interniste général est également important pour le médecin généraliste. Le patient est souvent réorienté vers les urgences parce que le médecin généraliste ne sait pas exactement vers quelle spécialité adresser le patient. La pathologie non différenciée découverte par le médecin généraliste peut parfaitement être d'abord orientée via l'interniste général vers le(s) spécialiste(s) adéquat(s), de sorte que l'interniste général peut ensuite contribuer à garantir l'intégration dans le cadre de soins médicaux ultérieurs »[3].

- interface entre médecin généraliste référent et le service des urgences en vue d'optimiser la mise au point de patients (ayant une problématique de médecine interne) admis par les urgences. Le lien entre les services d'accueil et de traitement des urgences et les services de médecine interne est un lien naturel, qu'il s'agisse d'accueillir les patients justifiant une hospitalisation ou d'aider les médecins urgentistes à différer une admission au profit d'une hospitalisation programmée ou d'une consultation externe orientée.
- Aide à la prise en charge des patients poly pathologiques complexes en consultation
- Interaction entre interniste général et généraliste en vue de résoudre des problèmes complexes avec aide à la décision du plan diagnostic et/ou thérapeutique ultérieur et/ou orientation vers une discipline spécialisée

3.3. Domaines d'expertise des internistes généraux

- Prise en charge initiale de situations non spécifiques sans orientation d'organes (fatigue chronique, syndrome inflammatoire, fièvre prolongée, dyspnée, syndrome douloureux,...) ou de manifestations symptomatiques diverses de diagnostic organique incertain
- Prise en charge optimisée des maladies inflammatoires immunomédiée (connectivites, vasculites systémiques,...) et des maladies autoinflammatoires avec acquisition de compétences en immunologie clinique (maladies immunodéficientes primaires et acquises).
- Connaissance de haut niveau en pharmacologie clinique cf interactions et complications médicamenteuses chez les patients polyopathologiques

-
- Connaissances approfondies des maladies génétiques afin de pouvoir assurer le plan diagnostique et thérapeutique
 - Prise en charge, complémentairement au médecin généraliste, des maladies courantes à haute prévalence mais avec éléments de complexité diagnostique et/ou thérapeutique (HTA hypertension artérielle , décompensation cardiaque, diabète, hyperlipidémie, ostéoporose, pathologies pulmonaires chroniques, etc,.....)
 - Compétence particulière en maladies infectieuses, en immunoallergologie, maladies métaboliques et nutritionnelles, pharmacologie, génétique, maladies inflammatoires..

3.4. Rôles additionnels (cf définition de l'UEMS)

- Les rôles de communicateur, de leader, de conseiller en prévention et d'enseignement ont été définis au § 2.2

4. Vision globale de l'interniste dans le système de santé belge

4.1. La perspective de la révision de l'AR 78 et l'avis du Conseil national des Etablissements Hospitaliers

L'interniste général est appelé à jouer un rôle fondamental dans le système de soins tant en hospitalisation qu'en pratique ambulatoire, tel que le souligne l'avis rendu par le Conseil National des Etablissements hospitaliers en 2012 en particulier dans le contexte de la révision des critères d'agrément des médecins spécialistes[3]

Dans le cadre de la révision de l'AR 78, l'interniste devra jouer un rôle central tenant compte de la nécessaire intégration des soins lié à l'approche pluridisciplinaire et de l'interface avec le patient qui sera au centre des préoccupations. De ce point de vue, si le médecin de famille jouera un rôle fondamental en pratique ambulatoire, l'interniste général devra jouer ce rôle en cas d'hospitalisation ceci en plus de l'application de son expertise spécifique.

4.2. Conséquences de l'évolution vers une forfaitisation des soins

La changement de paradigme concernant le financement des hôpitaux avec passage progressif d'un système de remboursement des prestations à l'acte vers une forfaitisation sur base des pathologies, devra inciter les gestionnaires hospitaliers à privilégier le rôle des internistes comme acteur déterminant dans l'abord diagnostique et de prise en charge en économisant les moyens c'est à dire en évitant de demander des examens inutiles.

