

Groupe de travail mixte MEDECINE INTERNE
Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

Critères d'agrément spécifiques des médecins spécialistes, des maîtres et services
de stage pour la discipline **RHUMATOLOGIE**

juin 2016

**avis final positif du 23 juni 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.**

Composition du groupe de travail :

- Président : FP Luyten
- Membres : A. Peretz, L. Gyselbrecht, M. Malaise, F Houssiau, F. Van Den Bosch

I. CONTEXTE

Législation existante

- Belgique
- Directive européenne 2005/36/CE ¹ (annexe V) avec durée minimum de la formation de 4 ans dans les États membres
- Procédure de révision Conseil supérieur

Exemples étrangers de critères d'agrément pour la discipline :

Recommandations **E.U.M.S.** 2014 (European Union of Medical Specialists, Section Rheumatology, European Board of Rheumatology), le groupe de travail de l'UE avec notamment le Pr Luyten travaille sur une harmonisation pour toute l'Europe, en concertation également avec la European League Against Rheumatism (EULAR)

¹ DIRECTIVE 2005/36/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, *J.O. L. 255*, 30 septembre 2005, err., *J.O. L. 271*, 16 octobre 2007, err. *J.O. L 93*, 4 avril 2008.

II. TEXTE DE VISION

II.1. Facteurs environnementaux

La rhumatologie est une **profession en danger** en Belgique. En effet, on constate de facto une pénurie de rhumatologues, qui résulte en partie du remplacement progressif de la première génération de rhumatologues, qui en général étaient actifs à temps plein, par un nouveau contingent de collègues plutôt féminins (voir ci-dessous) qui ont fait le choix délibéré d'exercer une activité à temps partiel (habituellement de 6/10 à 8/10). En combinaison avec un ensemble de tâches qui a clairement augmenté, cela entraîne une augmentation de la pression dans la plupart des cabinets de rhumatologie, avec un risque de longs temps d'attente. Les listes d'attente pour les patients sont de 2 à 3 mois, bien que ces délais soient clairement inférieurs dans les environnements non universitaires². Ceci est difficilement acceptable, étant donné que certaines pathologies rhumatologiques peuvent entraîner des préjudices structurels irrémédiables lorsque le diagnostic et les soins adéquats ont lieu (trop) tardivement. Une pénurie de rhumatologues pourrait donc indirectement donner lieu à un traitement moins correct de ces patients malades chroniques, avec d'importantes conséquences socio-économiques.

La plupart des patients (80 %) sont orientés vers le médecin généraliste ou vers un collègue spécialiste. Mais ces renvois ont encore trop souvent lieu tardivement, étant donné la perception général qu'il faut apprendre à vivre avec le rhumatisme, si bien que le patient reste ainsi encore trop souvent en première ligne.

² Arthritis in de Huisartspraktijk: analyse van verwijspatronen en praktische leidraad voor de huisarts: Van Asch Kristin, Stefanie Heremans, Els Mahieu & Jolien Nelissen. Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013-2015 KU Leuven, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde

II.2. Approche

Sur la base de ces éléments, on peut prévoir que le **besoin en rhumatologues** (exprimé en ETP) ne va certainement pas diminuer au cours de la prochaine décennie, mais plutôt **augmenter**. En ce sens, il convient de travailler sur l'amélioration de la perception des rhumatologues vis-à-vis de l'extérieur de diverses manières, y compris en soulignant l'évolution d'une spécialité diagnostique vers une spécialité également thérapeutique.

Par ailleurs, on prévoit une évolution importante avec la **réforme prévue des soins de santé**. Le rhumatologie est par excellence une spécialisation qui peut être mise en avant dans de nombreux aspects des "nouveaux soins", en ce compris, pour ne citer que quelques points, une attention accrue portée aux trajets de soins, la priorité donnée à la prévention, la détection précoce, les traitements efficaces en termes de coûts, l'amélioration de la qualité des soins avec davantage

d'attention aux "patient reported outcomes" ainsi qu'une médecine de précision. Tout cela peut contribuer à améliorer les soins de santé mais demandera un plus grand engagement des prestataires de soins, y compris du rhumatologue. Cela exigera un changement dans l'organisation des prestataires de soins, avec intervention des partenaires médicaux et non médicaux spécialisés au sein d'une équipe disciplinaire.

III. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES – demande et offre

Il est clair que l'**offre de soins** (le nombre de rhumatologues qu'il convient de former à l'avenir) doit coïncider avec la **demande**. La réponse à cette question est complexe et va bien plus loin que la simple étude du nombre de rhumatologues qui entrent dans la profession et qui la quittent. En effet, avec le temps, la demande comme l'offre de soins changent constamment.

En 2009-2011 déjà, la commission de planification avait indiqué que l'**offre de soins** était notamment influencée par les facteurs suivants : diminution sociologique du temps de travail et féminisation de la profession, émigration/immigration. Les facteurs influençant la **demande de soins** sont les modifications :

- du comportement des patients par rapport au système de santé (appel accru à des soins spécialisés ou aux unités d'urgence) ;
- dans les profils pathologiques des patients (vieillesse de la population) ;
- des recommandations diagnostiques et thérapeutiques ("evidence-based") pour les pathologies existantes ou non reconnues précédemment.

3

D'autres éléments doivent être pris en considération, comme une efficacité accrue (p.ex. contacts patients plus courts, limitation/fin d'activités chronophages et notamment du point de vue administratif), délégation de tâches à des assistants et à des paramédicaux, renvoi de patients vers d'autres spécialistes (p.ex. faire gérer la globalité des soins pour les patients âgés avec comorbidités multiples par un gériatre).

Offre en soins rhumatologiques au 31 décembre 2012 (document Commission du plan mai 2015).

Sur la base des données de 2012, le nombre de rhumatologues actifs en Belgique habilités à prester par l'INAMI était de 222, dont 177 (63 %) sous le code 790 et 36 (13 %) sous le code 794 (avec agrément pour la réadaptation). Quelques rhumatologues travaillent avec les codes 593 (1), 795 (4) et 796 (4). D'après l'INAMI, 106 d'entre eux sont domiciliés en Région flamande, 83 en Région wallonne et 33 en Région de Bruxelles-Capitale. La plus grande majorité (96 %) sont de nationalité belge, 3,4 % sont originaires de l'Union européenne (France, Pays-Bas, Allemagne, Europe de l'Est), 1 est Africain, et 98 % d'entre eux se sont spécialisés en Belgique.

Parmi les actifs dans le cadre de l'INAMI, 70 % sont conventionnés et 80 % accrédités. En Flandre et à Bruxelles, le nombre de conventionnés est inférieur (64%) à celui de la Wallonie, tandis que le nombre d'accrédités est le plus élevé en Flandre (86 %).

La répartition d'âge des actifs fait apparaître que près de 17 % de ces actifs ont plus de 65 ans, que 55 % se situent de la catégorie entre 45 et 65 ans, tandis que 28 % des actifs ont moins de 45 ans. Le pourcentage de rhumatologues féminins est de 42 % environ, avec une féminisation manifeste de la profession, en ce sens que, dans le groupe sous la barre des 50 ans, la proportion est de 2 femmes pour 1 homme. Cette tendance vaut pour toutes les régions. C'est encore plus remarquable lorsque l'on étudie les données récentes des rhumatologues en formation : sur la période 2005-2011, de 2 à 4 rhumatologues étaient en formation chaque année en Belgique, la plupart en Région flamande. La féminisation de la profession est évidente, 12 rhumatologues sur les 16 en formation au cours de cette période sont des collègues féminins. Remarquons le nombre limité de collègues en formation chez les francophones, où il n'y a eu aucun candidat en formation en 2005, 2008 et 2009, avec heureusement un renversement de cette tendance plus récemment.

