



Document de travail : refonte des commissions d'agrément

Comment assurer que les missions principales des commissions d'agrément soient respectées, tout en garantissant l'intégrité des processus internes et des personnes impliquées ?

Définitions

Agrément des prestataires de santé : Direction en charge de garantir la qualité de la formation des professionnels de soins de santé formés en Communauté française ou à l'étranger, afin d'assurer des soins de qualité en Belgique¹.

Missions de la commission d'agrément :

La Commission a pour mission de :

- 1° donner au Ministre un avis sur toute demande d'approbation, de prolongation ou de modification de plan de stage, en ce compris la valorisation des acquis;*
- 2° surveiller l'exécution du plan de stage des candidats dans tous ses éléments;*
- 3° donner au Ministre un avis sur toute demande d'agrément en qualité de médecin spécialiste ou de médecin généraliste et sur les questions qui se rapportent à cet agrément;*
- 4° donner au Ministre un avis sur tout retrait de l'agrément, tel qu'octroyé sur la base de l'article 88 de la loi;*
- 5° donner un avis d'initiative ou à la demande du Ministre, sur tout sujet relatif à l'agrément d'un médecin généraliste ou d'un titre professionnel particulier de médecin spécialiste².*

Textes de référence

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant la procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, M.B. 29-01-2018

Arrêtés Ministériels fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les différentes spécialités médicales de niveau 2 et 3.

¹ <https://agreementsante.cfwb.be/>

² Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant la procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, M.B. 29-01-2018



Problématique 1 : alignement des sanctions administratives avec les objectifs des commissions d'agrément

Contexte : de nombreuses commissions d'agrément imposent des sanctions lourdes (ie 6 mois de prolongation de stage) pour des questions purement administratives, voire pour des motifs abusifs, sans substrat logique justifiant lesdites prolongations.

Exemple concret

La DeMeFF a récemment mis en lumière un problème majeur lié à l'interprétation des textes de loi par une Commission d'Agrément. Plusieurs médecins spécialistes en formation, actuellement dans le cursus visant à obtenir leur Titre Professionnel Particulier en Soins Intensifs - TPPSI, ont été soumis à des prolongations non justifiées de leur formation, généralement de 6 mois. La Commission d'Agrément a invoqué l'article 2 §1er de l'Arrêté ministériel du 5 octobre 2005 pour justifier ces prolongations, interprétant que l'agrément pour le titre de niveau 2 devait être obtenu **avant** de commencer la formation en soins intensifs.

Cette interprétation s'écarte du texte légal original, qui stipule que l'agrément pour le titre de niveau 2 doit être obtenu à la demande d'agrément pour le titre de niveau 3 et non avant de commencer la formation. L'impact direct de ces prolongations est que de nombreux médecins ont dû continuer à travailler en tant que "super assistants", une situation qui combine les responsabilités d'un médecin résident avec les conditions de rémunération et les avantages sociaux d'un médecin en formation.

Cette problématique, loin d'être anodine, reflète un problème systémique où les institutions profitent de cette interprétation pour bénéficier de ressources médicales qualifiées à moindre coût, tout en ignorant les droits et l'expérience des médecins en formation.

Outre cet exemple concret, flagrant d'un dysfonctionnement organisé et volontairement trompeur d'une commission d'agrément, nous ne comptons plus le nombre de sanctions lourdes infligées à des MSF pour des problématiques purement administratives (retard de remise d'un carnet de stage, d'introduction d'un plan de stage, ...).

Ces sanctions remettent en question l'objectif principal des commissions d'agrément : si celles-ci ont pour objectif de "donner au Ministre un avis sur toute demande d'agrément en qualité de médecin spécialiste", agrément ayant lui-même pour objectif de "**garantir la qualité de la formation des professionnels de soins de santé formés en Communauté française**", nous nous interrogeons sur l'intérêt de prolonger une formation pour des questions administratives et non pour des problèmes de qualité de formation.

A l'heure actuelle, et dans de nombreuses commissions d'agrément, les sanctions sont appliquées au niveau administratif, dès constatation d'un retard, par les employés administratifs (secrétaires, ...). Ce n'est pas le cas en Flandre où les dossiers sont malgré tout discutés en commission et c'est là que les sanctions sont éventuellement décidées, et non appliquées automatiquement.



Solutions

1. à **court terme &** 🏆 **quick win** (pour cette année, et jusqu'à réalisation de la solution à moyen terme) : moratoire sur toutes les sanctions administratives en cours (annulation de toute prolongation jusqu'à éventuelle réévaluation).
2. à **moyen-terme** : redéfinition des sanctions dans le texte de loi en fonction des problématiques rapportées (pas de prolongation de formation pour des problématiques de type administrative → possibilité, par exemple, de refuser l'agrément du médecin spécialiste tant que le dossier administratif n'est pas en ordre).



Problématique 2 : réévaluation de tous les critères d'agrément (textes de loi)

Contexte : de nombreux textes régissant les critères d'agrément sont obsolètes et ne reflètent pas la réalité de l'exercice médical actuel. Il manque par ailleurs, et tel que soulevé dans le rapport du SPF Santé Publique sur la qualité des stages³, des critères d'agrément clairement définis par les textes de loi.

Exemple concret

Les textes de loi régissant l'agrément pour la médecine interne (et ses sous-spécialités)⁴ ou celui régissant l'agrément des chirurgiens (généralistes, plastiques, neurochirurgiens, orthopédiques et urologiques)⁵ datent de **1979** et ne définissent aucunement les acquis attendus en fin de formation afin de satisfaire aux exigences de compétence et de connaissance requises par les commissions d'agrément.