4.3. Sécurité des patients

La sensibilisation à la sécurité des patients doit faire jouer un rôle aux spécialistes en médecine interne dans leur rôle de consultant dans les unités de soins affectées aux autres spécialités.

4.4. Prise en charge globale et enseignement

L'importance d'une prise en charge holistique des patients conjuguée aux besoins de formation des étudiants en médecine et des candidats spécialistes engagés dans le tronc commun de médecine interne, justifierait le redéploiement d'unités d'hospitalisation de médecine interne en gardant les secteurs spécialisés dédiés aux problématiques très spécifiques d'organes, c'est à dire justifiant des approches techniques spécifiques.

4.5. Articulation entre médecins généralistes, urgentistes et hospitalisation

Une des solutions au problème d'encombrement des services d'urgence sera de donner un rôle aux spécialistes en médecine interne comme articulation entre les médecins généralistes et les unités d'hospitalisation .

4.6. Responsabilité dans les processus d'audit institutionnel et de recherche clinique

5. Revalorisation de la médecine interne

L'attractivité de cette discipline demeure chez les étudiants et les jeunes médecins engagés dans le tronc commun en médecine interne et beaucoup d'entre eux se projettent dans ce rôle .

La nécessité de revaloriser financièrement la discipline a été largement soulignée dans l'avis du Conseil National des Etablissements hospitaliers[3]

Afin de valoriser la spécialité, il y aura lieu de faire en sorte que :

- Les prestations de la spécialité de médecine interne soient valorisées à la fois en consultation et en consultation dans les autres services de l'institution
- Des normes minimales d'encadrement par des spécialistes en médecine interne des lits D et du service d'urgence soient fixées
- Que l'autorisation de prescription et la prise en charge par l'INAMI de tous les médicaments (en particulier biologiques) nécessaires à une prise en charge thérapeutique appropriée soient accessibles aux internistes à l'instar de ce qui existe dans la plupart des autres pays de l'UE et compte tenu de leur large domaine d'expertise, de leurs compétences approfondies et de leur formation exigeante.

11

6. Données démographiques. Demande/offre

L'appauvrissement en services de médecine interne et en internistes (généraux) a été discutée au point 2.1

Un calcul des besoins en internistes dépendra du choix du système de santé et de prise en charge des patients hospitalisés en fonction du point 3.4 (cfr avis Conseil National des établissements de soins 2012)

7. Définition et portée de la discipline

La discipline est décrite en détails au point 3 et l'étendue de sa portée est reprise en détails dans le document de l'UEMS[1].

Les champs spécifiques d'expertise des internistes comprennent la problématique des patients présentant des symptômes généraux et non spécifiques, des patients avec des problèmes cliniques complexes et multisystémiques, les patients avec co-morbidités et polymédication.

8. Critères de formation et agrément

8.1. Conditions d'accès

Avoir été sélectionné par une université pour une formation du tronc commun pour une des 10 disciplines dépendant du tronc commun de médecine interne.

Avoir accompli avec succès le tronc commun de Médecine interne (depuis au maximum 3 ans).

Pour les médecins titulaires d'un diplôme d'un pays de l'Espace économique Européen, et autorisés à la pratique médicale dans leur pays, pouvoir faire état d'une formation équivalente au tronc commun de médecine interne, validée par la commission de validation du tronc commun.

8.2. Domaines de compétence de l'interniste général

8.2.1. Compétences élémentaires

Compétences à acquérir Médecin spécialiste en formation médecine interne

1. Acquérir une compréhension de la pathologie générale, du diagnostic et de la thérapie de tableaux cliniques/maladies internistes spécifiques (médecin)
2. Appliquer les connaissances et méthodes scientifiques générales dans le domaine propre à la médecine interne (attitude scientifique des soins au patient) (scientifique)
3. En tant que MSF débutant, être capable de travailler sous supervision (médecin)
4. Pouvoir travailler et communiquer au sein d'une équipe multidisciplinaire (communicateur)
5. En tant que MSF débutant, être capable de communiquer efficacement avec le patient, sa famille et d'autres prestataires de soins de santé (communicateur)
6. Connaître les principes de base de la mise sur pied et de l'implémentation de la recherche scientifique (scientifique)
7. Pouvoir analyser et interpréter des données scientifiques (scientifique)
8. Pouvoir exposer un problème, récolter des données, les analyser, les interpréter et faire rapport à ce sujet (scientifique)