L'ETP moyen presté dans le cadre de l'INAMI est de 0,89. Ce chiffre varie dans les différentes régions de Belgique. En Région flamande, ce chiffre est de 0,90, en Région wallonne il est de 1,02 et en Région de Bruxelles-Capitale, il est de 0,85. Les ETP globaux prestés dans le cadre de l'INAMI représentent 248 unités, le plus grand groupe dans la catégorie d'âge 45-65 ans (127 ETP). Le nombre de rhumatologues actifs au cours de la période 2004-2012 reste inchangé, le nombre d'ETP ayant pourtant baissé de 9,2 %.

Par ailleurs, 90 % des soins/des prestations rhumatologiques dans le secteur ambulatoire sont dispensés par des collègues masculins.

Le distribution géographique des rhumatologues actifs varie fortement en Belgique et peut être retrouvée dans le document de la Commission de planification.

Le document de la Commission de planification ne décrit que la situation en 2012. Il ne se prononce pas sur les nouveaux développements concernant les nouvelles possibilités de traitement technologiques (qui sont aussi souvent plus onéreuses), la préoccupation sociale croissante afin que l'on porte une attention accrue à la qualité des soins et à la sécurité du patient et qui, c'est une quasi-certitude, nécessiteront des effectifs accrus, ainsi que de possibles mouvements migratoires, qui seront plus fréquents à l'avenir.

L'évolution à attendre dans l'offre de soins

Il est difficile d'estimer la manière dont le besoin absolu en soins évoluera au cours des deux prochaines décennies. Différents aspects sont brièvement discutés ci-après.

L'émigration augmentera vraisemblablement, vu également la demande croissante en rhumatologues émanant de pays limitrophes tels que les Pays-Bas et la France.

Une immigration en provenance de pays européens ou non européens est attendue, et a en effet aussi été observée en rhumatologie. En ce qui concerne les États membres de l'UE (EU EEE), la qualification professionnelle en rhumatologie relève du régime de l'agrément automatique entre les États membres (presque tous) qui ont notifié le titre, étant donné que le titre est repris à l'annexe V de la Directive. On ne peut dès lors plus discuter d'agréer la qualification ou non : l'agrément est automatique.

Le fait que seule une durée minimale de la formation professionnelle soit imposée dans la Directive, sans davantage de précision quant au contenu et à la qualité de la formation (Titre III, Ch. III de la Directive) est insuffisant. Une mission importante consiste donc à œuvrer vers une harmonisation du contenu et de la qualité de la formation. Comme indiqué ci-dessus, l'E.U.M.S. (European Union of Medical Specialists) représente une plateforme appropriée à cet effet. Les recommandations de l'**E.U.M.S.** 2014 (Section Rheumatology, European Board of Rheumatology) Un groupe de travail de l'UE existant, qui comporte une représentation belge, œuvre activement à une harmonisation pour l'ensemble de l'Europe, en concertation également avec la European League Against Rheumatism (EULAR). Les critères belges sont donc examinés au niveau de leur cohérence par rapport aux recommandations européennes.

Une question supplémentaire dans le cadre de l'immigration est l'étape vers la "licence to practice", ou "autorisation d'exercer la profession", là où un État membre (p.ex. la Belgique) peut procéder à un contrôle limité, mais pas davantage. Cela doit être davantage développé/rendu transparent dans le contexte belge et il convient d'y associer les commissions d'agrément. Par ailleurs, une attention accrue doit être portée aux « common training programs ». On y travaille également au sein de l'E.U.M.S. . Des programmes d'échange entre les centres de formation européens sont encouragés au sein de la Communauté européenne, à l'instar des programmes Erasmus pour les universités. Ceux-ci devraient être facilités au maximum.