Il va sans dire que, à côté de la négligence du volet pédagogique de la formation spécialisée et des acquis attendus, il est illusoire de croire que la médecine actuelle se pratique comme en 1979 et qu'aucune adaptation n'est nécessaire.

Certaines commissions d'agrément, telles que celles de dermatologie⁶ ou de génétique clinique⁷, ont fait le travail de fournir un document détaillant précisément les savoirs, savoir-faire et compétences attendues en fin de formation.

Le tableau a (annexe 1) résume les caractéristiques des textes de loi pour les 46 titres de niveau 2 et 3 en Fédération Wallonie-Bruxelles. De son analyse, nous retenons que la majorité des textes encadrant les formations ont plus de 25 ans d'âge (année médiane de promulgation des textes : **1996**, figure 1).

³ Qualité des stages des médecins spécialistes en formation en Belgique : enquête auprès des principaux acteurs, Service Professions de Santé et Pratique professionnelle, DG Soins de Santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2023.

⁴ Arrêté ministériel du 9 mars 1979 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la médecine interne, de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de la cardiologie et de la rhumatologie, M.B., 9 mars 1979, <https://justice.belgium.be>.

⁵ Arrêté ministériel du 18 juillet 1979 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour les spécialités de la chirurgie, de la neurochirurgie, de la chirurgie plastique, de l'urologie et de l'orthopédie, M.B., 18 juillet 1979, <https://justice.belgium.be>.

⁶ Arrêté ministériel du 4 octobre 2016 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage en dermatologie, M.B., 4 octobre 2016, <https://justice.belgium.be>.

⁷ Arrêté ministériel du 23 mai 2017 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage en génétique clinique, M.B., 23 mai 2017, <https://justice.belgium.be>.

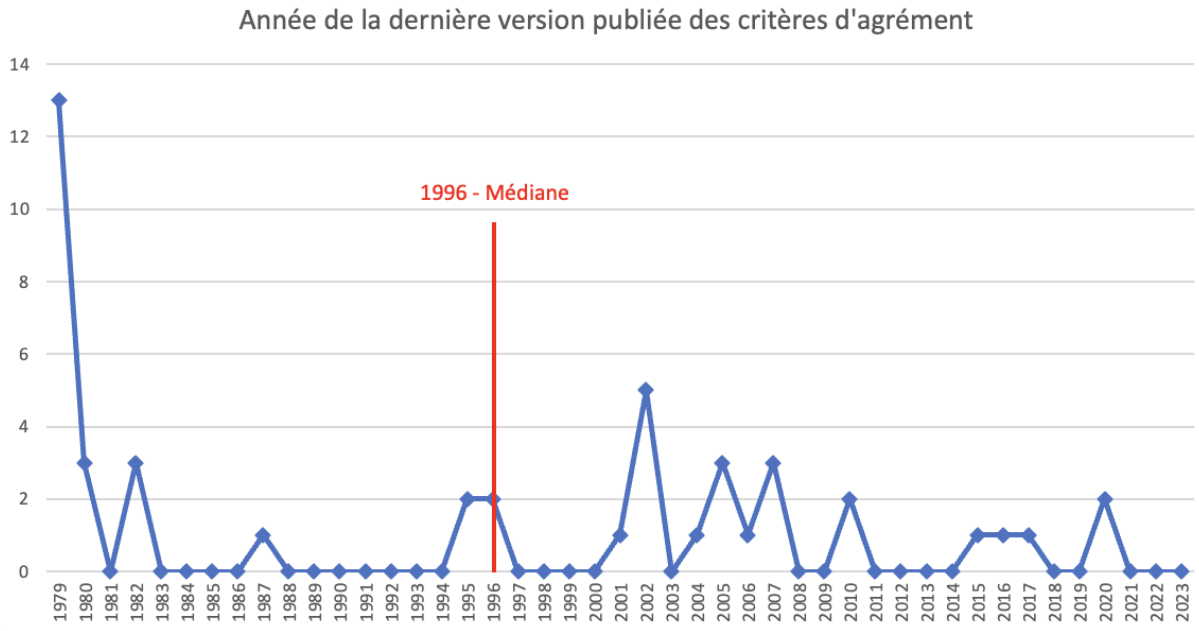


Figure 1 : année de publication de la dernière version des critères d'agrément

Par ailleurs, près de $\frac{3}{4}$ des AM fixant les critères d'agrément ne définissent aucun acquis spécifique attendu en fin de formation (figure 2). Seules 4 commissions d'agrément (dermatologie, génétique clinique, infectiologie clinique et microbiologie clinique) ont fait la démarche de dresser une telle liste et de la publier.

