

Avis du groupe de travail mixte médecine 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 formation supérieure de la discipline de **PNEUMOLOGIE** (suivant le tronc commun)

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 : Pr Dr Wilfried De Backer
- Membres : Pr Dr Paul De Vuyst (ULB), Dr Michel Gustin (Liège), Dr Paul Jordens (Alost), Pr Dr Eric Derom (UZ Gent), Dr Clukers (ASO, UZ Antwerpen)

I. CONTEXTE

Législation existante

- Belgique
- Directive européenne n° 2005/36/CE (annexe V)
- Procédure de révision du Conseil supérieur

Documents existants (Flandre)

- Document du VLIR (2007), portant le titre de « Masteropleiding arts-specialist afstudeerrichting Pneumologie » (Formation de master médecin spécialiste option pneumologie), rédigé par Marc Decramer (K.U.Leuven), Paul Germonpré (Université d'Anvers), Guy Joos (UGent), Walter Vincken (Vrije Universiteit Brussel), Karlien Mosselmans (collaboratrice de projets VLIR), Joëlle Pletinckx (coordinatrice politique de l'éducation VLIR)

Exemples de critères d'agrément de la discipline à l'étranger :

Au sein de l'UE :

- Europe : le document principal est celui qui émane de l'ERS et qui porte le nom d'HERMES pour « European Curriculum Recommendations for Training in Adult Respiratory Medicine » (2008). Ce document décrit minutieusement les objectifs d'apprentissage. HERMES organise un examen chaque année .

- Pays-Bas : « Raamplan voor longziekten en Tuberculose » (Plan-cadre pour les maladies pulmonaires et la tuberculose) (version datant de +/- 2003). [annexe].

En dehors de l'UE :

- USA : <http://www.thoracic.org/professionals/career-development/training-program-directors.php>
- USA/Canada : <http://www.thoracic.org/professionals/career-development/residents-medical-students/training-programs/index.php>
- USA : <http://www.chestnet.org/Education/Board-Review/Board-Review-Courses>

II. TEXTE DE VISION

II.1. Facteurs environnementaux

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

En 2009-2011 déjà, la commission de planification avait indiqué que l'**offre en soins** était notamment influencée par les facteurs suivants : diminution sociologique du temps de travail et féminisation, émigration/immigration. Les facteurs qui déterminent la **demande en soins** sont les modifications : du comportement des patients par rapport au système de santé (appel croissant 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. D'autres facteurs jouent également un rôle, comme une efficacité accrue (p.ex. contacts patients plus courts, limitation/fin des activités chronophages), la délégation de tâches à des assistants et à des paramédicaux, le 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).

2

Offre en soins pneumologiques au 31 décembre 2012 (document Commission du plan).

Le nombre de pneumologues habilités à prester en Belgique s'élevait à 587 au 31 décembre 2012, parmi lesquels 283 étaient domiciliés en Région flamande, 199 en Région wallonne et 63 en Région de Bruxelles-Capitale. 42 n'étaient pas domiciliés en Belgique.

85,2 % des pneumologues habilités à prester en Belgique y sont également actifs : 83,8 % sont actifs dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité .

Parmi les actifs dans le cadre de l'INAMI, 91,7 % sont conventionnés et 81,7 % sont accrédités.

L'ETP moyen presté dans le cadre de l'INAMI est de 0,81. Ce chiffre varie dans les différentes régions de Belgique. En Région flamande, ce chiffre s'élève à 0,97 ; il est de 0,78 en Région wallonne et de

0,67 en Région de Bruxelles-Capitale. Les ETP globaux prestés dans le cadre de l'INAMI représentent 474,1 unités, et pour l'ONSS, 118,0.

94,8% des pneumologues actifs dans la profession (INAMI-ONSS) ont la nationalité belge et 96,8% ont un diplôme de médecine délivré par une université belge. La répartition de l'âge des actifs montre que 4,6 % de ces actifs ont plus de 65 ans et que 52,6 % ont entre 45 et 65 ans, tandis que 42,8 % des actifs ont moins de 45 ans. Le pourcentage de pneumologues féminins s'élève à 37,8%. On a pu observer une augmentation de leur nombre entre 2004 et 2012, tant au niveau du nombre d'effectifs (+33,6%) qu'au niveau des ETP (+ 35,8%).

Le document de la Commission du plan ne décrit que la situation en 2012. Il ne se prononce pas sur l'avenir : les nouveaux développements techniques en matière de diagnostic invasif, les nouvelles possibilités de traitement (qui sont aussi souvent plus onéreuses) et la préoccupation sociale croissante afin que l'on porte une attention accrue à la qualité des soins et à la sécurité du patient, 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 en soins

Il est particulièrement difficile d'estimer la manière dont l'offre absolue en soins évoluera au cours des deux prochaines décennies. Il est possible que l'émigration augmente quelque peu.