-
9. Comprendre dans quelle mesure ses propres prestations ont un impact sur le fonctionnement du service (manager)
 10. Aborder de manière autonome, diagnostiquer et traiter les tableaux cliniques/maladies et/ou situations cliniques les plus fréquentes en médecine interne (médecin)
 11. Être capable de fonctionner de manière autonome et indépendante au service des urgences (médecin/manager)
 12. Être capable d'évaluer correctement à quel moment une concertation avec un médecin d'une autre discipline est nécessaire (médecin/communicateur/manager)
 13. Participer de façon ciblée à des études scientifiques en tant qu'élément de la thèse de master (scientifique)
 14. Acquérir des connaissances et une compréhension de l'évaluation de ses propres performances en tant que MSF (manager)
 15. Améliorer la performance et l'efficacité de ses propres interventions (en tant que MSF) au sein du service (manager)
 16. Aborder de manière autonome, diagnostiquer et traiter les tableaux cliniques/maladies plus complexes dans le domaine de la médecine interne (médecin)
 17. Avoir accumulé en tant que MSF une expertise lui permettant de jouer le rôle d'interlocuteur adjoint pour les personnes externes (communicateur)
 18. Assurer et veiller à la continuité des soins au patient (médecin)
 19. Endosser conjointement la responsabilité finale du suivi du tableau clinique/de la maladie auprès du patient (médecin/manager)
 20. Œuvrer à l'amélioration de la qualité de la spécialité (de la filière) (scientifique)
 21. Contribuer au bon fonctionnement de l'organisation du service (manager)
 22. Contribuer à la mise sur pied, à la réalisation et à l'implémentation de la recherche scientifique (scientifique)
 23. Apporter son soutien au développement d'une vision et au déploiement de mesures stratégiques en vue de l'amélioration de la performance et de l'efficacité d'un service (manager)

24. Être capable de participer à la/aux commission(s) hospitalière(s) où le MSF présente et défend son propre point de vue (manager)

25. Être capable de fonctionner au niveau administratif (manager)

8.2.2. Compétences cliniques spécifiques

a. Evaluation diagnostique et traitement de présentations cliniques courantes

L'interniste général a les compétences pour la prise en charge initiale comprenant l'algorithme diagnostic et thérapeutique de problématiques médicales dans son champ d'expertise comme défini plus haut .

b. Prise en charge de pathologies multiorganiques avec co-morbidité et polymédication

c. Maladies inflammatoires systémiques

d. Transition à l'âge adulte des maladies héréditaires de l'enfant

e. Maladies infiltratives

f. Maladies à l'interface avec des spécialités d'organes

14

Ainsi que les domaines d'expertise des internistes généraux (3.3) :

- Prise en charge initiale de situations non spécifiques sans orientation d'organes (fatigue chronique, syndrome inflammatoire, fièvre prolongée, dyspnée, syndrome douloureux,...) ou de manifestations symptomatiques diverses de diagnostic organique incertain
- Prise en charge optimisée des maladies inflammatoires immunomédiées (connectivites, vasculites systémiques,...) et des maladies autoinflammatoires avec acquisition de compétences en immunologie clinique (maladies immunodéficientes primaires et acquises).
- Connaissance de haut niveau en pharmacologie clinique cf interactions et complications médicamenteuses chez les patients polyopathologiques
- Connaissances approfondies des maladies génétiques afin de pouvoir assurer le plan diagnostique et thérapeutique
- Prise en charge, complémentaire au médecin généraliste, des maladies courantes à haute prévalence mais avec éléments de complexité diagnostique et/ou thérapeutique (HTA hypertension artérielle , décompensation cardiaque, diabète, hyperlipidémie, ostéoporose, pathologies pulmonaires chroniques, etc,.....)
- Compétence particulière en maladies infectieuses, en immunoallergologie, maladies métaboliques et nutritionnelles, pharmacologie, génétique, maladies inflammatoires..