D'éventuels problèmes de qualité dans l'exercice de la profession peuvent ensuite être détectés étant donné qu'aucune discrimination n'existe vis-à-vis des ressortissants nationaux (p.ex. les Belges), mais cela relève alors de la problématique de la "maintenance of licence" et ne constitue naturellement pas un problème exclusivement lié à l'immigration.

Pour l'immigration en dehors de l'UE EEE, des possibilités suffisantes existent pour évaluer la formation. Dans la pratique, il convient néanmoins de les développer, surtout pour ce qui est de l'immigration depuis les USA et de l'émigration vers les USA.

Plus difficile encore est l'estimation de l'impact du **travail à temps partiel**. Étant donné la féminisation de la rhumatologie, il augmentera très vraisemblablement et on s'attend à ce que cet impact gagne en importance.

Enfin, la **réforme prévue des soins de santé** pourrait également impacter l'offre en soins.

Demande de soins

La rhumatologie est une spécialité médicale en pleine évolution. Par l'élargissement continu et l'innovation de l'arsenal thérapeutique des pathologies inflammatoires et mécaniques des

articulations et des os, mais également suite à la forte augmentation des techniques diagnostiques (échographie, arthroscopie par aiguille avec biopsie synoviale, densitométrie osseuse avec morphométrie vertébrale, capillaroscopie...), les tâches incombant au spécialiste en rhumatologie ont augmenté dans une large mesure. Il se fait ainsi que les prescriptions et le monitoring des différents traitements "biologiques" de base, qui sont onéreux (thérapies ciblées - anti-cytokine), sont de la responsabilité du rhumatologue (en ce inclus l'enregistrement des données du patient dans la base de données e-Health "TARDIS"). Enfin, au cours de la décennie écoulée, un glissement clair est intervenu, où tant la mise au point diagnostique que l'approche thérapeutique ont occupé une place de moins en moins grande dans les unités d'hospitalisation et se déroulent de plus en plus dans un environnement ambulatoire, avec une clinique de jour à forte intensité de main-d'oeuvre. En effet, comme le montrent les chiffres, 90 % des soins en rhumatologie dispensés en 2012 étaient déjà ambulatoires, et on s'attend à voir cette proportion augmenter. Enfin, la plupart des pathologies rhumatologiques chroniques exigent une approche multidisciplinaire, ainsi qu'une collaboration étroite avec les partenaires non médicaux et les autres spécialités médicales.

Le problème des patients atteints de pathologies musculo-squelettiques non- inflammatoires ira croissant en raison du vieillissement de la population. En effet, les affections telles que l'ostéoporose et l'ostéoarthrose, qui sont souvent diagnostiquées et traitées par le rhumatologue, entraîneront une demande de soins accrue. Pour ces pathologies également, des traitements biologiques nouveaux mais onéreux sont sur le marché ou en voie de l'être, ce qui aura un impact important sur le besoin croissant en expertise, et donc entraînera une demande en rhumatologues.

Par ailleurs, il faut également s'attendre, au cours des prochaines années, à des modifications dans le comportement de patients qui s'affirmeront de plus en plus par rapport au système de santé. Celles-ci se traduiront par un besoin supplémentaire en soins spécialisés, et en un nombre croissant de "second opinions". Nous observons également un nombre croissant de patients originaires des pays limitrophes venant se faire traiter en Belgique.

IV. DÉFINITION(S) et CHAMP D'ACTION de la discipline :

Le rhumatologue est un interniste possédant une expertise en pathologies musculo-squelettiques ; il oriente son travail sur la prévention, le diagnostic et le traitement des pathologies musculo-squelettiques aiguës et chroniques, inflammatoires et non inflammatoires, en ce compris :

- l'arthrite infectieuse
- l'arthrite rhumatoïde
- la spondylarthrite et l'arthrite psoriasique
- les maladies systémiques telles que le lupus systémique et la polymyalgie rhumatismale
- les vascularites
- les arthropathies cristallines telles que la goutte
- les pathologies osseuses métaboliques telles que l'ostéoporose et l'ostéomalacie
- l'ostéoarthrose
- Les arthrites inflammatoires chez l'enfant

Par ailleurs, le rhumatologue possède un savoir-faire particulier et une qualification dans l'utilisation appropriée et les effets secondaires des traitements dits biologiques pour les pathologies squelettiques inflammatoires et non inflammatoires telles que l'arthrite rhumatoïde, les spondylarthropathie et les maladies systémiques, ainsi que pour l'ostéoporose.

