**Demande d’agrément comme maitre de stage en dentisterie générale**

|  |  |
| --- | --- |
| Première demande |  |
| Renouvellement[[1]](#footnote-1)/Modification2 |  |

**Partie 1: Informations de base**

**1.1. Nom du candidat maitre de stage**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom**(mentionné sur la carte d’identité) **:** | **Prénoms :** |
| **Numéro de Registre National :** | **Numéro INAMI :** |
| **Courriel :** | **Numéro de Téléphone :** |

**1.2. Activités de formation continue au cours des 5 dernières années :**

|  |  |
| --- | --- |
| J’étais complètement accrédité pendant les 5 dernières années |  |
| Je n’étais pas ou pas complètement accrédité pendant les 5 dernières années  **C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Veuillez remplir le tableau en **annexe B** et veuillez fournir les preuves des formations continues suivies. |  |
|  |  |
| J’ai participé aux séminaires de formation pour les maîtres de stage 3  **C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Si vous étiez déjà agréé en tant que maître de stage dans le passé, ajoutez en annexe E la preuve que vous avez dans le cadre de la formation des maitres de stage suivi les **séminaires d’initiation et de suivi**. |  |

**1.3. Combien de stagiaires désirez-vous accompagner annuellement**

Le nombre maximum de stagiaires à suivre annuellement est limité à un total de 2, quel que soit le quota demandé.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nombre |
| Temps plein (au moins 32 heures réparties sur **8 demi-jours**) | Choisissez un élément. |
| Deux-tiers Temps (au moins 20 heures réparties sur **5 demi-jours)** | Choisissez un élément. |
| Mi-temps (au moins 16 heures réparties sur **4 demi-jours**) | Choisissez un élément. |
| Tiers-temps **(**au moins 12 heures réparties sur **3 demi-jours**) | Choisissez un élément. |

**1.4 Comment les obligations de continuité de soins sont-elles assurées ? Indiquez le service de garde auquel vous êtes affilié en y joignant la preuve en annexe C:**

|  |
| --- |
| Choisissez un élément. |

**Partie 2: Renseignements concernant le lieu de stage**

**2.1 Données du lieu de stage :**

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination du cabinet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rue + Numéro/boîte |  |
| Code postale + Commune |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Site web |  |
| Numéro BCE de l’entité qui rémunèrera le stagiaire |  |
| Nom du/des gérant(s) |  |

**C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Si vous n’êtes pas gérant du cabinet, veuillez remplir et faire signer par le gérant la partie ci-dessous :

Je/Nous soussigné(s), gérant(s) du cabinet ,donne/donnons l’autorisation à d’accompagner un stagiaire au sein du cabinet et je m’/nous nous engage(ons) à respecter toutes les conditions et obligations légales.

Je soussigné, dentiste en chef, responsable pour le cabinet, donne l’autorisation à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d’accompagner un stagiaire au sein de la pratique et je m’ engage à respecter toutes les conditions et obligations légales.

**Nom et prénom, suivi de la mention "lu et approuvé" et de la/des signature(s) du/des gérant(s) et du dentiste en chef :**

**Date** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**2.2 Nature de la pratique :**

|  |  |
| --- | --- |
| Pratique individuelle |  |
| Pratique de groupe/Hôpital |  |
| Nombre de collègues (vous-même inclus) |  |
|  | |

**2.3 Nombre total d’unités de traitement disponibles dans le cabinet :**

|  |
| --- |
|  |

Joindre des photos de tous les espaces de traitement en Annexe D

**2.4. Composition de du cabinet et grille horaire**

**2.4.1. Codes à utiliser**

Veuillez remplir les tableaux des points 2.4.2. et 2.4.3. en utilisant les codes suivants :

* **CMS1, CMS2, … : les candidats maitre de stage**
* **CMS1-ST1, CMS1-ST2, CMS2-ST1, CMS2-ST2, … :** La capacité disponible pour les stagiaires des candidats maitre de stage et des demandeurs
* **MS1, MS2, …**  : Les maitres de stage déjà agréés
* **MS1-ST1 , MS1-ST2, MS2-ST1, MS2-ST2, …** : La capacité disponible pour les stagiaires des maitres de stage déjà agréés
* **C1, C2, C3,** … : Vos autres collègues qui au sein de du cabinet ne sont ni agréés maitres de stage, ni candidats à l’agrément comme maitre de stage.
* **H1, H2, H3, …**: hygiénistes bucco-dentaire