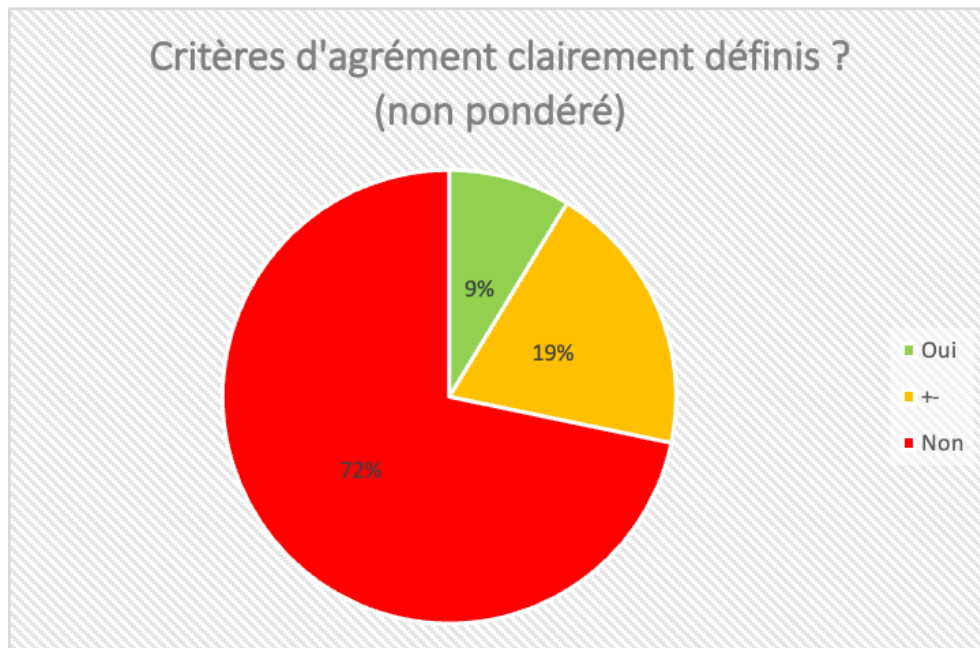


Figure 2 : proportion de critères d'agrément précisément définis dans les textes de loi (non pondéré pour l'effectif)

Il est à noter que ces chiffres ne sont pas pondérés en fonction de l'effectif de chaque spécialité. Les spécialités comportant le plus de médecins spécialistes en formation en terme de nombre sont très souvent celles qui ont les critères les plus anciens et les moins définis (médecine interne, chirurgie, ...).

En pondérant ces données avec l'effectif estimé, par spécialité, le résultat est encore plus interpellant : près de 80% des médecins spécialistes en formation n'ont pas de critères d'agrément clairement définis (figure 3).

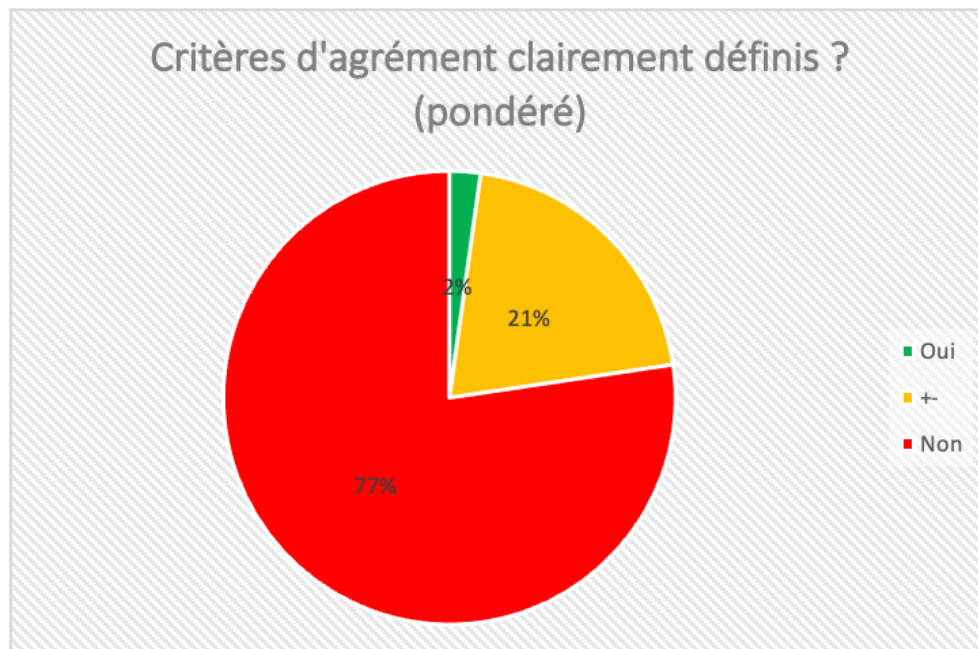


Figure 3 : proportion de critères d'agrément précisément définis dans les textes de loi (pondéré pour l'effectif)

Solution à moyen-terme:

Convocation de l'ensemble des commissions d'agrément et du conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes en vue de lancer un travail de refonte des textes entourant les critères d'agrément des différentes spécialités.

Idéalement, les nouvelles moutures de ces textes devraient être standardisées pour suivre la même structure et le même niveau de qualité de rédaction. Un travail préalable doit impérativement être mené avec des pédagogues et autres spécialistes de l'enseignement afin de définir les façons de formaliser un parcours pédagogique avec des objectifs intermédiaires et finaux de manière optimale.



Problématique 3 : création de programmes de formation clairs, par spécialité, clairement définis et communiqués à l'avance

A l'heure actuelle, le programme de formation d'un MSF n'est pas clair, non défini et non discuté à l'avance. Rares sont les lieux de stages qui ont connaissance des expériences précédentes du MSF et des résultats obtenus. En basant la vaste majorité des critères d'agrément - ce processus devant ultimement servir à garantir l'autonomie et la compétence du soignant - sur des notions de volume (horaire, nombre de procédure, ...), des critères essentiels de qualité sont négligés.

Les programmes ne s'adaptent pas de manière individuelle aux forces et faiblesses des candidats. Les méthodes actuellement utilisées pour définir les objectifs, les moyens mis en œuvre pour atteindre ces buts et les indicateurs de suivi pour leur complétion sont soit inexistantes, soit archaïques, inadaptés et sous-utilisés.

La littérature scientifique médicale s'intéresse à cette question depuis de nombreuses années. Notons le travail récent de Frank et al. (2010)⁸ sur ces questions, qui proposent un tableau récapitulatif des objectifs principaux de la formation médicale et des moyens pour y arriver (tableau 1).

