

1 Avis du Conseil Supérieur des Médecins ¹ du 8 décembre 2022, confirmé le
2 16.03.2023

3
4 Tronc commun des titres professionnels niveau 2 en Chirurgie Viscérale,
5 Vasculaire, Thoracale et en cardiochirurgie

6
7
8
9 Président du groupe de travail « tronc commun » chirurgie : Pr Dr A. D’Hoore

10 Composition du groupe de travail « Tronc commun »

11 De Leyn Paul, Devriendt Dirk, Ovaere Sander, Vanhoey Marian, Hubens Guy, Closset Jean,

12 Redding Raymond, Weerts Joseph, Lemaitre Jean, Joris Marc, Defraigne Jean, Pattyn Piet.

13

14	I. Contexte - législation en vigueur.....	2
15	II. Contexte européen.....	2
16	III. Contexte social	3
17	IV. Base/Soutien	3
18	V. Réforme.....	4
19	V.1. Structuration des plans de stage.....	4
20	V.2. Stages durant le tronc commun.....	5
21	V.3. Considérations générales.....	6
22	V.4. Conditions d'accès.....	6
23	V.5. Objectif final du tronc commun de chirurgie.....	7
24	V.6. Proposition concernant la Commission de validation « tronc commun de chirurgie ».....	7
25	V.7. Compétences finales du tronc commun	8
26	V.8. Recherche.....	13
27	V.9. Étranger	13
28	VI. Maîtres de stage, services de stage du tronc commun.....	13
29	VII. Maître de stage coordinateur du tronc commun.....	14

1 _____
Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

33

34 I. Contexte - législation en vigueur

35

36

37 L'arrêté ministériel du 18 juillet 1979 fixe les critères spéciaux d'agrément des médecins
38 spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de la chirurgie. Il a été
39 révisé le 12 décembre 2002 ².

40 La formation, d'une durée minimale de six ans, vise à familiariser le candidat spécialiste avec les
41 domaines de la chirurgie les plus importants, tels que : la chirurgie de l'abdomen et des tissus
42 mous, la traumatologie, l'urologie, l'orthopédie, la chirurgie thoracique éventuellement non
43 cardiaque, la neurochirurgie d'urgence, la chirurgie pédiatrique, vasculaire, plastique,
44 gynécologique et oncologique.

45 Après avoir obtenu un master en médecine dans une université, le candidat est autorisé à suivre
46 une formation professionnelle et devient médecin spécialiste en formation (MSF, INAMI 014).

47 La formation se compose d'une formation de base de quatre ans et de deux ans de formation
48 supérieure. Le MSF doit satisfaire aux critères généraux d'agrément liés à la formation théorique
49 (articles 2-19 ; AM 23 avril 2014).

50 La formation est validée par la Commission d'agrément de la Communauté et le candidat se voit
51 proposer l'obtention du **titre professionnel de CHIRURGIE** (niveau 2, INAMI 140).

2

52 Pour l'instant, aucune compétence particulière spécifique n'est définie.

53 Les formations complémentaires (« bourses ») permettent d'obtenir une certification (délivrée par
54 une institution, une université ou une association scientifique (par exemple BSVS, BACTS)).

55

56

57 II. Contexte européen

58

59 La directive européenne relative aux qualifications professionnelles (2005/36/CE - Annexe V)
60 définit différents titres professionnels dans le domaine de la chirurgie et stipule une durée
61 minimale de formation de cinq ans. La Belgique a notifié la qualification professionnelle
62 « Chirurgie générale », mais d'autres titres figurant à l'annexe V n'ont pas encore été notifiés.

63 (L'annexe V définit les titres professionnels pour lesquels l'agrément automatique est possible
64 pour les pays qui ont notifié le titre en question).

65

² Arrêté ministériel du 12 décembre 2002 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de la chirurgie, *MB* 20 février 2003 (troisième éd.).

66 III. Contexte social

67

68 Par sa formation de base, le futur chirurgien doit acquérir une connaissance globale des aspects
69 cliniques et techniques du diagnostic et des thérapies des affections chirurgicales, y compris les
70 soins intensifs, l'oncologie et la médecine d'urgence, ainsi que du fonctionnement et de
71 l'organisation de ces services. Compte tenu de l'évolution rapide de certaines techniques
72 chirurgicales, l'accent doit être mis sur les compétences plutôt que sur les « opérations index ».
73 Ces compétences de base doivent permettre au chirurgien en formation d'acquérir très
74 rapidement des compétences dans un des domaines de la chirurgie.