Pour exercer sa fonction, le rhumatologue se basera sur des connaissances acquises par la recherche scientifique (en lisant la littérature spécialisée, en assistant régulièrement à des présentations, à des congrès scientifiques et à des réunions de consensus).

Le rhumatologue possède également de bonnes aptitudes au contact et est attentif aux valeurs humaines et éthiques telles que celles qui sont en vigueur dans la société et il veillera à un usage efficace des moyens, en évitant la sous-utilisation et la sur-utilisation du diagnostic et du traitement.

V. CRITÈRES DE FORMATION et d'AGRÉMENT

La formation en rhumatologie comprend une formation à temps plein d'une période de six ans, dont 3 années de tronc commun avec la médecine interne et trois années dans la sous-discipline rhumatologie.

Etant donné le nombre limité de services de stage en rhumatologie et le constat que beaucoup de rhumatologues non-universitaires se concentrent sur les soins ambulatoires (sans hospitalisations), il est préférable de prévoir les stages des deux premières années du tronc commun (de trois années) dans un hôpital non-universitaire.

Pourtant, une année de formation non-universitaire peut s'avérer intéressant surtout si le nombre de candidats pour la rhumatologie augmenterait.

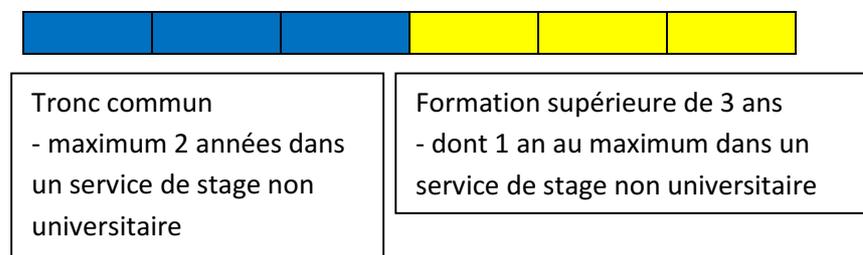


Fig. 1 : représentation schématique du trajet de formation en rhumatologie ;

La formation supérieure en rhumatologie : étant donné le caractère spécifique de la rhumatologie, avec un besoin de concentration /de masse critique suffisante aux diverses pathologies rhumatologiques et l'importance de l'hospitalisation comme plate-forme de formation, la formation supérieure (les 3 dernières années de la formation) auront en principe lieu dans un hôpital

universitaire, avec possibilité d'effectuer une partie du stage (jusqu'à 12 mois max.) dans un service de stage reconnu mais non universitaire (Fig. 1).

La coordination de la formation supérieure en rhumatologie est placée sous la responsabilité d'un maître de stage lié à un service de stage pouvant intervenir pour la totalité de la formation supérieure.