**2.4.2. Composition de du cabinet**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code** | **Nom** | **Numéro INAMI** | **Titre professionnel particulier et/ou pratique spécifique (si d’application, par exemple endodontie, pédodontie, …)** | **Nombre de demi-jours d’occupation de fauteuil dentaire dans le cabinet** | **Agréments demandés par les candidats maitre de stage : Temps Plein, Deux-Tiers temps, Mi-temps ou Tiers-Temps** |
| **CMS1** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **CMS2** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **CMS3** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **CMS4** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **CMS5** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code** | **Nom** | **Numéro INAMI** | **Titre professionnel particulier et/ou pratique spécifique (si d’application, par exemple endodontie, pédodontie, …)** | **Nombre de demi-jours d’occupation de fauteuil dentaire dans le cabinet** | **Agréés pour : Temps Plein, Mi-Temps ou tiers-Temps** |
| **MS1** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **MS2** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **MS3** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **MS4** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **MS5** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |

**Nom et Prénom, suivi de la mention “lu et approuvé” et la signature de tous les maitres de stage, candidats maitres de stage et collègues travaillant dans le cabinet :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code** | **Nom** | **Numéro INAMI** | **Titre professionnel particulier et/ou pratique spécifique (si d’application, par exemple endodontologie, dentisterie pédiatrique, …)** | **Nombre de demi-jours d’occupation de fauteuil dentaire dans le cabinet** |
| **C1** |  |  |  |  |
| **C2** |  |  |  |  |
| **C3** |  |  |  |  |
| **C4** |  |  |  |  |
| **C5** |  |  |  |  |
| **C6** |  |  |  |  |
| **C7** |  |  |  |  |
| **C8** |  |  |  |  |
| **C9** |  |  |  |  |
| **C10** |  |  |  |  |
| **C11** |  |  |  |  |
| **C12** |  |  |  |  |
| **C13** |  |  |  |  |
| **C14** |  |  |  |  |
| **C15** |  |  |  |  |
| **H1** |  |  |  |  |
| **H2** |  |  |  |  |
| **H3** |  |  |  |  |

**2.4.3. Grille horaire :**

Information pour remplir le schéma de travail :

* Les heures de samedi ne comptent pas pour évaluer la capacité du lieu de stage. Les stagiaires doivent avoir la possibilité de prester toutes les heures de stage du lundi au vendredi.
* Toute journée de prestations du stagiaire dans le cabinet est assimilée à une journée de 8h. maximum, même si le nombre réel d’heures de prestations est supérieur à 8 heures.
* Toute demi-journée de prestations du stagiaire dans le cabinet est assimilée à une demi-journée de 4h. maximum, même si le nombre réel d’heures de prestations est supérieur à 4 heures.
* Le maître de stage doit toujours être présent sur le lieu de stage.
* Le stagiaire doit avoir une unité de traitement à sa disposition.
* Nous vous prions d’ajouter les unités de traitement supplémentaires dans le formulaire si le cabinet dispose de plus de 8 unités de traitement.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Matin** | | **Après-midi** | | **Matin** | | **Après-midi** | |
|  | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** |
|  | Unité de traitement 1 | | | | Unité de traitement 2 | | | |
| Lundi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mardi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mercredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jeudi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samedi |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Unité de traitement 3 | | | | Unité de traitement 4 | | | |
| Lundi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mardi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mercredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jeudi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samedi |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Matin** | | **Après-midi** | | **Matin** | | **Après-midi** | |
|  | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** | **Qui** | **Nombre d’heures** |
|  | Unité de traitement 5 | | | | Unité de traitement 6 | | | |
| Lundi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mardi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mercredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jeudi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samedi |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Unité de traitement 7 | | | | Unité de traitement 8 | | | |
| Lundi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mardi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mercredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jeudi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Samedi |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2.5 Aménagement du lieu de stage :**

2.5.1 Quelles sont les méthodes de stérilisation employées ? Veuillez indiquer le type et la marque des produits et des appareils (+ photo de l’équipement et de la facture d’achat ou d’entretien en Annexe D).