L'immigration en provenance de pays européens ou non européens n'est pas à exclure (pour des raisons d'économie dans le domaine des soins, on observe actuellement aux Pays-Bas une offre excessive en pneumologues ; des pneumologues en provenance de la Roumanie, de l'Espagne, du Portugal, de la Russie ou du Congo sont intéressés de s'établir dans notre pays). Cette immigration doit être régulée sur le plan de la qualité de la formation. Il est encore plus difficile d'estimer dans quelle mesure le phénomène du travail à temps partiel va augmenter. Enfin, la réforme prévue des soins de santé pourrait également impacter l'offre en soins.

3

Demande en soins

Le Livre blanc de l'*European Respiratory Society* (ERS), paru en 2010, mentionne que les affections pulmonaires les plus fréquentes, à savoir la **BPCO**, les **infections respiratoires/TBC** et les **tumeurs des voies respiratoires et de la plèvre**, sont responsables de 7% du nombre total d'hospitalisations en Europe. Ces trois maladies, ainsi que l'**asthme** et le **syndrome de l'apnée du sommeil** (qui, dans notre pays, sont généralement traités par les pneumologues), constituent le « **big five** » en **pneumologie**. Ce Livre blanc de l'ERS souligne en outre les différences parfois étonnantes que l'on peut observer dans les prévalences de ces affections respiratoires entre différents pays. Ce qui laisse supposer que nous avons jusqu'à présent seulement diagnostiqué le « sommet de l'iceberg » en termes d'incidence pour certaines de ces affections.

Selon le Livre blanc de l'ERS, la BPCO, les infections respiratoires/TBC et le carcinome bronchique/les tumeurs de la plèvre occupent la quatrième place pour ce qui est de la mortalité

totale et du nombre d'années de vie « saine » (Disability Adjusted Life Years = DALY) en Europe. Selon cette source, la mortalité et le nombre d'hospitalisations causées par ces affections restera stable au cours de ces prochaines années : l'augmentation causée par la BPCO et le carcinome bronchique (une conséquence du vieillissement de la population) compensera en grande partie la diminution du nombre de cas de TBC et d'infections respiratoires. D'autres sources soulignent toutefois une augmentation constante de la demande en soins, causée par le vieillissement de la population, le développement du diagnostic précoce, les nouvelles techniques diagnostiques et les nouveaux traitements.

Quelques exemples illustrent cela. La Belgique manque actuellement de pneumologues pour la réalisation de programmes de réadaptation pulmonaire, un traitement evidence-based et économique, chez les patients souffrant de BPCO (et chez d'autres patients respiratoires). La pneumologie interventionnelle (EUS et EBUS), qui nécessite beaucoup plus de main d'œuvre, a également mené à une diminution drastique du nombre de médiastinoscopies (qui sont évidemment réalisées par des chirurgiens). Enfin, grâce aux thérapies complexes constituées de plusieurs lignes de chimiothérapie, la survie des patients atteints d'un carcinome bronchique augmente de manière constante. Ceux qui vivent plus longtemps requièrent à leur tour la mobilisation croissante de pneumologues ayant suivi une formation spécifique.

L'asthme reste une affection prédominante, qui est généralement traitée par le médecin généraliste. De nos jours, la mortalité de l'asthme est minime en Europe occidentale. Il ressort néanmoins de la recherche scientifique que l'asthme doit être considéré comme une pathologie « non contrôlée » chez plus de 50% des patients, ce qui a des retombées négatives sur leur participation sociale. Nous devons par conséquent nous attendre à une augmentation de la demande en soins ambulatoires et du suivi rigoureux des patients par les pneumologues.

4

La prévalence du **syndrome de l'apnée obstructive du sommeil** prend également une tournure inquiétante à l'heure actuelle. Cette pathologie nécessitera en outre de la main-d'œuvre supplémentaire pour son diagnostic et son suivi. Il est possible qu'un grand nombre de patients souffrant du SAOS n'ont pas encore été diagnostiqués et traités, ce qui a des retombées négatives notamment sur la sécurité routière et l'état cardiovasculaire du patient.

Il convient également de porter attention aux **affections pneumologiques à faible prévalence et aux maladies orphelines**. Il y a d'une part la complexité du diagnostic et de la gestion. D'autre part, le développement constant de nouveaux traitements entraîne une augmentation du nombre absolu de patients. L'augmentation attendue de la survie des patients atteints de mucoviscidose entraînera une augmentation du nombre de patients de 615 (en 2010) à 1093 (en 2025). La même tendance existe pour les patients souffrant d'hypertension pulmonaire, de fibrose du poumon (telle que la FPI), d'affections neuromusculaires accompagnées d'une insuffisance respiratoire, de TBC multi-résistante, d'infections opportunistes et d'asthme grave, qui devront être suivis de manière plus intensive grâce aux nouvelles thérapies.

Il faut également s'attendre ces prochaines années à des **modifications dans le comportement des 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 un nombre croissant de « second opinions ».

Nous observons également un nombre croissant de patients originaires des provinces néerlandaises et des départements français limitrophes venant se faire traiter en Belgique.