Table 1. The rationale for CBME.	
Main principle	Elaboration
Focusing on outcomes In an era of greater public accountability, medical curricula must ensure that all graduates are competent in all essential domains.	<ul style="list-style-type: none">• Not all current curricula explicitly define desired outcomes.• Not all current curricula address all of the desired outcomes.• Not all current curricula assess or ensure that graduates have acquired all of the necessary abilities.• In the health professions, assessment scores should not be compensatory from one domain to another (i.e., excellent knowledge does not compensate for poor communication skills).• Medical education needs to be transparent for learners, teachers, and the public with respect to its goals and effectiveness.• Standards must be criterion-oriented.• Medical education tends to emphasize process issues (e.g., instructional methods) over outcomes (e.g., graduate performance and satisfaction).• Medical education must prepare trainees for practice.• Content that does not contribute to preparation for practice should be dropped.
Emphasizing abilities Medical curricula must emphasize the abilities to be acquired.	<ul style="list-style-type: none">• There is too much emphasis on knowledge, and not enough on skills, attitudes and their synthesis into observable competencies.• An emphasis on the abilities of learners should be derived from the needs of those served by graduates (i.e., societal needs).• Educational objectives as an organizing framework should be replaced with a hierarchy of competencies.
De-emphasizing time-based training Medical education can shift from a focus on the time a learner spends on an educational unit to a focus on the learning actually attained.	<ul style="list-style-type: none">• Time is a resource to be tailored to the needs of teachers and learners.• Current curricula and credentialing tend to emphasize fixed times spent in training.• Learners may progress at different rates, and may achieve threshold competencies faster or slower than the average peer.• Greater emphasis should be placed on the developmental progression of abilities and on measures of performance.• Greater flexibility may make some curricula more efficient and engaging.
Promoting greater learner-centredness Medical education can promote greater learner engagement in training.	<ul style="list-style-type: none">• A curriculum of competencies provides clear goals for learners.• A roadmap of milestones provides a transparent path to achieve the competencies.• An individual learner can adjust their own learning using the milestones.

Tableau 1 : "Table 1. The rationale for CBME."⁹

⁸ Frank JR, Snell LS, Cate OT, et al. Competency-based medical education: theory to practice. Med Teach. 2010;32(8):638-645. doi:10.3109/0142159X.2010.501190

⁹ Ibid



Ce manque de standardisation et d'explication claire quant aux objectifs et compétences attendus au fil de la formation (et à son terme) permettent de nombreux abus, avec des invalidations de stage très faiblement justifiées et justifiables, mais non vérifiable par des intervenants extérieurs à cause de l'opacité du processus.

Solution à moyen-terme:

Conjointement au processus décrit dans la problématique 2, il sera nécessaire de repenser et de redéfinir les objectifs de formation par spécialité, et les moyens mis en œuvre pour y arriver.

Un travail préalable par des pédagogues et des spécialistes de l'éducation médicale est indispensable pour identifier les meilleures pratiques à mettre en place dans les différentes commissions d'agrément.

Ensuite, chaque commission d'agrément devra proposer un programme de formation type, avec des milestones identifiés et définis, et des objectifs de fin de formation.



Problématique 4 : révision de la composition des commissions d'agrément (incorporation de représentants des MSF)

A l'heure actuelle, les commissions d'agrément sont composées de 3 à 6 médecins agréés avec une expérience académique, un nombre équivalent proposé par des associations professionnelles, 1 à 2 membres titulaires d'un master en médecine avec une fonction académique, et un nombre équivalent proposé par les associations professionnelles concernées¹⁰.

Les commissions d'agrément doivent statuer sur le cas des médecins spécialistes en formation, sur l'avancement de leur formation et la satisfaction qu'ils donnent sur leurs qualités professionnelles.

C'est également le premier organe à intervenir en cas de problème durant la formation, si celui-ci concerne des aspects formatifs (insuffisance dans certains aspects, inadéquation avec le niveau attendu, ...). Les commissions d'agrément sont compétentes pour auditionner des MSF en cas de problématique.

Dans la société générale, la représentation des catégories concernées dans les organes qui décident de leurs conditions de vie/travail est logique, normale et routinière. Nous pouvons prendre pour exemple la présence des représentants des travailleurs au sein des conseils d'entreprise ou, dans un autre contexte, la présence de délégués de classe durant les conseils de classe ou de discipline. Ces pratiques promeuvent la transparence dans les décisions, évitent l'entre-soi délétère et s'assurent d'une possibilité de défense des principaux concernés.

Dans le cas des commissions d'agrément, il n'y a aucune possibilité pour que des représentants des médecins spécialistes en formation puissent siéger en leur sein.

Solution

- à court terme & 🏆 quick win

Modification de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant la procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes pour introduire, dans la composition des commissions d'agrément, la présence de deux MSF de la spécialité concernée.

La procédure de nomination devrait être séquentielle : d'abord via l'association professionnelle représentative (si elle existe), ensuite via l'union professionnelle représentative et, in fine, par candidature ouverte à tout MSF intéressé.

¹⁰ Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant la procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, M.B. 29-01-2018



Problématique 5 : création d'un organe de recours

En FWB, en cas de désaccord avec la décision d'une commission d'agrément, le MSF ne peut introduire de recours que dans cette même commission d'agrément. Celle-ci analysera alors les (éventuelles) nouvelles informations fournies et rendra un second avis. Si le désaccord persiste, le MSF n'a plus d'autre choix que d'aller au Conseil d'Etat, devant faire casser une décision administrative (celle du Ministre qui aura suivi la commission d'agrément).