Au cours de la formation supérieure en rhumatologie, des stages successifs seront prévus afin que le candidat spécialiste puisse acquérir une expérience pertinente dans les syndromes/concepts (voir ci-dessous la liste des objectifs finaux, conformément aux recommandations de l'UEMS), en ce compris les pathologies articulaires inflammatoires telles que l'arthrite rhumatoïde et la spondyloarthrite, les maladies systémiques telles que le lupus systémique, la sclérose systémique, les myosites et les vascularites, les arthrites inflammatoires chez l'enfant, les affections osseuses métaboliques et l'arthrose. Le candidat spécialiste effectuera son stage tant dans une unité d'hospitalisation qu'en clinique ambulatoire de rhumatologie mais, conformément à la réalité clinique actuelle, une attention accrue sera progressivement portée aux soins ambulatoires et à l'hospitalisation de jour (tableau 1). Par ailleurs, les prestations techniques nécessaires, dont les infiltrations péri-articulaires et intra-articulaires, ainsi que les ponctions articulaires diagnostiques et d'évacuation, seront obligatoirement apprises sous supervision. Sont recommandées mais optionnelles les prestations techniques suivantes : prélèvement de biopsies tissulaires synoviales (par arthroscopie avec aiguille) ou autre (glande salivaire, muscle, peau...), échographie musculo-squelettique avec évaluation par power-doppler, vidéocapillaroscopie, densitométrie osseuse/DXA avec "vertebral fracture assessment" (VFA), électromyographie.

La formation constitue un ensemble cohérent d'activités cliniques, d'enseignement d'aptitudes techniques sous accompagnement, ainsi qu'une formation scientifique et professionnelle, qui concrétiseront les connaissances, la compréhension, les qualifications et les attitudes nécessaires pour exercer la rhumatologie de manière autonome et adéquate. Ces différents aspects de la formation sont structurés et leur qualité contrôlée via le Master complémentaire dont les objectifs pédagogiques et la structure sont expliqués en annexe. Enfin, la recherche est également encouragée en cours de formation : la recherche fondamentale, mais aussi la recherche translationnelle et clinique. Celle-ci peut avoir lieu dans le cadre de la sous-spécialisation, ou la précéder. Le temps maximal consacré à la recherche pendant la formation peut compter pour la moitié de la formation en rhumatologie, et ce pour maximum une année de la formation, ce qui équivaut donc à deux années de recherche. Le sujet de la recherche doit être pertinent dans le cadre de la spécialisation en rhumatologie.

Tableau 1 : Schéma général de la formation clinique

Mois 1 à 36 inclus	Formation de base en médecine interne (en ce compris stage d'initiation à la rhumatologie)
Min. 36 mois*	Rhumatologie ambulatoire, dont : <ul style="list-style-type: none"> - Rhumatologie générale - Pathologies inflammatoires des articulations telles que RA, SpA - Maladies systémiques telles que SLE, SSC, Sjögren, PM/DM, vasculites - Maladies osseuses métaboliques - Ostéoarthrose/pathologies dégénératives - Pathologie des tissus mous - Clinique de jour-IV traitements dont "Biologicals" Hospitalisation pour : <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic - Pathologie systémique complexe - Infections - Soins de plaies - Principes de réadaptation
Formation théorique complémentaire	EULAR online course of Rheumatology
*à l'exception de la recherche comptant pour max. 12	

V.1. Conditions d'accès

- Conditions d'accès à prévoir pour la formation de base (tronc commun) : le diplôme en médecine et une attestation universitaire telle que visée à l'AR 1983⁴
- Condition d'accès pour la formation supérieure en rhumatologie : doit avoir réussi avec fruit une formation en médecine interne (tronc commun) de 3 ans.

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

V.2. Compétences finales

Le rhumatologue acquiert des compétences avancées qui lui permettent de raisonner de manière scientifique et d'agir en conséquence dans les activités cliniques qu'il déploie.

- Le **médecin** pense et agit de manière scientifiquement fondée et doit traduire les connaissances scientifiques pour le patient, dans un cadre éthiquement responsable.

- Le **manager** a une responsabilité dans la gestion des données cliniques et se positionne dans le contexte général des soins de santé (allant du micro au macro).

- Le **communicateur** communique les informations cliniques au patient et/ou à sa famille (oralement/par écrit). Il se concerta avec le milieu des soins de santé. Ces compétences sont respectées à un niveau avancé, conformément à la place qu'il occupe dans la structure des soins de santé

- Le rhumatologue est en mesure de communiquer ses résultats et ses solutions aux problèmes, et de communiquer son propre examen clinique scientifique dans un environnement **multidisciplinaire**.