* Pour les instruments :

|  |  |
| --- | --- |
| Produits : |  |
| Thermodésinfecteur : |  |
| Stérilisateur : |  |

* Pour les instruments rotatifs :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Produits : | |  |
| Appareils : | Nettoyage : |  |
|  | Stérilisation : |  |
|  | Autres (veuillez spécifier) : |  |

2.5.2 Quel système de dossier est utilisé ?

|  |  |
| --- | --- |
| Informatisé |  |
| Manuscrit |  |
| Mixte |  |

2.5.3 Usage courant de MyCareNet

|  |
| --- |
| eHealth |
| eAttest |
| eFact |

2.5.4 Quels sont les ouvrages et/ou revues scientifiques mis à la disposition des stagiaires (imprimés ou électroniques) ?

|  |
| --- |
|  |

2.5.5. Le lieu de stage dispose-t-il d'un accès à internet accessible aux stagiaires ?

|  |  |
| --- | --- |
| Oui |  |
| Non |  |

2.5.6 Le lieu de stage dispose-t-il d'un espace pouvant être utilisé pour lire ou étudier pendant les moments libres ?

|  |  |
| --- | --- |
| Oui |  |
| Non |  |

2.5.7 Quelle technique d’imagerie est utilisée ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Analogique | Numérique |
| Radiographie intra-orale\* |  |  |
| Radiographie panoramique\* |  |  |
|  |  | |
| Autres (veuillez spécifier)\* |  | | |

\*Joindre en Annexe D une photo de chaque appareil.

**Partie 3 : Fréquence des actes**

**En tant que candidat maître de stage, à quelle fréquence exécutez-vous les actes suivants dans le lieu de stage?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | **Régulière-ment** | | **Occasion-nellement** | | **Jamais (ou je réfère dans le cabinet)** | | **Jamais (ou je réfère hors de le cabinet)** | |
| **Examens** | Anamnèse médicale | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Examen de la bouche | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Etat parodontal | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Etat radiographique | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Dpsi | | | | |  | |  | |  | |  | |
| **Prévention** | Instructions de brossage des dents ou d'hygiène buccale | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Scellement | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Détartrage | | | | |  | |  | |  | |  | |
| **Soins réparateurs ou conservateurs** | Restaurations directes (ex. obturations, composites, …) | | | Enfants |  | |  | |  | |  | |
| Adultes |  | |  | |  | |  | |
| Restaurations indirectes (ex. couronnes et bridges, …) | | | Sur dents naturelles |  | |  | |  | |  | |
| Sur implants |  | |  | |  | |  | |
| **Prothèses amovibles** | | | Conventionnelles | | |  | |  | |  | |  | |
| Sur implants | | |  | |  | |  | |  | |
| **Endodontie** | Monoradiculaire | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Pluriradiculaire | | | | |  | |  | |  | |  | |
| **Extractions** | Enfants | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Adultes | Mono- et pluri-radiculaire | | |  | |  | |  | |  | |
| Résidus de racines | | |  | |  | |  | |  | |
| Eléments inclus | | |  | |  | |  | |  | |
| **Chirurgie orale** | Petite chirurgie (ex. biopsies, gingivectomie, …) | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Placement d’implants oraux | | | | |  | |  | |  | |  | |
| **Parodontologie** | Traitement parodontal non-chirurgical | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Traitement parodontal chirurgical | | | | |  | |  | |  | |  | |
| **Désordres crânomandibulaires et occlusions** | Diagnostic | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Thérapie (gouttière occlusale, physiothérapie, e.a.) | | | | |  | |  | |  | |  | |
| **Orthodontie** | Appareil fixe | | | | |  | |  | |  | |  | |
| Appareil amovible | | | | |  | |  | |  | |  | |

**Partie 4 : Approbation des conditions et obligations légales**

Base légale : e.a. la directive européenne 2005/36, *l’arrêté royal du 10 novembre 1996 fixant les modalités de l’agrément des praticiens de l’art dentaire titulaires d’un titre professionnel particulier*, articles 33 à 42 et *l’arrêté ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d’agrément des praticiens de l’art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste*, articles 4, 5 et 6.

Nous attirons votre attention que le respect des dispositions réglementaires précitées implique notamment :

* Mettre à la disposition des stagiaires un nombre suffisant de patients, ainsi que le matériel nécessaire pour travailler selon les standards actuels de la dentisterie.
* Faire preuve d'une disponibilité suffisante pour assurer la formation des stagiaires et toujours être présent sur le lieu où travaille le stagiaire.
* Prévoir un entretien hebdomadaire avec chaque stagiaire.
* Rédiger un rapport annuel des activités du stagiaire.
* Rémunérer le candidat comme prévu par *l'AM du 29 mars 2002* précité*.*
* Permettre au candidat de suivre sans conditions les formations théoriques comme prévu dans le curriculum pour le candidat-stagiaire.
* Rédiger pour chaque stagiaire un programme personnalisé de formation, conforme au modèle déterminé par la Commission d’agrément.
* Le cabinet doit obtenir une autorisation de création et d’exploitation délivrée par l’AFCN, l’appareillage doit être approuvé et le maitre de stage doit avoir une autorisation personnelle.