A notre connaissance, cette procédure n'a jamais eu lieu : elle est non seulement dangereuse pour le MSF qui s'expose à des représailles mais également longue et coûteuse. Les MSF préfèrent alors toujours "accepter" la sanction retenue et faire profil bas le temps nécessaire.

Quand bien même le conseil d'état venait à donner raison à un MSF dans sa demande, le processus serait alors relancé au sein de la même commission d'agrément qui serait, à nouveau, amenée à réexaminer le dossier et à rendre une nouvelle décision.

Ne pas avoir de possibilité de recours devant une structure tierce, indépendant et autonomisée, éloignée de l'entre-soi caractéristique du milieu médical (et, a fortiori, quand il s'agit d'une seule et même spécialité, dans une seule région du pays) est un risque majeur de concentration des pouvoirs, de conflits d'intérêt et donc d'abus.

En Flandre, de telles structures existent en cas de litige, permettant aux candidats spécialistes de trouver un lieu d'écoute et d'accueil en cas de problématique grave avec leur commission d'agrément.

Nous avons sollicité, à ce sujet, un avis de notre conseil juridique. Vous trouverez cet avis, pour référence, dans l'annexe 2 de ce document. En voici sa conclusion :

"En conclusion, la structure intermédiaire en Flandre qui permet aux médecins spécialistes en formation de trouver un lieu où exprimer leur désaccord avec les décisions prises semblerait être la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants, plutôt que le Collège des présidents. Comme dit plus haut, il s'agit d'une structure qui ne concerne pas uniquement les médecins, mais également d'autres professions. Toutefois, cette Commission consultative a été créée par décret, auquel l'arrêté du gouvernement flamand fait ensuite référence. Elle a donc été créée par un acte législatif adopté par le parlement flamand, et non pas par arrêté, qui est un acte du seul ministre. Cela implique qu'il n'existe pas de base légale pour la création d'une telle structure par arrêté.

Il semblerait que tel soit également le cas en Communauté française. La création d'une structure similaire requerrait donc qu'une telle proposition passe par le processus législatif, et n'impliquerait donc pas juste une modification des arrêtés ministériels du 23.04.2014 et du 29.11.2017."



Solution à moyen terme

Mise sur pied d'un groupe de travail visant à la constitution d'un tel organe de recours en FWB, selon les modalités les plus adaptées selon les spécificités de la fédération. Nous insistons, tel que nous le démontrions dans la problématique 4, sur la nécessité d'inclure des représentants des MSF dans les membres d'un tel organe de recours. L'organisme de choix pour les désigner est, sans nul doute, l'union professionnelle représentative des MSF.



Problématique 6 : modernisation des outils et des procédures de soumission des documents requis

Les outils nécessaires à l'agrément actuellement mis à disposition des MSF en FWB sont archaïques et obsolètes. Cette section sera divisée en deux parties : une sur le carnet de stage, l'autre sur les processus de communication.

1. Carnet de stage

Le carnet de stage est un outil indispensable pour valider, année après année, sa formation. Il est requis par la commission d'agrément et est le principal élément permettant de juger de la progression ou non d'un candidat. Les carnets de stage sont mis à disposition des MSF selon leur spécialité et peuvent être trouvés en ligne¹¹.

Ils présentent globalement la même structure et les mêmes caractéristiques : une partie signalétique, un registre d'actes réalisés / de pathologies rencontrées durant la période de stage, une partie sur les évaluations du candidat par son maître de stage et un registre des activités connexes au stage (participation à des séminaires, à des congrès, publications scientifiques, ...).

Ces documents sont obsolètes, fastidieux à compléter et à réviser et, finalement, assez peu représentatifs de l'expérience et de la formation du MSF. Il est de pratique notoire que de nombreux MSF inventent, a posteriori, les chiffres qu'ils renseignent dans le carnet de stage, n'ayant pas fait de suivi durant l'année. Ces relevés ne sont pas consultés par le maître de stage durant la période concernée, ni par les suivants qui n'y ont pas accès.

La nature du carnet de stage (tableur Excel archaïque imprimé en document papier de parfois plus de 40 pages) et la façon dont il est traité (en interne à la commission d'agrément, en huis clos) ne permet pas d'avoir une vue claire sur la progression du candidat au cours de sa formation pour celui-ci, pour le maître de stage coordinateur et pour les autres maîtres de stage.

Les outils technologiques disponibles permettent de répondre aux multiples attentes et besoins liés à l'évaluation de futurs professionnels de la santé. La possibilité de suivi de multiples indicateurs de manière automatisée, l'accès aux différents intervenants dans la formation des candidats, la centralisation des informations pour faciliter la génération de rapport pour l'administration ne sont qu'une partie des avantages à l'implémentation, à l'échelle nationale ou de la fédération, de solutions modernisées. La littérature scientifique médicale a également exploré ces solutions, et trouve des résultats significativement positifs dans leur implémentation¹².

¹¹ <https://agreementsante.cfwb.be/carnets-de-stage/>

¹² Sánchez Gómez S, Ostos EM, Solano JM, Salado TF. An electronic portfolio for quantitative assessment of surgical skills in undergraduate medical education. BMC Med Educ. 2013;13:65. Published 2013 May 6. doi:10.1186/1472-6920-13-65



2. Procédures de soumission de documents à la commission d'agrément

Les procédures de soumission de documents (plans de stage, carnets de stage, ...) souffrent elles aussi de lacunes importantes.

Deux voies sont actuellement possibles : par voie postale ou par voie électronique.

La voie postale, privilégiée pour sa relative simplicité et fiabilité, souffre de deux problèmes majeurs : malgré l'utilisation (coûteuse) généralisée de recommandés avec accusés de réception, un MSF n'a aucune preuve du contenu de ce qui a été effectivement envoyé à l'administration. Les MSF s'exposent également aux pertes des services postaux, fréquentes, pouvant les mettre dans des situations délicates avec des dépassements des délais impartis, menant à des sanctions administratives lourdes et disproportionnées (voir problématique 1).