75 On constate une évolution vers une chirurgie spécialisée dans laquelle les organes occupent une
76 place centrale. La directive européenne définit dès lors plusieurs titres professionnels à cet égard.

77 La formation doit rester limitée dans le temps afin de ne pas créer un handicap par rapport aux
78 chirurgiens formés dans d'autres États membres de l'Union européenne.

79 La position du chirurgien belge doit être renforcée et son titre professionnel doit pouvoir être
80 valorisé au sein des États membres de l'Union européenne (mobilité au sein de l'UE par la
81 reconnaissance automatique annexe V Directive 2005/36/CE).

82 Le paysage belge des soins de santé a également changé avec l'introduction des réseaux
83 hospitaliers³ et l'élaboration d'un Plan régional en matière de stratégie des soins. Il convient donc
84 de diversifier davantage la formation afin de fournir également une formation plus spécifique (plus
85 spécialisée) pour les missions de soins suprarégionales.

3

86 Par ailleurs, un tronc commun de qualité devra permettre à chaque chirurgien de participer aux
87 fonctions de garde requises.

88 Les conventions relatives à la chirurgie complexe du pancréas, de l'œsophage et de la jonction
89 gastro-œsophagienne (convention du Comité de l'assurance, 1er juillet 2019) soulignent la
90 nécessité de développer davantage la formation en y incluant des compétences particulières
91 (niveau 3) en lien avec un titre professionnel (niveau 2).

92

93 IV. Base/Soutien

94

95 La base de la réforme proposée repose sur une proposition du *Collegium Chirurgicum, réforme de*
96 *la chirurgie générale (texte 25 avril 2018)* qui a été présentée et approuvée lors du congrès annuel
97 de l'assemblée plénière de la Société royale belge de chirurgie (mai 2017-Ostende).

98 Les réunions supplémentaires des groupes de travail relatives aux différents titres professionnels,
99 incluant une réunion du groupe directeur avec des représentants de l'association professionnelle,
100 la Société belge de chirurgie et la Commission d'agrément (27 octobre 2020) ainsi que les
101 consultations bilatérales ultérieures, ont conduit à cette proposition largement soutenue.

³ Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, MB 28.03.2019.

102 Le groupe directeur a discuté du tronc commun lors de sa réunion du 11 mars 2021. Cette
103 discussion a été complétée par une concertation entre le groupe de travail chirurgie et médecine
104 interne concernant l'avis émis par le Conseil supérieur des médecins de juin 2016 relatif à la
105 proposition du tronc commun de médecine interne.

106 Le 28 septembre 2021, des spécifications supplémentaires ont été discutées et approuvées lors de
107 la réunion du groupe de travail mixte.

108

109 V. Réforme

110

111 V.1. Structuration des plans de stage

112

113 La durée de la formation des quatre spécialités de la chirurgie sera de six ans, divisée en trois
114 années de tronc commun et en trois années spécifiques à la spécialité.

115 **Il a été opté pour un tronc commun bien structuré de trois années** dans lequel le candidat
116 spécialiste reçoit une large formation et tourne dans les différents services pour aboutir à un titre
117 professionnel spécifique après avoir suivi une autre formation supérieure de trois années.

118 **Les quatre spécialités qui dépendent du tronc commun de chirurgie sont les suivantes :**

119 (1) La chirurgie viscérale (en ce compris la chirurgie endocrinienne et mammaire)

120 (2) La chirurgie vasculaire

121 (3) La chirurgie cardiaque

122 (4) La chirurgie thoracique

123 Au cours de la troisième année du tronc commun, le candidat peut effectuer un stage plus long de
124 six mois dans une sous-discipline de son choix.

125 Cette immersion prépare plus efficacement les candidats à faire un choix réfléchi et leur permet
126 éventuellement de profiter des opportunités du marché en fonction du sous-quota.

127 Outre une importante base théorique portant sur le diagnostic et sur le traitement des diverses
128 affections chirurgicales, les soins périopératoires sont également approfondis.

129 Par sa formation de base, le futur chirurgien doit acquérir une connaissance globale des aspects
130 cliniques et techniques du diagnostic et des thérapies des affections chirurgicales, y compris les
131 soins intensifs, l'oncologie et la médecine d'urgence, ainsi que du fonctionnement et de
132 l'organisation de ces services.