**Partie 5 : Déclaration et Engagements**

1. Je déclare ne pas avoir fait l'objet d'une mesure de suspension par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou par le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, au cours des dix années qui ont précédé l'agrément comme maître de stage.

2. Je m'engage à me soumettre de manière constructive aux éventuelles visites des lieux de stage organisées, en concertation, par le Conseil de l'Art dentaire et la Commission d'agrément, selon *l'arrêté royal du 10 novembre 1996* précité, notamment l'article 33.

3. Je m'engage à suivre les séminaires de formation destinés aux maîtres de stage au plus tard durant la première année de l’agrément comme maitre de stage.

4. Je m’engage à avoir suivi au moins 1 séminaire de formation dans les 5 dernières années en cas de renouvellement ou de modification de mon agrément.

5. Je m’engage à permettre à mon stagiaire d’effectuer la garde dentaire dans le lieu de stage.

6. Je m’engage à avoir une assurance responsabilité civile qui couvre le « risque d’exploitation ».

7. Je joins au présent formulaire les pièces justificatives pour la recevabilité de ma demande.

Ces pièces sont :

Annexe A (modèle joint au formulaire) : Parce que je demande la modification de mon agrément actuel, la note explicative concernant la modification de l’agrément actuel ;

Annexe B (modèle joint au formulaire) : Liste récapitulative des formations continues parce que ces 5 dernières années je n’étais pas accrédité ou accrédité partiellement à l’INAMI. Pour chaque formation continue mentionnée, je joins une preuve de participation ;

Annexe C : la preuve d’inscription au rôle de garde.

Annexe D : Photos et scans des équipements employés par le cabinet :

Toutes les unités de traitement

Méthodes de stérilisation pour les instruments y compris l’instrumentation rotative : photos des équipements et scans des  factures d’achat ou d’entretien :

Techniques d’imagerie : photos des appareils de radiographie panoramique et/ou autres.

Annexe E : les preuves de participation aux formations des maitres de stage (séminaires initiaux et de suivi).

**Nom et prénom, suivi de la mention "lu et approuvé" et de la signature du candidat maître de stage:**

**Date**

**COMMENTAIRES :**

|  |
| --- |
|  |

**à envoyer avec les annexes :**

🖰

[www.sante.belgique.be](http://www.sante.belgique.be) (formulaire de contact)

[maitredestage@health.fgov.be](mailto:maitredestage@health.fgov.be)

**POUR PLUS D’INFORMATION :**

🖳 <http://www.health.belgium.be/fr/maitre-de-stage-dentiste>

🕿 Service Center : 02/524.97.97

🖰 [maitredestage@](mailto:maitredestage@)health.fgov.be

**ATTENTION :**

**C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Veuillez répondre à toutes les questions. Si vous ne pouvez pas ou difficilement répondre à certaines questions, vous pouvez expliquer cela dans la rubrique « commentaires » en haut de cette page.

Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.

**C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Vous serez informé de votre demande par votre [eHealthBox](https://www.ehealth.fgov.be/fr/myehealth/login)

**Annexe  A : Note explicative concernant la modification de l’agrément actuel**

**C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png Veuillez joindre les preuves justifiant la modification d’agrément demandée** (ex. : en cas d’ajout d’une unité de traitement : les photos de chaque unité de traitement, les factures d’installation de l’unité de traitement supplémentaire et tout autre élément qui selon vous peut aider le Groupe de Travail dans l’examen de votre demande…).

|  |
| --- |
|  |

**Nom et prénom, suivi de la mention "lu et approuvé" et de la signature tant du gérant que du maitre de stage:**

**Date**

**Annexe B : Formation continue**

Si vous n’étiez pas ou pas complètement accrédité pendant les 5 dernières années :

- Veuillez remplir le **tableau** ci-dessous par **ordre** **chronologique** avec les formations continues suivies et veuillez faire les sous-totaux du nombre d’heures par année civile :

- Veuillez fournir en annexe les **preuves** des formations continues suivies durant les années non-accréditées (preuves de présence, preuves de paiement…). Pour les années où vous étiez accrédité, l’aperçu de l’INAMI suffit comme preuve.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° Doc. joint | **Date** | **Titre** | **Organisateur** | **Nombre d’heures** | **Nombre total d’heures par an** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |

1. 1La demande de renouvellement doit être introduite au plus tard six mois avant l’expiration de l’agrément.

   2 En cas de modification, veuillez compléter l’annexe A jointe à ce formulaire.

   3Après l’octroi de l’agrément, le maître de stage est tenu de participer aux séminaires de suivi organisés par les universités ou les associations professionnelles, et ce une fois tous les 5 ans [↑](#footnote-ref-1)