Naturellement, il n'est pas à exclure que certaines tâches actuellement réalisées par les pneumologues soient confiées à des **paramédicaux correctement formés**. La délégation de tâches reste très limitée à l'heure actuelle. Il s'agit pour l'instant des tâches liées à l'arrêt de la cigarette, à certains aspects du traitement des affections du sommeil et au support oncologique. Déléguer certaines tâches permet aux pneumologues de se libérer pour effectuer d'autres tâches parmi lesquelles diriger cette équipe de paramédicaux.

En nous fondant sur ces données, nous pouvons prévoir que le **besoin en pneumologues** (exprimé en ETP) ne va aucunement diminuer au cours de la prochaine décennie, mais va **plutôt augmenter de manière limitée** (cf. également le paragraphe III).

II.2. Approche

La plupart des pneumologues travaillent dans le contexte hospitalier. Contrairement à la gériatrie ou à la rhumatologie, la pneumologie n'est pas une profession critique en Belgique. Ce qui est toutefois le cas en France, où elle est répartie de façon très irrégulière dans tout le pays et se concentre surtout à Paris, en Alsace et en Méditerranée. D'autre part, la Belgique ne doit pas non plus faire face à un excédent conséquent en pneumologues. Les pneumologues belges émigrent plutôt rarement à l'étranger (ce à quoi il faut s'attendre à l'avenir aux Pays-Bas).

Les listes d'attente de patients venus consulter pour une affection pulmonaire sont limitées. Que vous soyez pensionné ou toujours actif dans la vie professionnelle, vous recevez un rendez-vous dans un délai raisonnable. Le recrutement agressif de pneumologues, comme c'est le cas pour les spécialisations critiques, n'est pour l'instant pas à l'ordre du jour.

5

III. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES – offre et demande

Une série de données issues du rapport de la Commission de planification (2015) qui était basé sur les chiffres de 2012, permet d'avoir une idée du nombre de pneumologues actifs en Belgique ainsi que du nombre d'ETP correspondant. Ce cadastre est complété par le nombre de pneumologues diplômés depuis 2011 et le nombre de pneumologues en formation jusqu'en 2018, qui ont été transmis par les Commissions francophone et néerlandophone d'agrément. Ces chiffres nous permettent d'avoir une vue sur les pneumologues qui entrent et qui sortent du réseau, et de savoir si des problèmes se poseront dans l'immédiat. En nous fondant sur ces chiffres, nous pouvons également calculer le nombre minimum de pneumologues requis pour maintenir le niveau d'activité actuel.

Sur la base des données du SPF/de l'INAMI, le nombre d'ETP en Belgique, en Région flamande, en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale est respectivement estimé à 474, 273, 156 et 42. Le taux d'activité s'élève donc respectivement à 0,97, 0,78 et 0,67. La tranche d'âge des 30-44 ans représente 177 ETP, celle des 45-64 ans, 290 ETP, et celle des plus de 65 ans, 7 ETP.

Tableau 1. Tous les pneumologues figurant dans les bases de données (2012)

Domicile	SPF	INAMI
Région flamande	283	258
Région wallonne	199	174
Région de Bruxelles-Capitale	63	55
Étranger & inconnu	42	5
Total	587	492

Tableau 2. Répartition en fonction de l'âge, avec le nombre de pneumologues (N), le nombre d'ETP et le taux d'activité moyen

Âge	N	Total ETP	ETP moyen
30 < 35	46	29	0.62
35 < 40	92	81	0.88
40 < 45	71	69	0.97
45 < 50	60	63	1.04
50 < 55	78	84	1.08
55 < 60	72	90	1.26
60 < 65	50	53	1.05
65 < 70	15	5	0.34
70 < 75	5	2	0.31
75 < ..	3	0	0.04
Total	492	476	

6

Tableau 3. Nombre d'ETP actifs par tranche d'âge (2012 ; F & M)

Domicile	ETP (total)	<45	45<65	>65
Région flamande	273	107	165	2
Région wallonne	156	53	100	3
Région de Bruxelles-Capitale	42	16	24	1
Total	474	177	290	7

Tableau 4. Nombre d'ETP par tranche d'âge et par sexe (2012)

Âge	ETP	Hommes	Femmes
30 < 35	28.5	5.6	22.9
35 < 40	80.5	37,6	42.9
40 < 45	68.7	32.2	36.6

45 < 50	62.6	48.1	14.6
50 < 55	83.9	70.3	13.6
55 < 60	90.4	78.8	11.6
60 < 65	52.5	48.6	3.9
65 < 70	5.2	4.2	1.0
70 < 75	1.6	1.6	0.0
75 < ..	0.1	0.1	0.0

Tableau 5. Évolution du nombre de médecins spécialistes en pneumologie et du nombre d'ETP
INAMI = nombre de personnes réalisant au moins 2 prestations INAMI par an

Année	TOTAL			Hommes			Femmes	
	INAMI	ETP		INAMI	ETP		INAMI	ETP
2004	239	288		179	227		60	61
2005	267	299		199	235		68	64
2006	281	322		205	251		76	71
2007	290	334		206	255		84	79
2008	296	350		208	263		88	87
2009	313	359		207	264		106	96
2010	325	382		206	270		119	112
2011	358	424		222	298		136	126
2012	382	474		238	327		144	147

7

Tableau 6. Nombre d'agrément délivrés chaque année (2011-2015)

Année	Nombre	Homme	Femme
2011	33	21	12
2012	35	21	14
2013	20	8	12
2014	23	5	18
2015	28	?	?