133 Compte tenu de l'évolution rapide de certaines techniques chirurgicales, l'accent doit être mis sur
134 les compétences de base en chirurgie ouverte et endoscopique plutôt que sur les « opérations
135 index ». Ces compétences de base doivent permettre au chirurgien en formation d'acquérir très
136 rapidement des compétences dans un des domaines de la chirurgie.

137 En outre, il est nécessaire pour chaque chirurgien de pouvoir assurer une prise en charge adéquate
138 d'un patient (poly)traumatisé : un stage est donc requis dans un service de traumatologie (ou un
139 service connexe, tel que : les urgences, le service des soins intensifs ou l'orthopédie) et le candidat

140 doit obtenir une certification ATLS (Advanced Trauma and Life Support) (ou une certification
141 assimilée).

142 Au cours des différents stages, le chirurgien en formation assimilera les spécificités de la chirurgie
143 chez l'enfant.

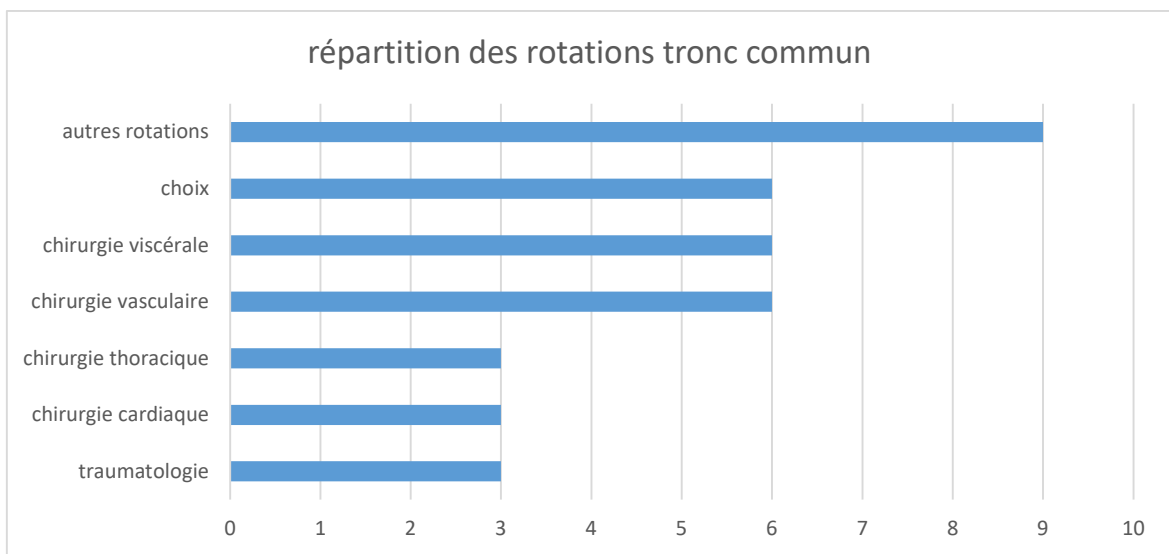
144

145 V.2. Stages durant le tronc commun

146

147 Il sera veillé à ce que le chirurgien en formation soit exposé aux quatre spécialités : chirurgie
148 viscérale, vasculaire, cardiaque et thoracique complétées par un stage en traumatologie, en
149 prévoyant une durée minimale d'exposition (3 mois pour la chirurgie thoracique et cardiaque et 6
150 mois pour la chirurgie vasculaire et viscérale).

151 Le candidat peut en outre effectuer un stage de son choix de 6 mois au cours de la troisième année
152 du tronc commun.



153

154

155 À cet égard, les stages mixtes sont possibles si la répartition de l'exposition est maintenue au terme
156 du tronc commun. Des activités spécifiques de garde chirurgicale peuvent également entrer en
157 considération à cet effet.

158

159

160

161

162

163

164

165 V.3. Considérations générales

166

167 La formation entamée ne peut être interrompue que sur la base de circonstances légalement
168 déterminées, afin de garantir au chirurgien en formation un continuum entre le tronc commun et
169 la formation supérieure. Sur cette base, le nombre de candidats diplômés est également contrôlé.