8.2.3. Compétences pédagogiques

- a. Rôle dans la formation des étudiants en médecine et dans l'encadrement des candidats spécialistes du tronc commun des disciplines de médecine interne.
- b. Compréhension et transmission des aspects théoriques de l'évaluation diagnostique (approche Bayésienne, médecine basée sur les preuves,....)

8.2.4. Compétence de santé publique

- Conseils de prévention primaire et secondaire des maladies à haute prévalence (HTA hypertension artérielle, cardiovasculaire, cancers,....)

8.3. Acquisition des compétences

8.3.1. Stages

La formation supérieure en médecine interne est de 3 ans après 3 ans de formation de base réalisée sous le couvert du tronc commun de médecine interne en Belgique ou d'une formation jugée équivalente dans les pays de l'union européenne.

Complémentairement aux stages réalisés dans les spécialités obligatoires du tronc commun (cardiologie, pneumologie, gastroentérologie, gériatrie, médecine interne, urgences/ soins intensifs), des stages devront obligatoirement avoir été réalisés dans les unités de spécialisation suivantes (éventuellement validables au cours du tronc commun puisque 4-5 tournantes libres de minimum 3 mois complètent la formation pratique du tronc commun)

- Néphrologie
- Endocrino-diabétologie
- Hématologie
- Oncologie médicale
- Rhumatologie

Ces stages seront réalisés dans les unités spécialisées non réalisées au cours du tronc commun, sous la responsabilité du maître de stage coordinateur de la formation supérieure en médecine interne

Au moins 3 mois de stage seront réalisés dans un service de stage agréé pour la formation supérieure en médecine interne

- Au minimum la moitié de la formation supérieure (18 mois) devra être réalisée dans un service de médecine interne générale agréé pour la formation supérieure en médecine interne
- Pour un maximum de 12 mois dans des unités de maladies infectieuses, immunoallergologie, toxico-pharmacologie, soins intensifs pour les candidats souhaitant une expertise dans un domaine particulier de la médecine interne

-
- Obligation de garder une activité de médecine interne générale durant cette période (consultations générales, gardes, avis de salle de médecine interne,...)

Le maître de stage coordinateur de la formation supérieure en médecine interne en concertation avec les maîtres de stage impliqués dans la formation supérieure des candidats veillera à ce que la formation pratique soit adaptée aux aspirations des candidats et aux exigences des domaines d'expertise plus spécifiques.

Les candidats devront assurer une à deux demi-journées de consultation de médecine interne par semaine avec une supervision par un spécialiste en médecine interne.

8.3.2. Compétences théoriques

Les compétences théoriques seront acquises par différents moyens :

- Cours interuniversitaires portant sur les connaissances approfondies dans les 10 domaines de la médecine interne dans ces aspects diagnostiques et thérapeutiques
- Séminaires organisés sur les lieux de stage
- Participation active à des colloques nationaux (société belge de médecine interne) et internationaux (Société française de médecine interne, société européenne de médecine interne, EFIM.....)
- Acquisition de compétences théoriques en maladies infectieuses, génétique médicale, pharmacologie clinique, statistique médicale, immunologie clinique, désordres hydro électrolytiques,.

8.4. Durée et étapes de la formation

La formation est de 3 ans réalisés dans des services de médecine interne générale reconnu pour la formation supérieure en médecine interne.

8.5. Stages

Des stages dans des unités spécialisées pour des durées n'excédant pas 4 mois sont possibles dans les services suivants :

- Neurologie (stage de rotation) : à recommander
- Médecine générale : à recommander
- Néphrologie
- Hématologie
- Oncologie médicale
- Endocrino diabétologie
- Rhumatologie
- Génétique médicale
- Pharmacologie clinique
- Hygiène hospitalière
- Gestion hospitalières

8.6. Stages de recherche

En accord avec l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux de formation, la possibilité de réaliser 2 années de recherche durant la formation supérieure sera prise en Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des généralistes

compte pour une année de formation pour autant que les objectifs d'apprentissage clinique (compétences finales) soient atteints et que le candidat ait poursuivi une activité clinique minimale durant les années de recherche (consultation, rôle de garde)

8.7. Stages à l'étranger

L'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux de formation prévoit la possibilité de réaliser un tiers au maximum de la formation à l'étranger. L'adaptation de ce règlement à la formation supérieure en médecine interne serait de considérer les services de stage à l'étranger reconnus pour une formation supérieure en médecine interne générale et/ou dans un des domaines spécifiques de la médecine interne (maladies infectieuses, immunologie clinique,.....)