Tableau 7. Nombre de MSF ayant un plan de stage en pneumologie, par année de diplôme, et par sexe et rôle linguistique

Année	Nombre		Homme	Femme		FR	FR
2016	21		9	12		6	15
2017	20		6	14		8	12

2018	13		4	9		3	8
2019	1		1	0		1	0
2020	5		3	2		4	1
2021	3		1	2		3	0

Il ressort de ces données que la féminisation de la profession est un fait. Elles nous montrent également que la tranche d'âge des 30-35 ans est relativement moins représentée en nombre et en ETP. 180 pneumologues commenceront une activité entre 2012 et 2017, ce qui correspond à la formation de 30 pneumologues en moyenne par an.

En tenant compte du fait que :

- 70 ETP disparaissent tous les 5 ans (70 pneumologues prennent leur retraite) ;
- la tranche d'âge des 30-35 ans est un peu moins représentée en nombre ;
- ces 180 nouveaux pneumologues représenteront peut-être moins de 180 ETP ;
- certain(e)s nouveaux (-elles) traitements / techniques nécessiteront de la main-d'œuvre supplémentaire ;
- le vieillissement et l'augmentation de la prévalence des affections pulmonaires feront augmenter la demande en soins ;

il semble indiqué de maintenir au minimum la formation du nombre actuel de pneumologues (et certainement pas d'y mettre progressivement un terme).

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

Description de la discipline (document de la NVALT (2003) + ERS Hermes syllabus 2010 et ERS Handbook 2013

Le pneumologue oriente son travail sur la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies aiguës et chroniques du système respiratoire (**poumons, cage thoracique, contrôle de la respiration**). Il possède une grande expertise **en matière de structure et de fonction du système respiratoire (anatomie, immunologie et physiologie)** et est **capable d'identifier et d'interpréter les plaintes, les symptômes et les signes cliniques des affections respiratoires**, ainsi que l'interprétation des résultats des examens cliniques nécessaire pour le diagnostic. Il maîtrise les interventions techniques et la pharmacologie clinique des médicaments utilisés dans sa discipline.

Sa discipline englobe les maladies ou processus de maladie suivant(e)s :

1. Infections respiratoires (entre autres nosocomiales et « community acquired pneumonia)
2. Tuberculose (formes typiques et atypiques), y compris le « multi-drug resistant tbc »

3. Insuffisance respiratoire chronique et aiguë / évaluation préopératoire / suivi postopératoire
4. Maladies obstructives des voies respiratoires (asthme, BPCO, bronchectasie, mucoviscidose) et maladies allergiques IgE-médiées
5. Affections respiratoires iatrogènes et liées à une profession, un hobby ou à l'environnement
6. Maladies pulmonaires alvéolo-interstitielles diffuses (sarcoïdose, maladies pulmonaires à éosinophile, maladies pulmonaires médicamenteuses)
7. Maladies vasculaires pulmonaires (embolie pulmonaire, hypertension pulmonaire, vasculite pulmonaire)
8. Affections non tumorales de la plèvre, du médiastin, de la paroi thoracique, des muscles respiratoires et du diaphragme
9. Tumeurs thoraciques (carcinome bronchique, métastases pulmonaires, tumeurs du médiastin, de la plèvre et de la paroi thoracique)
10. Troubles respiratoires du sommeil
11. Manifestations pleuropulmonaires de certaines affections systémiques/extrapulmonaires
12. Troubles immunitaires et maladies pulmonaires orphelines (syndrome d'immunodéficience, protéinose alvéolaire, histiocytose langerhansienne, amyloïdose, réaction du greffon contre l'hôte, ...)
13. Troubles génétiques et du développement / affections respiratoires lors de la grossesse

Afin de diagnostiquer, de traiter et de suivre correctement ces affections pulmonaires, le pneumologue maîtrise l'exécution des techniques mentionnées ci-dessous et/ou l'interprétation de leurs résultats :

1. Examen de la fonction pulmonaire (spirométrie, volumes pulmonaires statiques et dynamiques, mesure du transfert des gaz, mesure des gaz sanguins, mesure de l'hyperréactivité bronchique, contrôle de la ventilation, physiologie et tests d'effort, prélèvement et analyse de crachat, analyse des gaz expirés, mesure de la force musculaire, mesure de paramètres liés au patient)
2. Pneumologie interventionnelle (bronchoscopie rigide, flexible et radiaire, avec prélèvement de biopsies et extraction de corps étrangers, BAL, ponction pleurale, EUS/EBUS, drainage thoracique et biopsie)
3. Imagerie médicale (thoracoscopie antérieure, postérieure et latérale, examen CT, HRCT, MR et PET-CT du thorax, examen isotopique du poumon, échographie du thorax) y compris les mesures de pression artérielle pulmonaire (invasif ou non invasif).
4. Initiation d'un traitement CPAP nasal, d'une thérapie chronique à l'oxygène, d'une ventilation invasive ou non invasive, maîtriser l'interprétations des examens du sommeil.