Il est fréquent que les commissions d'agrément - par le biais de leur secrétariat - refusent de présenter des dossiers auxquels manqueraient des pièces, arguant ne jamais les avoir reçues, ne laissant aucune possibilité au MSF pour prouver qu'il les avait bien envoyés. Ces documents sont parfois retrouvés plusieurs mois plus tard.

La voie électronique, quant à elle, est peu utilisée à cause de son apparente complexité : outre la nécessité de se munir d'un lecteur de carte d'identité, le formulaire de soumission est inutilement compliqué, requiert des documents ou des informations qui ne sont pas connus ni utilisés par les MSF pour être validé et rend le processus inutilement complexe et fastidieux¹³.

Solutions à moyen terme

1. Mise en place d'un portfolio électronique, développé en concertation avec un groupe de travail mixte (MSF, maîtres de stage, maîtres de stage coordinateurs, membres de commission d'agrément, pédagogues) afin de rendre le processus simple, concret et en lien avec les réalités de terrain. Devra être réalisé après la mise en œuvre des solutions aux problématiques 2 et 3.
2. Une fois le portfolio développé, export automatique de celui-ci d'un carnet de stage formalisé vers la commission d'agrément. Le plan de stage devrait également être repris dans le portfolio et donc exporté vers les commissions d'agrément de la même façon. Mise à disposition d'un formulaire simplifié pour la soumission d'autres documents (e.g. documents à fournir en début de première année - attestation de sélection, attestation d'inscription à l'Ordre, etc.).

¹³ <https://agreementsante.cfwb.be/liens-vers-le-portail/>



Conclusion

Ce rapport aborde de manière détaillée les problématiques auxquelles sont confrontés les Médecins Spécialistes en Formation (MSF) au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). Il en ressort que le système actuel présente des carences majeures, tant sur le plan administratif que pédagogique, qui ont des conséquences directes sur la formation et le bien-être des MSF et ultimement sur la qualité des soins dispensés à la population.

Principaux points abordés :

1. **Sanctions disproportionnées** : Les sanctions administratives actuelles sont souvent excessives et ne tiennent pas compte des réalités et contraintes rencontrées par les MSF.
2. **Absence d'harmonisation** : Il existe une incohérence et un manque d'uniformité dans les critères d'agrément et les exigences entre les différentes commissions. Un manque de clarté et de définition des objectifs clairs de formation est indéniable.
3. **Insuffisance de la représentation des MSF** : Les MSF sont absents des commissions d'agrément, ce qui limite leur influence dans des décisions cruciales les concernant.
4. **Manque d'organe de recours** : L'absence d'une structure tierce indépendante pour examiner les recours pose un risque majeur d'abus.
5. **Outils et procédures obsolètes** : Les MSF doivent composer avec des outils dépassés pour leur agrément, ce qui rend le processus lourd et inefficace.

Solutions proposées :

1. Problématique 1 : Sanctions administratives

- Action 1 : Moratoire de toutes les sanctions administratives
- Temporalité : 🟡 Immédiate, **quick win**
- Action 2 : Révision de la liste des sanctions, en particulier celles liées aux dépassements de délai pour la remise de documents.
- Temporalité : Moyen terme.

2. Problématique 2 : Réévaluation des critères d'agrément de toutes les spécialités

- Action : Lancer une évaluation et un travail sur les critères d'agrément de toutes les spécialités.
- Temporalité : Moyen terme.

3. Problématique 3 : Redéfinition des plans de formation et des objectifs à atteindre de toutes les spécialités

- Action : Lancer un groupe de travail par spécialité sur ce sujet, afin de fournir un plan de formation clair aux candidats avec des objectifs intermédiaires bien identifiés.
- Temporalité : Moyen-long terme.

4. Problématique 4: Nomination de représentants MSF

- Action : Nommer, au sein des commissions d'agrément, des représentants des MSF.
- Temporalité : 🟡 Immédiate, **quick win**



5. Problématique 5: Création d'un organe de recours

- Action : Constitution d'un groupe de travail pour la mise sur pied d'un organe de recours en FWB et intégration de représentants des MSF.
- Temporalité : Moyen-long terme.

6. Problématique 6: Modernisation des outils et des procédures

- Action : Mise en place d'un portfolio électronique pour la soumission et le suivi des compétences et des savoir-faire.
- Temporalité : Moyen-long terme.

Enjeux majeurs :

- **Équité et justice** : Il est essentiel que les MSF soient traités de manière équitable et que les décisions prises à leur encontre soient justes et proportionnées.
- **Modernisation** : Avec l'évolution technologique, il est impératif de mettre à jour les outils et procédures pour rendre le processus d'agrément plus efficace et adapté aux réalités actuelles.
- **Participation active des MSF** : Les MSF, en tant que principaux concernés, doivent avoir une voix active et une représentation significative dans tous les processus décisionnels les concernant.
- **Garantir une formation de qualité** : Les problématiques soulevées ont un impact direct sur la qualité de la formation des MSF. Il est essentiel d'adresser ces questions pour garantir une formation de qualité et préparer adéquatement la prochaine génération de spécialistes médicaux.

Face à ces problématiques urgentes, la responsabilité qui incombe au politique est considérable. En tant que garant de la santé publique en FWB, il est primordial de reconnaître que la qualité de formation des Médecins Spécialistes en Formation (MSF) d'aujourd'hui détermine directement la qualité des soins et la sécurité des patients de demain. L'inaction ou des mesures inadéquates en matière de réglementation et de supervision pourraient avoir des conséquences non seulement pour ces jeunes professionnels mais aussi, et surtout, pour l'ensemble de la population.