170 Au début du tronc commun, les candidats sont informés du nombre de formations supérieures
171 disponibles qui mèneront à l'obtention d'un titre professionnel spécifique.

172 Conformément à l'article 10 de l'AM du 23 avril 2014 ⁴, le candidat doit effectuer au moins une
173 année de formation dans un hôpital universitaire et au moins une année de formation dans un
174 hôpital non universitaire sur toute la durée de son parcours de formation. Il est recommandé à
175 tous les candidats de déjà effectuer une année de stage dans un service de stage universitaire et
176 une année de stage dans un service de stage non universitaire pendant le tronc commun, afin
177 d'éviter tout problème au cours de leur formation supérieure.

178

179 V.4. Conditions d'accès

180

181 (1) Être titulaire d'un diplôme de médecin délivré par une université belge ou une université de
182 l'Union européenne, ou d'un diplôme⁵ équivalent reconnu par les ministres compétents.

183 (2) Avoir été sélectionné par une université belge en vue d'une formation en chirurgie avec un
184 document signé par le doyen d'une des sept facultés de médecine (formation complète) comme
185 preuve de cette sélection.

186 Ce « certificat universitaire » était déjà prévu par l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités
187 de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, *MB* 27 avril 1983 et a été
188 repris :

189 - pour la Flandre dans l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 février 2017 relatif à l'agrément
190 des médecins spécialistes ou généralistes, *MB* du 6 avril 2017 ;

191 - pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, il est régi par l'arrêté de la Communauté française du 29
192 novembre 2017, *MB* du 29 janvier 2018 (un arrêté distinct est en cours de préparation et, entre-
193 temps, l'arrêté royal original reste applicable).

194 (3) L'accès à la formation professionnelle implique en outre une admission à la pratique médicale
195 en Belgique (visa) et une inscription auprès de l'Ordre des médecins.

196

197

198

⁴ 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.

⁵ En vertu de la procédure de l'article 145 de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé, les médecins de pays tiers peuvent également exercer la médecine en Belgique après avoir obtenu l'équivalence de leur diplôme, un visa et une inscription à l'Ordre des médecins.

199
200

201 V.5. Objectif final du tronc commun de chirurgie

202

203 Cet avis sur les critères d'agrément pour la chirurgie viscérale, thoracale, vasculaire et cardiaque
204 suit la même approche que l'avis du 23 juin 2016 du Conseil Supérieur des Médecins concernant
205 les disciplines de médecine interne.

206

207 L'obtention des compétences finales du tronc commun de chirurgie est la condition nécessaire à
208 la poursuite de la formation et à l'accès à l'une des quatre options de spécialités dont le tronc
209 commun constitue la formation de base.

210 Les entités fédérées sont compétentes pour les procédures et le suivi du plan de stage des
211 candidats individuels. Il est proposé de créer une **Commission de validation** qui se chargera
212 d'évaluer si les compétences finales du tronc commun ont été acquises ou non et d'octroyer le
213 certificat d'évaluation positive.

214

215

216 V.6. Proposition concernant la Commission de validation « tronc commun de 217 chirurgie »

218

219 Cette commission est paritaire (membres proposés par les universités et membres proposés par
220 les associations professionnelles) et se compose chaque fois de deux membres cooptés (quatre
221 pour la chirurgie viscérale) issus des Commissions d'agrément des quatre titres professionnels
222 particuliers, ainsi que des maîtres de stage coordinateurs du tronc commun.

223 Cette commission est chargée du suivi et de la validation du plan de stage du tronc commun, tout
224 en s'assurant que le plan de stage est conforme à l'arrêté ministériel, qui établit les critères
225 transversaux et les stages obligatoires. Tout candidat qui commence un trajet de stage ne pourra
226 entamer une formation supérieure que moyennant une évaluation positive.

227 Outre l'obtention du certificat d'académisation (Communauté flamande ; art. 14, 4° de l'arrêté du
228 Gouvernement flamand du 24 février 2017 relatif à l'agrément des médecins spécialistes ou
229 généralistes, MB du 6 avril 2017) ou de formation universitaire (Fédération Wallonie-Bruxelles ;
230 art. 18, 4° de l'arrêté du 29 novembre 2017 du Gouvernement de la Communauté française fixant
231 la procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes ; MB du
232 29 janvier 2018), le candidat doit avoir réussi l'examen théorique ainsi qu'obtenir un certificat du
233 cours ATLS (Advanced Trauma Life Support) ou un certificat assimilé. Il est conseillé que le candidat
234 obtienne le certificat de radioprotection au cours du tronc commun.