5. Reconnaître l'indication d'une révalidation respiratoire et l'interprétation des résultats obtenus.
6. Tests Mantoux, tests cutanés, procédures de désensibilisation
7. L'indication médicale pour la transplantation

V. CRITÈRES DE FORMATION et d'AGRÉMENT
--

V.1. Conditions d'accès (compétences préalables)

Objectifs finaux de la formation en médecine, suivis des objectifs finaux du tronc commun en maladies internes

V.2. Compétences finales (en annexe)

Objectifs finaux généraux spécifiques à la formation en pneumologie (maladies pulmonaires et tuberculose) :

1. Infections respiratoires
2. Tuberculose (formes typiques et atypiques)
3. Insuffisance respiratoire chronique et aiguë / évaluation préopératoire / suivi postopératoire
4. Maladies obstructives des voies respiratoires (asthme, BPCO, bronchectasie, mucoviscidose) et maladies allergiques IgE-médiées
5. Affections respiratoires iatrogènes et liées à une profession, un hobby ou à l'environnement
6. Maladies pulmonaires alvéolo-interstitielles diffuses (sarcoïdose, maladies pulmonaires à éosinophile, maladies pulmonaires médicamenteuses)
7. Maladies vasculaires pulmonaires (embolie pulmonaire, hypertension pulmonaire, vasculite pulmonaire)
8. Affections non tumorales de la plèvre, du médiastin, de la paroi thoracique, des muscles respiratoires et du diaphragme
9. Tumeurs thoraciques (carcinome bronchique, métastases pulmonaires, tumeurs du médiastin, de la plèvre et de la paroi thoracique)

10. Troubles respiratoires du sommeil
11. Manifestations pleuropulmonaires de certaines affections systémiques/extrapulmonaires
12. Troubles immunitaires et maladies pulmonaires orphelines (syndrome d'immunodéficience, protéinose alvéolaire, histiocytose langerhansienne, amyloïdose, réaction du greffon contre l'hôte, ...)
13. Troubles génétiques et du développement / affections respiratoires lors de la grossesse

En vue de **diagnostiquer, de traiter et de suivre correctement ces maladies pulmonaires**, le pneumologue maîtrise l'**exécution** des techniques mentionnées ci-dessous et/ou l'**interprétation** de leurs résultats :

1. Examen de la fonction pulmonaire (spirométrie, volumes pulmonaires statiques et dynamiques, mesure du transfert des gaz, mesure des gaz sanguins, mesure de l'hyperréactivité bronchique, contrôle de la ventilation, physiologie et tests d'effort, prélèvement et analyse de crachat, analyse des gaz expirés, mesure de la force musculaire, mesure de paramètres liés au patient)
2. Pneumologie interventionnelle (bronchoscopie rigide, flexible et radiaire, avec prélèvement de biopsies et extraction de corps étrangers, BAL, ponction pleurale, EUS/EBUS, drainage thoracique et biopsie)
3. Imagerie médicale (thoracoscopie antérieure, postérieure et latérale, examen CT, HRCT, MR et PET-CT du thorax, examen isotopique du poumon, échographie du thorax) y compris les mesures de pression artérielle pulmonaire (invasif ou non invasif).
4. Initiation d'un traitement CPAP nasal, d'une thérapie chronique à l'oxygène, d'une ventilation invasive ou non invasive
5. Reconnaître l'indication d'une révalidation respiratoire et l'interprétation des résultats obtenus
6. Tests Mantoux, tests cutanés, procédures de désensibilisation
7. L'indication médicale pour la transplantation

- Clause de qualité et de sécurité :

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 ;
- rapportage 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 (rapportage), les patients et leur famille ;
- recherche scientifique (réalisée soi-même, interprétation des résultats scientifiques), maintien des connaissances scientifiques.

V.3. Durée et structure de la formation :

Le groupe de travail mixte est parvenu au trajet de formation suivant :

- Tronc commun de 3 ans en médecine interne générale/gériatrie, cardiologie, médecine intensive/médecine d'urgence, complété de périodes dans d'autres services cliniques tels que la néphrologie, l'endocrinologie, les maladies infectieuses, la rhumatologie, l'hématologie, l'oncologie, la gastroentérologie, ...
- Trois années supplémentaires, échelonnées comme suit (objectif par phase), au cours desquelles sont abordés tous les points mentionnés aux points IV et V.2, ainsi que la consultation, la réalisation de concertations inter-collégiales et un stage en soins intensifs (s'il n'a pas encore été réalisé au cours des 3 années de tronc commun), avec une participation active aux discussions en lien avec le patient.