8.8. Critères de maintien de l'autorisation de pratiquer

Le maintien de l'autorisation de la pratique devra rester en accord avec les textes généraux concernant toutes les spécialités. L'essence même du spécialiste en médecine interne est la diversité de son approche. Il sera essentiel que le maintien de l'agrément soit conditionné par le maintien d'une pratique « générale » indépendamment des compétences particulières et de l'expertise plus spécifique du candidat.

9. Maîtres de stage

Le maître de stage doit être nécessairement un spécialiste en médecine interne identifié spécifiquement comme tel au niveau de l'INAMI .

Il est indispensable qu'un numero INAMI spécifique soit attribué aux spécialistes en médecine interne tel que défini dans ce document, par exemple 680 au lieu de 580.

17

Il devra être engagé à temps plein dans l'institution ($\geq 8/10^e$) et avoir été reconnu depuis au moins 5 ans en tant qu'interniste et être assisté par au moins 1 collaborateur ayant 3 ans d'ancienneté.

Il pourra, le cas échéant, cumuler les fonctions de maître de stage du tronc commun et celle de maître de stage de la formation supérieure en médecine interne.

10. Maitre de Stage coordinateur

Le maître de stage coordinateur de la formation supérieure en médecine interne devra être un des maîtres de stage des services repris dans le plan de stage du candidat spécialiste et répondre aux conditions de l'AM du 23 avril 2014 concernant les droits, devoirs et missions du maître de stage coordinateur.

11. Service de stage

Le service de stage doit disposer d'une unité d'hospitalisation spécifique d'au moins 25 lits, de faire état de >1000 admissions annuelles, avoir accès à un hôpital de jour et réaliser au minimum 3000 consultations par an.

Le service de stage doit avoir accès au service des urgences et aux soins intensifs.

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

1 candidat spécialiste par 500 admissions dans l'unité de médecine interne générale. Possibilité de majorer ce quota de 1 candidat spécialiste par 1000 admissions de médecine interne générale dans l'hôpital de jour et de 1 candidat spécialiste par 5000 consultations de médecine interne « générale », le candidat spécialiste en formation supérieure en médecine interne devant participer à l'activité de consultation pour au moins 2 demi-journées par semaine.

Le nombre de candidats ne pourra être supérieur au nombre de spécialistes reconnus en médecine interne « générale » (680) travaillant plein temps ($\geq 8/10^e$) dans le service.

critères	Nombre de candidats
500 admissions unité médecine interne générale 1 maître de stage 1 collaborateur	1
+ 1000 admissions hôpital de jour Ou + 5000 consultations	2
+ 1000 admissions hôpital de jour ou + 5000 consultations Si au moins 3 spécialistes médecine interne générale (y inclus maître de stage)	3
...	...

-
1. EBIM, *Training requirements for the speciality of internal medicine. European standard of postgraduate Medical Specialist training*. 2015, UEMS, Union Européenne des Médecins Spécialistes: Brussels. p. 1-61.
 2. Cranston, M., et al., *The practice of internal medicine in Europe: organisation, clinical conditions and procedures*. Eur J Intern Med, 2013. **24**(7): p. 627-32.
 3. Decoster, C., *Avis concernant la position de l'interniste général (IG) dans les hôpitaux suite à la révision des critères d'agrément des médecins spécialistes*. 2012, Conseil National des Etablissements Hospitaliers; SPF Santé publique, sécurité de la Chaine alimentaire et de l'environnement.
 4. Levesque, H., *[Profession: internist...]*. Rev Med Interne, 2002. **23**(5): p. 411-4.
 5. Hauer, K.E., et al., *Identifying entrustable professional activities in internal medicine training*. J Grad Med Educ, 2013. **5**(1): p. 54-9.