235 En plus de l'évaluation des connaissances théoriques de base, la Commission de validation peut
236 organiser des OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skills) afin d'évaluer les
237 compétences techniques acquises.

238

239 V.7. Compétences finales du tronc commun

240

241 Outre les connaissances théoriques génériques, quelques thèmes sélectionnés spécifiques par
242 stage sont mentionnés.

243 Parallèlement, le maître de stage s'assure que le chirurgien en formation acquiert les compétences
244 nécessaires telles que stipulées ci-dessous au cours des différents stages.

245

246 **Annexe 1. Compétences pour le tronc commun de chirurgie**

247

248 **1. Compétences générales**

249

- 250 - Communication avec le patient, la famille
- 251 - Transfert aux collègues et aux autres dispensateurs de soins
- 252 - Fonctionnement au sein de l'équipe soignante
- 253 - Réflexion critique sur les indications
- 254 - Réflexion critique sur la qualité des soins (morbidité, mortalité)
- 255 - Réflexion critique sur le coût des soins
- 256 - Revue de la littérature
- 257 - Manipulation prudente des rayons X - outils de diagnostic (via l'obtention du certificat de
258 radioprotection ou d'un certificat assimilé)

259

260 2. **Anatomie chirurgicale de base** de l'abdomen et du rétropéritoine, de la région inguinale, du
261 thorax, du cou, du poumon et du médiastin, du cœur et des gros vaisseaux sanguins

262

263 3. **Compréhension de la stratégie périopératoire** (nutrition, prophylaxie de la thrombose et
264 régimes de passage pour les antiagrégants et les anticoagulants, évaluation du risque
265 opératoire, gestion des fluides, gestion des antibiotiques, etc.)
266 Compréhension des principes de la récupération assistée (enhanced recovery)

267

268 4. Principes de la **chirurgie mini-invasive** (pneumopéritoine, thoracoscopie, endovasculaire, etc.)

269

270 **5. Cicatrisation des plaies et cicatrisation des anastomoses**

271

272 **6. Choc (types et soulagement)**

273

274 **7. Transfusion sanguine : indications et risques, etc.**

275

276 **Spécifique à la pathologie viscérale**

277 1. Principes de base de l'oncologie

278 2. Bonne compréhension de l'abdomen aigu - imagerie pour le diagnostic et l'indication d'une
279 chirurgie urgente

280 3. Connaissance théorique de base de la viscéro-synthèse - matériel de suture - maillage

281 4. Base théorique de la stomie - gastrostomie/entérostomie

282

283 **Spécifique à la pathologie vasculaire**

284 Bonne compréhension de

285 1. la pathologie de l'athéromatose, les principes de la prévention cardio-vasculaire

286 2. les tableaux cliniques associés à la souffrance artérielle occlusive (chronique et aiguë)

287 3. les tableaux cliniques associés aux anévrismes (chroniques et aigus)

288 4. les tableaux cliniques associés à la dissection

289 5. la TVP et thromboembolie

290 6. la pathologie veineuse superficielle

291 7. la vénéséction pour accès vasculaire

292 8. le syndrome des loges aigu

293 9. le pied diabétique

294 10. le traumatisme vasculaire

295 Une notion de

296 1. la souffrance occlusive non athéromateuse

297 2. le syndrome de traversée thoracobrachiale

298 3. l'infection et le traitement des prothèses vasculaires

299 4. le lymphoedème primaire/secondaire

300 **Spécifique à la chirurgie thoracique**

301 1. Les bases de l'oncologie thoracique et médiastinale

302 2. Le drainage pleural

303 3. Le pneumothorax et la pleurodèse

304 4. L'épanchement pleural et l'empyème thoracique

- 305 5. Le chylothorax
- 306 6. La médiastinite
- 307 7. La masse dans le cou : diagnostic et évaluation
- 308 8. Les obstructions des voies respiratoires supérieures

309 **Spécifique aux traumatismes**

310 **ATLS** (ou certification assimilée). Les cours ATLS vous fournissent une méthode sûre et fiable pour la prise en
311 charge immédiate des patients blessés. Le cours vous apprend à évaluer l'état d'un patient, à le réanimer et à le
312 stabiliser, et à déterminer si ses besoins dépassent les capacités d'un établissement. Il couvre également la
313 manière d'organiser le transfert interhospitalier d'un patient et de s'assurer que des soins optimaux lui sont fournis
314 tout au long du processus. Si vous ne traitez pas fréquemment des patients traumatisés, le cours ATLS fournit une
315 méthode facile à retenir pour l'évaluation et le traitement d'une victime de traumatisme.