Le maître de stage coordinateur établit le plan de stage. Chaque maître de stage établit un plan fixant des objectifs d'apprentissage finaux à atteindre par période (compétences périodiques, autonomie croissante), en portant suffisamment d'attention à la sécurité des phases de transition.

Il doit être procédé à des évaluations mensuelles ou trimestrielles au sein du centre : entretiens de fonctionnement et d'évaluation, courtes évaluations cliniques (CEC), courtes évaluations de la communication, OSATS/DOPS (direct observation of procedural skills) des différentes techniques (bronchoscopie, BAL, ponction pleurale, drainage thoracique, examen de la fonction pulmonaire, échographie du thorax), examen clinique, examen théorique, documentation des prestations intellectuelles réalisées sous supervision (p. ex. consultations par sous-discipline, tours de salle et gestion des patients hospitalisés, services de garde ou autres activités (p. ex. laboratoire du sommeil, revalidation, fonction pulmonaire). L'évolution du candidat peut être consignée dans un carnet de stage électronique.

Il convient de prêter l'attention nécessaire à la mobilité croissante des médecins au sein et en dehors de l'Europe, en vue de l'intégration correcte des pneumologues agréés et formés en Belgique au niveau international et, avant tout, au niveau européen.

Un agrément en qualité que pneumologue sera automatiquement en vigueur en Belgique pour les médecins formés dans un autre pays de l'espace économique européen (EEE).

Quant à l'octroi d'une « licence to practice », tout pneumologue souhaitant pratiquer en Belgique devra passer un examen fédéral élaboré par les deux Commissions d'agrément. En vue d'empêcher la prolifération des examens, la Commission d'agrément peut décider de reconnaître la réussite d'un examen organisé par l'ERS (HERMES examen) ou la réussite d'un examen pour l'obtention d'un master en médecine spécialisée dans une faculté belge de médecine, et rendre l'examen fédéral superflu.

Au cours de l'exercice de la profession, certains mécanismes de détection peuvent faire en sorte qu'une réévaluation de la licence s'avère nécessaire.

V.4. (Canmed : medical expert, communicator, collaborator, leader, health advocate, scholar, professional) cf. également normes transversales

- Le **scientifique** acquiert des compétences à un niveau avancé qui lui permettent de penser et d'agir de manière scientifique dans son domaine de spécialisation.

- Le **médecin** pense et agit de manière scientifiquement fondée et peut transposer ses connaissances scientifiques dans la réalité du patient dans un cadre respectueux de l'éthique.

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

- Le **communicateur** communique les informations cliniques (oralement et par écrit) au patient et à sa famille. Il se concerta avec ses confrères du domaine des soins de santé. Ces compétences sont poursuivies à un niveau avancé, conformément à sa place dans la structure des soins de santé.

- Le spécialiste est capable de communiquer ses propres observations et ses propres solutions, ainsi que les résultats de ses examens cliniques scientifiques dans un environnement **multidisciplinaire**.

P.M. : (comme décrit dans les critères transversaux)

- skill & drill

- simulations

- stages spécifiques, stages de rotation, stages à l'étranger, activité scientifique

V.4. Critères relatifs à l'autorisation à pratiquer (« licence to practice »)

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

Critères relatifs à (au maintien de) l'autorisation à pratiquer (« licence to practice »)

Ces critères ne doivent pas être 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)

14

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.

VI. MAÎTRE DE STAGE / Équipe

Le stage d'une durée de trois ans, que le candidat pneumologue peut effectuer partiellement dans un service universitaire et dans un service clinique non universitaire (qui font éventuellement partie d'un même service de stage disposant de plusieurs sites universitaires et non-universitaires). Le maître de stage coordinateur veille à ce que le programme de formation englobe un éventail équilibré d'expositions cliniques à diverses pathologies respiratoires. Le service universitaire ou de stages ont lieu, initie également le candidat à la recherche scientifique en se fondant sur son output (publications révisées par des pairs, organisation de congrès et de symposiums).

Au cours de sa formation, le médecin spécialiste en formation reste au moins un an dans le service clinique universitaire et au moins un an dans un service clinique non universitaire. En aucun cas

l'assistant ne sera formé durant trois ans dans un même service. Le maître de stage coordinateur et le maître de stage non coordinateur, tous deux agréés dans leur spécialité, garantissent l'espace et le soutien logistique nécessaires en vue de rendre la formation possible.

Ils donnent également la possibilité à l'assistant en formation d'être scientifiquement actif, de publier ou de présenter son travail lors de symposiums ou de congrès. L'évaluation consiste à réussir la partie « mémoire de maîtrise » dans la formation de master en médecine spécialisée « pneumologie ».