Le monde médical, par nature, s'inscrit dans une quête continue d'excellence, de dévouement et d'engagement envers les patients. Il est dès lors indispensable que le cadre politique et administratif soit à la hauteur de cette mission. Les solutions proposées dans ce rapport sont bien plus qu'une simple réponse administrative : elles représentent un engagement moral envers tous les citoyens, garantissant que leur santé repose entre les mains des professionnels les mieux formés. Ne pas agir, ou agir trop tardivement, reviendrait à compromettre la sécurité des soins actuels et futurs.

Ainsi, Madame la Ministre, nous vous exhortons à prendre ces enjeux avec toute la gravité et l'urgence qu'ils méritent, en reconnaissant que la formation des professionnels de santé d'aujourd'hui est un investissement essentiel pour garantir la santé et la sécurité des générations futures. La responsabilité qui pèse sur vos épaules est immense, mais les possibilités de transformer positivement le paysage médical de la FWB le sont tout autant. Nous sommes convaincus que sous votre leadership, les actions nécessaires seront



entreprises pour garantir un avenir serein et sécurisé pour tous les patients en Belgique francophone.

Annexes

Annexe 1 : Tableau a : caractéristiques des textes entourant l'agrément des médecins spécialistes en FWB

Spécialité	Niveau du titre	Année de promulgation	Critères clairement définis ?	% MSF	URL
Anatomie pathologique	2	1982	Non	1,25%	URL
Anesthésie	2	1979	+ -	10,87%	URL
Biologie clinique	2	1979	+ -	1,29%	URL
Cardiologie	2	1979	Non	1,61%	URL
Chirurgie générale	2	2002	Non	6,37%	URL
Chirurgie orthopédique	2	1979	Non	4,61%	URL
Chirurgie plastique	2	1979	Non	1,00%	URL
Dermatologie	2	2016	Oui	1,82%	URL
Gastroentérologie	2	1979	Non	1,72%	URL
Gastroentérologie oncologique	3	2010	+ -	N/A	URL
Génétique clinique	2	2017	Oui	0,39%	URL
Gériatrie	2	2005	Non	1,36%	URL
Gestion de données de santé	2	2001	+ -	N/A	URL
Gynécologie	2	1979	Non	6,01%	URL
Hématologie clinique	3	2002	Non	N/A	URL
Hématologie / oncologie clinique	3	2007	Non	N/A	URL
Infectiologie clinique	3	2020	Oui	N/A	URL
Médecine aiguë	2	2005	Non	0,68%	URL
Médecine d'assurance et d'expertise médicale	3	2007	Non	N/A	URL
Médecine d'urgence	2	2005	Non	6,22%	URL
Médecine du travail	2	2006	Non	0,75%	URL
Médecine interne	2	1979	Non	14,45%	URL



Médecine légale	2	2002	Non	0,29%	URL
Médecine nucléaire	2	1996	+ -	0,50%	URL
Médecine physique et réadaptation	2	2004	Non	2,00%	URL
Microbiologie médicale	3	2020	Oui	N/A	URL
Néphrologie	3	1996	Non	N/A	URL
Neurochirurgie	2	1979	Non	1,36%	URL
Neurologie	2	1987	Non	3,15%	URL
Neurologie pédiatrique	3	1995	Non	N/A	URL
Oncologie médicale	2	2007	Non	1,07%	URL
Ophtalmologie	2	1982	Non	2,58%	URL
Otorhinolaryngologie	2	1980	Non	2,47%	URL
Pédiatrie	2	1979	Non	7,05%	URL
Pneumologie	2	1979	Non	0,79%	URL
Pneumologie oncologique	3	2010	+ -	N/A	URL
Psychiatrie adulte	2	2002	+ -	5,29%	URL
Psychiatrie infanto-juvénile	2	2002	+ -	2,50%	URL
Psychiatrie médico-légale	3	2015	+ -	N/A	URL
Radiodiagnostic	2	1980	Non	4,43%	URL
Radiothérapie	2	1980	Non	1,11%	URL
Réadaptation	2	1978	Non	N/A	URL
Rhumatologie	2	1979	Non	0,61%	URL
Soins intensifs	3	1995	Non	N/A	URL
Stomatologie	2	1982	Non	1,39%	URL
Urologie	2	1979	Non	3,00%	URL



Annexe 2 : avis juridique quant à la création d'un organe de recours en FWB

En Flandre, il existe plusieurs procédures de recours devant des organes différents selon le type de litige à trancher.

1. en cas de désaccord entre le médecin spécialiste en formation et le maître de stage, chacun d'eux peut saisir l'agence Soins et Santé (cf. arrêté du gouvernement flamand relatif à l'agrément, article 12). Celle-ci prend une décision définitive après avis de la commission d'agrément. Cette procédure ne concerne cependant que les désaccords entre le médecin spécialiste en formation et son maître de stage.
2. l'arrêté du gouvernement flamand a également créé une structure appelée le Collège des Présidents, composé des présidents des commissions d'agrément. Le collège des Présidents n'intervient dans des situations individuelles que lorsqu'une irrégularité dans la procédure de l'examen de l'aptitude du candidat à la discipline choisie a été constatée par le président, le vice-président ou le secrétaire de la commission d'agrément compétente (art. 13, § 3). Le médecin spécialiste en formation ne peut donc pas saisir directement le collège des Présidents, et celui-ci ne peut intervenir que lorsqu'il existe des irrégularités de procédure. Par ailleurs, la décision finale reste de la compétence de l'agence Soins et Santé.
3. les articles 16 et 17 de l'arrêté prévoient également une procédure de recours devant l'agence Soins et Santé si la commission d'agrément émet un avis négatif et l'agence décide de suivre cet avis. En cas de contestation par le médecin spécialiste, l'agence demande un avis sur le dossier à la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants¹⁴. Cette Commission externe est composée de différentes chambres, pour des recours concernant plusieurs milieux professionnels. La chambre pour les médecins spécialistes et généralistes de la Commission consultative est composée de 4 représentants des universités et 4 représentants des organisations professionnelles¹⁵. Si l'avis de la commission consultative diffère de celui de la commission d'agrément, le ministre tranche. Sinon, l'agence transmet sa décision définitive.