316 Soins de la plaie traumatique, y compris la place de l'antibioprophylaxie

317

318 **Spécifique à la chirurgie cardiaque**

- 319 1. Outils de diagnostic : échographie, doppler, etc.
- 320 2. Connaissances de base en anesthésie

321

322 **Compétences - compétences techniques chirurgicales**

323 **A. Observation**

324 **B. Pratique sous une supervision stricte**

325 **C. Pratique sous une supervision limitée**

326 **D. Exécution en toute autonomie**

327 **Général D**

328 Interventions chirurgicales générales (incision, hémostase, suture des plaies)

329 Soins de plaies complexes (thérapie VAC, etc.)

330 Drainage d'un abcès

331 Mise en place/retrait d'un drain thoracique

332 **Viscéral**

333 Accès à l'abdomen (laparotomie – laparoscopie y compris l'utilisation de la robotique) - fermeture de
334 l'abdomen (C-D)

- 335 Anastomose intestinale : couture manuelle - viscérosynthèse (B-C)
- 336 Mise en place d'une stomie (colostomie - iléostomie) (B-C)
- 337 Jéjunostomie d'alimentation/gastrostomie entérale (C-D)
- 338 Réparation d'une éviscération - VAC - suture par traction (C-D)
- 339 Techniques proctologiques de base : drainage d'abcès - sétou de fistule - hémorroïdectomie externe
- 340 (D)
- 341 Résection d'une tumeur superficielle de la peau/des tissus mous (D)
- 342 Appendicectomie par laparoscopie (C-D)
- 343 Réparation de hernies (B-C)
- 344 Cholécystectomie par laparoscopie (B-C)
- 345 **Vasculaire**
- 346 Amputation (orteil - sous le genou - cuisse) (C-D)
- 347 Embolectomie / thrombectomie pour ischémie aiguë d'un membre (B-C)
- 348 Anastomose vasculaire et patchplastie (C-D)
- 349 Implantation d'un port-à-cath/d'un cathéter permanent (D)
- 350 Fasciotomie pour syndrome des loges (D)
- 351 Contrôle de l'hémorragie traumatique (C)
- 352 Drainage du pied diabétique aigu (C)
- 353 Phlébectomie (B-C)
- 354 Implantation de la fistule auriculoventriculaire (B)
- 355 Embolectomie/thrombectomie des vaisseaux viscéraux (A)
- 356 Endartérectomie de l'artère carotide (A)
- 357 Revascularisation endovasculaire (A)
- 358 Traitement endovasculaire de l'anévrisme (A)
- 359 Embolisation de l'hémorragie (A)

- 360 Traitement des varices (A)
- 361 Procédure de pontage artériel ouvert (A)
- 362 **Chirurgie cardiaque**
- 363 Sternotomie - fermeture de sternotomie (C)
- 364 Prélèvement de la veine saphène (ouvert ou endoscopique) (C)
- 365 Drainage pleural (C)
- 366 VAC sternal (C)
- 367 Drainage du péricarde (B)
- 368 **Chirurgie thoracique**
- 369 Thoracotomie et fermeture de thoracotomie (C-D)
- 370 Thoracoscopie (exploratoire) (C-D)
- 371 Lobectomie cunéiforme ouverte et thoracoscopique (B-C)
- 372 Bullectomie et abrasion pour pleurodèses (B-C)
- 373 Trachéotomie percutanée et opératoire (A-B)
- 374 **Traumatologie**
- 375 Compétences ATLS (D)
- 376 Soins de la plaie traumatique (D)
- 377 Stabilisation temporaire des fractures : traction, attelle, plâtre (D)
- 378 Chirurgie de contrôle des lésions (arrêt de l'hémorragie - arrêt de la contamination) (C-D)
- 379
- 380
- 381
- 382
- 383

384

385 V.8. Recherche

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

Maximum la moitié de la recherche scientifique (fréquemment d' une durée de 3 ou 4 ans) est prise en considération pour le stage, cependant cela ne peut entraîner qu'une **réduction de la formation d'un an maximum sur toute la durée de la formation (tronc commun et la formation supérieure du titre niveau 2)**. Cette proposition déroge à l'article 14 de l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 car l'acquisition de compétences est un aspect très important de la formation. Une réduction trop importante de la durée de la formation porterait gravement atteinte à cette formation pratique et à l'acquisition de compétences techniques importantes.