- Pour le service de stage avec une formation complète

Aucune distinction n'est faite entre les services qui proposent une formation partielle ou complète, mais bien entre un service de stage universitaire qui exerce une fonction de coordination, et un « service de stage ordinaire ».

- Pour le service de stage avec une formation partielle

Aucune distinction n'est faite entre les services qui proposent une formation partielle ou complète, mais bien entre un service de stage universitaire qui exerce une fonction de coordination, et un « service de stage ordinaire ».

15

- Critères supplémentaires (cf. art. 29 de l'AM du 23 avril 2014, cf. également infra VIII)

- Taille de l'équipe médicale (nombre de « collaborateurs »)

Les centres universitaires et non universitaires de formation doivent au moins disposer, y compris le formateur responsable (Program Director) agréé depuis au moins 5 ans, de cinq pneumologues praticiens agréés à temps plein, qui sont impliqués dans la formation de médecin spécialiste et dont au moins deux exercent déjà leur spécialité depuis au moins trois ans. Ils garantissent que le pneumologue en formation sera confronté à un éventail équilibré de pathologies pulmonaires : maladies pulmonaires obstructives, allergies, affections restrictives, oncologie thoracique, maladies du sommeil et maladies infectieuses. Maximum deux assistants par membre de staff agréé pour la formation, sont formés dans chaque service agréé pour la formation.

Activités dans la discipline et dans les diverses branches pertinentes

Soins ambulatoires : chaque service doit avoir 10.000 contacts - patients par an.

Hospitalisation : chaque service doit avoir la possibilité d'hospitaliser des patients souffrant de maladies pulmonaires. Étant donné que les soins ambulatoires et l'hospitalisation de jour sont de plus en plus répandus, nous ne mentionnons délibérément aucun nombre de lits. Mais au moins 300 patients (y compris les hospitalisations de jour) sont admis annuellement dans le service de stage.

Le centre de formation doit fournir l'équipement dont l'assistant a besoin pour suivre une formation de qualité et doit disposer de la possibilité de l'exposer à un large éventail de techniques et de procédures, telles que celles reprises ci-dessous :

1. Examen de la fonction pulmonaire
2. Pneumologie interventionnelle
3. Imagerie médicale, y compris l'échographie du thorax
4. Initiation d'un traitement CPAP nasal, d'une thérapie chronique à l'oxygène et d'une ventilation non invasive
5. Élaboration et suivi d'un programme de revalidation pulmonaire
6. Soins palliatifs
7. Soins intensifs
8. Accompagnement au sevrage tabagique

Présence d'autres disciplines (caractère multidisciplinaire)

En vue de dispenser une formation de qualité, le centre de formation doit disposer des services suivants :

1. Toutes les disciplines relatives aux maladies internes (gastroentérologie, cardiologie, endocrinologie, rhumatologie, néphrologie, hématologie, oncologie médicale, médecine interne générale/infectiologie)
2. Anesthésie
3. Biologie clinique, microbiologie, anatomopathologie
4. Neurologie
5. Ophtalmologie
6. ORL
7. Chirurgie (y compris chirurgie thoracique)
8. Pédiatrie
9. Médecine physique/Revalidation
10. Radiologie
11. Soins intensifs

Le centre de formation prévoit une étroite collaboration avec d'autres groupes professionnels actifs dans le domaine des soins de santé, et ce sur le site de l'hôpital (infirmiers, kinésithérapeutes et laborantins) ou en dehors (médecins généralistes, infirmiers à domicile, psychologues, infirmiers sociaux).

VII. SERVICES DE STAGE

- Le service de stage dispose d'une méthodologie garantissant la qualité de la formation.
- La politique de qualité et de sécurité pour les processus de soins est suffisamment aboutie pour permettre l'acquisition d'une expérience pertinente par les candidats spécialistes, telle que visée dans les compétences finales.

Critères additionnels :

- Dosage et volume d'activités requis ? - cf. VI.

Soins ambulatoires : chaque service doit avoir 10.000 contacts patients par an.

Hospitalisation : chaque service doit avoir la possibilité d'hospitaliser des patients souffrant de maladies pulmonaires. Étant donné que les soins ambulatoires et l'hospitalisation de jour sont de plus en plus répandus, nous ne mentionnons délibérément aucun nombre de lits. Mais au moins 300 patients (y compris l'hospitalisation de jour) sont admis annuellement dans le service de stage .

17

Les centres universitaires et non universitaires de formation doivent au moins disposer de **cinq pneumologues praticiens agréés, qui garantissent que le pneumologue en formation sera exposé à un éventail équilibré de pathologies pulmonaires** : maladies pulmonaires obstructives, allergies, affections restrictives, oncologie thoracique, maladies du sommeil et maladies infectieuses.

- Formation complète vs partielle

Aucune distinction n'est faite entre les services qui proposent une formation partielle ou complète. Le plan de stage doit être adapté par le coordinateur universitaire de stage s'il apparaît que certains éléments ne sont pas suffisamment abordés dans un service (à suivre via le carnet de stage électronique).