Objectifs finaux spécifiques :

Le rhumatologue possède des connaissances approfondies en matière de diagnostic, de traitement et de gestion des pathologies articulaires inflammatoires et non inflammatoires, en ce compris :

- Arthrite rhumatoïde, spondyloarthrites telle que spondylarthrite ankylosante, les arthrites réactives, le rhumatisme psoriasique, les arthrites associées aux affections intestinales inflammatoires ;
- Maladies systémiques telles que le lupus systémique/SLE, la sclérodermie/sclérose systémique, la polymyosite et dermatomyosite, le syndrome de Sjögren, la sarcoïdose, les pathologies auto-inflammatoires ;
- Vasculites telles que le giant cell arteritis, la pseudo-polyarthrite rhizomélique, la polyartérite noueuse, la polyangéite avec granulomatose ;
- Atrophia cristallines telles que la goutte et la pseudogoutte (maladie de pyrophosphate de calcium/chondrocalcinose) ;
- Pathologies dégénératives telles que l'ostéarthrose et les tendinites des tissus mous ;
- Pathologies osseuses métaboliques telles que l'ostéoporose, l'ostéomalacie, la maladie de Paget ;
- Affections osseuses et articulaires infectieuses ;
- Les arthrites inflammatoires chez l'enfant et l'adolescent ;
- Par ailleurs, les manifestations musculo-squelettiques de maladies qui relèvent d'autres spécialités médicales telles que le diabète, le cancer, les infections virales, à l'inclusion du SIDA.

Le candidat possède une connaissance et un savoir-faire approfondis concernant une politique globale de qualité et de sécurité :

- approche globale des processus de soins
- collaboration multi- et interdisciplinaire
- culture de la sécurité du patient
- suivi et surveillance des processus de soins (critiques)

- 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 en ce qui concerne les transitions dans le trajet de soins des patients au sein et en dehors de l'hôpital
- communication et analyse de (quasi-) incidents
- 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

V.3. Évaluation finale :

L'évaluation finale du candidat rhumatologue pour l'obtention d'un agrément est basé sur les piliers suivants:

1. Un portfolio (de préférence électronique, tel que Medbook) faisant apparaître que tous les aspects de la formation tels que formulés ci-dessus ont été acquis.
2. Une formation théorique de préférence via un cours en ligne (tel que le cours EULAR), avec obligation de suivre tous les modules.
3. Une publication en tant que premier ou deuxième auteur (ou démontrant une contribution significative du candidat comme co-auteur) dans une revue "peer-reviewed".

11

Le candidat sera invité à participer à une évaluation orale près d'une commission d'examen paritaire selon les modalités de l'article 20 de l' A.M. 23.04.2014.¹

Cet interview abordera tous les aspects de la formation du candidat. La commission confirmera si le candidat a bien rempli ses obligations administratives et satisfait toutes les conditions.

L'évaluation sera un « pass /fail » (réussite/échec).

Après concertation, le résultat informera aussi vite que possible le candidat du résultat. En cas d'échec, un trajet de remédiation (mesures correctives) sera proposé.

V.4. (Maintenance de l'agrément et re-entry) Critères pour l'autorisation de l'exercice de la profession - "autorisation à pratiquer" – "licence to practice" (poursuite de l'exercice)

Le groupe de travail demande que ces aspects soient examinés par le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes dans le cadre d'une approche globale (pour toutes les disciplines).

Critères pour (le maintien de) l'autorisation d'exercer la profession "autorisation à pratiquer" – "licence to practice"

¹ 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.

Voir ci-dessus la discussion concernant la "maintenance of licence to practice".

Un travail législatif préalable est encore nécessaire avant qu'un tel système puisse être davantage élaboré. La législation belge actuelle traite encore du "retrait des agréments/des qualifications professionnelles", ce qui constitue une mesure de type "tout ou rien" et pose par ailleurs des problèmes juridiques et pratiques.