En communauté française, une procédure de recours interne est prévue aux articles 9 à 11 de l'AM. La procédure est la suivante :

¹⁴ Créé par le décret du 7 décembre 2007 portant création du Conseil consultatif stratégique pour la Politique flamande du Bien-Être, de la Santé et de la Famille et d'un Comité d'avis pour les Structures du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants.

¹⁵ Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, voir son site internet <https://www.departementwvg.be/beleid-adviescommissie-wvg>



- Lorsque la Commission émet un avis défavorable, l'Administration doit en informer le candidat dans un délai de trente jours par envoi recommandé suivant la réception de l'avis.
- En cas de contestation de l'avis défavorable de la Commission, le candidat peut faire parvenir à l'Administration une note avec ses observations motivées dans un délai de trente jours suivant la réception de l'avis. Dans ce cas, la Commission réexamine le dossier. A la demande du candidat ou de la Commission, celui-ci peut être entendu par la Commission aux fins de fournir tous les renseignements utiles. Le candidat peut se faire assister d'un conseil.
- S'il ne comparait pas, la Commission statue sur pièces. En cas d'absence dûment justifiée, une nouvelle date d'audition est fixée.
- La Commission peut maintenir son avis initial ou remettre un nouvel avis sur la base des éléments nouveaux. Le Ministre ou son délégué rend sa décision sur la base du dernier avis de la Commission.
- L'Administration communique au candidat la décision du Ministre ou de son délégué dans un délai de trente jours. Lorsque la décision est négative, celle-ci est communiquée au demandeur par envoi recommandé.

L'article 12, qui prévoit la sanction d'invalidation d'une période de stage, renvoie spécifiquement à ces dispositions. Cette procédure de recours interne devrait donc également être appliquée lorsque la sanction d'invalidation est imposée.

Concernant la procédure de l'examen de l'aptitude du candidat à la discipline choisie, l'article 17 de l'AM prévoit une même procédure de recours en cas d'avis défavorable par un deuxième maître de stage.

D'autre part, toute décision prise par le Ministre sur base l'avis de la Commission forme une décision administrative, qui peut être attaquée devant le Conseil d'Etat (art. 14 Loi sur le Conseil d'Etat). Un recours en annulation pourrait donc être introduit auprès du Conseil d'Etat contre une décision de modification du plan de stage prise par le Ministre en cas de prolongation de stage suite à l'invalidation d'une période de stage (en vertu de l'art. 13 de l'arrêté ministériel du gouvernement française). Le Conseil d'Etat ne peut cependant annuler des actes administratifs qu'en raison d'irrégularité substantielle.

En résumé, les différences entre les systèmes en place en Flandre et en Communauté française sont les suivantes :

- En Flandre, les décisions finales sur la validation du stage sont prises par l'agence Soins et Santé, qui est une agence autonomisée interne sans personnalité juridique créée au sein du Ministère flamand de l'Aide sociale et de la Santé publique¹⁶, tandis qu'en communauté française, cette compétence est attribuée au Ministre « ayant les agréments des prestataires de soins de santé dans ses attributions ». En pratique, cela ne change vraisemblablement pas grand-chose.

¹⁶ Seul dans le cas du recours prévu par les articles 16 et 17 de l'arrêté du gouvernement flamand, et en cas d'avis contraire par la commission consultative, ce sera le Ministre qui tranchera, et non l'agence.



- En cas de désaccord avec un avis défavorable émis par la commission d'agrément en Flandre, la commission consultative rend un avis. Une telle structure tierce n'existe pas en Communauté française. En cas de désaccord en Communauté française, la commission d'agrément réexamine elle-même le dossier.
- La Communauté française n'a pas non plus créé de structure telle que le Collège des présidents en Flandre. Toutefois, comme expliqué ci-dessus, les compétences de cette structure sont limitées. De plus, il ne s'agit pas réellement d'une structure intermédiaire puisqu'elle est composée des présidents des commissions d'agrément.

En conclusion, la structure intermédiaire en Flandre qui permet aux médecins spécialistes en formation de trouver un lieu où exprimer leur désaccord avec les décisions prises semblerait être la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants, plutôt que le Collège des présidents. Comme dit plus haut, il s'agit d'une structure qui ne concerne pas uniquement les médecins, mais également d'autres professions. Toutefois, cette Commission consultative a été créée par décret, auquel l'arrêté du gouvernement flamand fait ensuite référence. Elle a donc été créée par un acte législatif adopté par le parlement flamand, et non pas par arrêté, qui est un acte du seul ministre. Cela implique qu'il n'existe pas de base légale pour la création d'une telle structure par arrêté.

Il semblerait que tel soit également le cas en Communauté française. La création d'une structure similaire requerrait donc qu'une telle proposition passe par le processus législatif, et n'impliquerait donc pas juste une modification des arrêtés ministériels du 23.04.2014 et du 29.11.2017.