- technologie présente requise / présence d'une technologie de simulation ; cf. plus haut au point VI.

Le centre de formation doit fournir l'équipement dont l'assistant a besoin pour suivre une formation de qualité et doit disposer de la possibilité de l'exposer à un large éventail de techniques et de procédures

- autres services requis (dans l'hôpital) cf. VI.

1. Toutes les disciplines des maladies internes (gastroentérologie, cardiologie, endocrinologie, rhumatologie, néphrologie, hématologie, oncologie médicale, médecine interne générale/infectiologie)
2. Anesthésie
3. Biologie clinique, microbiologie, anatomopathologie
4. Neurologie
5. Ophtalmologie
6. ORL
7. Chirurgie (y compris chirurgie thoracique)
8. Pédiatrie
9. Médecine physique/Revalidation
10. Radiologie
11. Soins intensifs

- exigences en termes de simulation -----> une poupée de simulation pour les bronchoscopies (généralement louée) est à envisager.

Pour le service de stage avec une formation complète

Il est proposé de ne faire aucune distinction entre les services qui proposent une formation partielle ou complète, mais bien entre un service de stage universitaire qui exerce une fonction de coordination, et un « service de stage ordinaire ». Au cours de sa formation, le médecin spécialiste en formation reste au moins un an dans le service clinique universitaire et au moins un an dans un service clinique non universitaire. En aucun cas l'assistant ne sera formé durant trois ans dans un même service clinique.

18

Pour le service de stage avec une formation partielle

Il est proposé de ne faire aucune distinction entre les services qui proposent une formation partielle ou complète, mais bien entre un service de stage universitaire qui exerce une fonction de coordination, et un « service de stage ordinaire ». Au cours de sa formation, le médecin spécialiste en formation reste au moins un an dans le service clinique universitaire et au moins un an dans un service clinique non universitaire. En aucun cas le médecin spécialiste en formation ne sera formé durant trois ans dans un même service.

Service de stage qui ne se trouve pas au sein de l'hôpital (art. 10 de l'AM du 23 avril 2014) En ce qui concerne les services de stage répartis sur plusieurs sites, un site extrahospitalier peut, le cas échéant, être également agréé comme faisant partie du service de stage

- Stages spécifiques : critères soins intensifs (tels que décrits plus haut)
- stages à l'étranger
- stages de rotation (pas d'application)

Article 41 de l'AM du 23 avril 2014 : les activités sont suffisamment importantes et variées - eu égard de la durée de la formation - en vue d'une large expérience quantitative et qualitative (paramètres : le nombre de lits, le nombre d'admissions et le nombre annuel de consultations, ainsi que la variété des cas pathologiques, l'activité de l'hôpital de jour, le genre et le nombre d'interventions diagnostiques et thérapeutiques).

Art. 41.

Les activités du service de stage sont suffisamment importantes et variées, eu égard à la durée de la formation, afin d'assurer au candidat spécialiste une large expérience quantitative et qualitative. Pour l'appréciation de l'activité du service de stage, il peut être tenu compte, entre autres, du nombre de lits, du nombre d'admissions et du nombre annuel de consultations, ainsi que de la variété des cas pathologiques, de l'activité de l'hôpital de jour, du genre et du nombre d'interventions diagnostiques et thérapeutiques.

À cette fin, le pouvoir organisateur du service de stage met toutes les données utiles à la disposition du ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

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, la qualité de la formation restant toujours garantie.

19

Il ressort de la section III qu'un minimum de 30 pneumologues diplômés à temps plein par an pour l'ensemble du pays s'avère nécessaire en vue de satisfaire aux besoins futurs. En tenant compte du fait que certains travailleront à mi-temps ou en 4/5ème (50-80% ETP), qu'il faut en outre prévoir un petit surplus pour les collègues à remplacer pour cause de décès, de déménagement à l'étranger, ou parce qu'ils assument des tâches administratives, ce nombre doit être revu à la hausse (p. ex. 35 par an).

- Article 29 de l'AM du 23 avril 2014 (nombre de candidats spécialistes par maître de stage) : nombre de lits, activité justifiée, nombre d'admissions en ce compris les admissions en hospitalisation de jour, le nombre de consultations dans le service de stage et le nombre de médecins spécialistes agréés dans le service de stage.

Un maximum de deux assistants par membre du staff sera formé dans chaque service agréé pour la formation.

- **Art. 29.**

Un maître de stage n'assure la formation que d'un nombre limité de candidats spécialistes en fonction du nombre de lits, de l'activité justifiée, du nombre d'admissions, en ce compris

les admissions en hospitalisation de jour, du nombre de consultations dans le service de stage et du nombre de médecins spécialistes agréés dans le service de stage ;

- Le nombre maximum de candidats spécialistes est fixé par année de stage dans l'arrêté d'agrément du maître de stage.

IX. MESURES TRANSITOIRES pas d'application
--