En 2015, le ministre avait adressé une demande d'avis à ce propos et le Conseil supérieur avait rendu un avis.

Réfléchir à certains critères minimaux auxquels devrait dorénavant satisfaire un rhumatologue agréé.

Ces critères ne peuvent constituer un frein artificiel à l'exercice de la profession. Ces critères doivent être établis dans l'intérêt général (santé publique, qualité, sécurité), être pertinents et proportionnels.

Une motivation convenable constitue donc une exigence.

CPD continuous professional development (formation professionnelle continue)

Activités minimales dans certains aspects de l'exercice de la profession

Possibilités de cumul ou incompatibilités

...

Mécanismes de "re-entry" :

Motivation + description du mécanisme (la remédiation)

Section 3. Maintien de l'agrément

"Art. 22

Le médecin spécialiste agréé est tenu de maintenir et de développer ses compétences pendant toute sa carrière par une formation pratique et scientifique.

12

VI. MAÎTRE DE STAGE

- Pour un agrément comme maître de stage, 5 années d'expérience clinique pertinentes au minimum sont exigées, après avoir apporté la preuve suffisante de l'exercice de soins de haute qualité en rhumatologie.
- Le maître de stage coordinateur est lié à un service agréé de rhumatologie pour toute la formation.

VII. SERVICES DE STAGE

- La formation en rhumatologie doit être suivie dans des services de stage agréés, sous la supervision et la coordination d'un maître de stage agréé.
- Un service de stage agréé pour la formation des candidats spécialistes doit disposer, outre du maître de stage, d'au moins un collaborateur à temps plein (8/10). Ce(s) collaborateur(s) est (sont) agréé(s) comme médecin(s) spécialiste(s) en rhumatologie depuis plus de 3 ans.

- Le service de stage aura chaque année des contacts avec au moins 5000 patients rhumatologiques, et doit disposer de (ou avoir accès à) au moins 5 lits d'hospitalisation pour le diagnostic rhumatologique et les soins.
- Le maître de stage peut hospitaliser des patients dans un département et dans une unité de soins intensifs disposant d'un équipement adéquat et d'une présence médicale permanente.
- Le service de stage dispose d'une méthodologie d'assurance de la qualité de la formation.
- Le service de stage doit disposer d'une politique de qualité et de sécurité pour les processus de soins suffisamment aboutie pour permettre aux candidats spécialistes d'acquérir une expérience pertinente, telle que visée dans les compétences finales.

- stages à l'étranger : une période de stage de 1 an au maximum peut avoir lieu dans un centre de formation étranger (Communauté européenne) agréé en rhumatologie, sous la direction d'un maître de stage qui y est agréé. Étant donné qu'aucune harmonisation de la formation en rhumatologie n'est encore imposée au niveau européen, même s'il existe des recommandations de l'U.E.M.S., il est recommandé de surveiller et d'évaluer individuellement les stages à l'étranger.

VIII. NOMBRE DE CANDIDATS (médecins spécialistes en formation) par maître de stage et par service de stage :

Objectif : prévoir un nombre suffisant de médecins spécialistes et de lieux de stage pour répondre à la demande, tout en garantissant la qualité de la formation.

- *Article 29 AM 23 avril 2014 (nombre de candidats spécialistes par maître de stage) : 1-3 candidats par centre de stage agréé, avec la présence d'au moins deux médecins spécialistes agréés en rhumatologie au service de stage (voir ci-dessus).*

IX. MESURES TRANSITOIRES : elles semblent indiquées pour les "nouvelles" spécialités uniquement, et PAS pour la rhumatologie, étant donné que les principes qui précèdent sont déjà valables actuellement. En cas de différences, les médecins déjà en formation peuvent choisir de rester dans leur "plan de formation actuel" ou de s'adapter à d'éventuelles nouvelles exigences.