396

397

398

Des activités cliniques (de garde) dans un service de stage agréé pendant cette période peuvent être prises en compte en tant qu'**exposition, mais pas pour réduire davantage la durée de la formation.**

399

400 V.9. Étranger

401

402

Les stages à l'étranger sont considérés comme étant un enrichissement important du MSF et sont donc encouragés.

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

Les stages à l'étranger sont autorisés pour un maximum légal de 1/3 de la durée totale de la formation (art. 11 AM 23.4.2014), soit deux ans dans des services à l'étranger agréés pour la formation et à condition de suivre le parcours de formation tel que décrit ci-dessus. Il n'y est pas dérogé, mais le Conseil Supérieur des médecins recommande néanmoins que le candidat effectue maximum une année de stage à l'étranger pendant le tronc commun. Ceci afin qu'il puisse garder le contact avec le contexte belge, mais aussi afin qu'il puisse effectuer une année de stage à l'étranger dans le cadre de la formation supérieure spécifique.

413

414 VI. Maîtres de stage, services de stage du tronc commun

415

416

417

418

Les critères transversaux définis dans l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage s'appliquent ici.

419

420

421

Les stages de rotation en chirurgie viscérale, vasculaire, thoracique et cardiaque ont lieu dans des services de stage agréés et auprès d'un maître de stage agréé de ces disciplines.

422

423

424

- Une activité suffisamment variée doit pouvoir être démontrée, garantissant que le candidat pourra être suffisamment exposé à la pathologie et aux procédures chirurgicales susmentionnées.

425

426

Conformément à l'article 23 de l'arrêté ministériel du 23 avril 2014, le maître de stage doit répondre aux critères définis pour la formation scientifique continue.

427 Le maître de stage souscrit à l'arrêté royal relatif à la convention collective sur les conditions
428 minimales qui doivent figurer dans les conventions de formation conclues avec les médecins
429 spécialistes en formation (AR du 28.7.2021) ⁶.

430

431 VII. Maître de stage coordinateur du tronc commun

432

433 Le maître de stage coordinateur du tronc commun ne peut pas être le maître de stage coordinateur
434 de la formation professionnelle supérieure. Il s'agit de formations avec des objectifs différents.

435 Il élabore en concertation et avec l'accord du candidat spécialiste le plan de stage en chirurgie (six
436 ans) dans lequel le contenu des trois premières années est déterminé avec attribution d'un maître
437 de stage pour chaque année.

438 Au cours de la troisième année, le plan de stage de la formation supérieure sera spécifié en termes
439 de discipline et le maître de stage coordinateur de la formation avancée détaillera davantage le
440 plan de stage avec l'attribution d'un maître de stage pour chaque année.

441

442 Cet avis sur les critères d'agrément pour la chirurgie viscérale, thoracale, vasculaire et cardiaque
443 suit la même approche que l'avis du 23 juin 2016 du Conseil Supérieur des Médecins concernant
444 les disciplines de médecine interne.

14

445

446 **L'attestation universitaire ⁷ du début de la formation garantit que chaque candidat, après avoir**
447 **réussi les évaluations du tronc commun, peut entamer une formation supérieure (3 ans) qui**
448 **débouchera sur un titre professionnel (niveau 2).**

449

⁶ A.R. du 19 juillet 2021 rendant obligatoire la convention collective du 19 mai 2021, conclue au sein de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux sur les conditions minimales qui doivent figurer dans les conventions de formation conclues avec les médecins spécialistes en formation, *MB* du 28 juillet 2021.

⁷ Art 7, §1 Arrêté du 29 novembre 2017 du Gouvernement de la Communauté française fixant la procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, *MB* 29 janvier 2018.

Art. 8, 1° Besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 betreffende de erkenning van artsenspecialisten en van huisartsen, *BS* 6 april 2017.