

Projet d'avis du GT du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes
1 septembre 2022
Critères d'agrément spécifiques des médecins spécialistes, des maîtres et services de stage pour la
discipline de **GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE**

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

Composition du Groupe de travail :

- Co-présidents: dr Guy Orye et le président prof P Bernard.
- Membres: Johan Van Wiemeersch, Steven Weyers, Yves Jacquemyn/ Joke Muys, Herman Tournaye, Dirk Timmerman, Tom Bovyn, Sophie Ponnet; Dominique Humblet, Jacques Jani, Didier Oberweis, F. Kridelka, G.Bergiers

I. CONTEXTE 2

II. TEXTE DE VISION 2

III. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES – offre et demande..... 5

IV. DÉFINITION(S) et CHAMP D'ACTION de la discipline : 8

V. CRITÈRES DE FORMATION ET D'AGRÉMENT 9

V.1. Conditions d'admission 9

V.2. Compétences finales (en annexe) 9

V.3 . Durée et étapes de la formation : 14

V.4. Formation à temps partiel 15

VI. MAÎTRE DE STAGE / Équipe..... 16

VII. SERVICES DE STAGE..... 16

VIII. NOMBRE DE CANDIDATS (médecins spécialistes en formation) par maître de stage et par service de stage 16

IX. DISPOSITIONS TRANSITOIRES..... 16

I. CONTEXTE

48

49 Le présent projet d'avis est basé sur l'avis de juin 2017, l'avis des divers groupes de travail au sein de notre
50 groupement professionnel et les expériences de l'étranger.

51 Le groupe de travail mixte a oeuvré intensivement au développement d'un programme de formation standard
52 pour lequel des compétences terminales claires ont été fixées.

53 Bien entendu, une certaine flexibilité doit rester possible. La standardisation présente toutefois l'avantage
54 d'offrir à chaque médecin spécialiste en formation (candidat spécialiste) la certitude d'un parcours de
55 formation cohérent et uniforme, quel que soit l'endroit où il entame sa formation. L'un et l'autre facilitent
56 également le travail des Commissions d'agrément (entités fédérées) qui devraient pouvoir suivre par voie
57 électronique le parcours de formation et l'ajuster le cas échéant.

58

59

60

61

II. TEXTE DE VISION

62

63

64 II.1. Facteurs environnementaux

65

66 Au cours de ces dernières décennies, la discipline gynécologique-obstétricale a subi des changements
67 considérables, non seulement au niveau du type de pathologie, mais également sur le plan des nouvelles
68 technologies et méthodes de traitement.

69

70 Dès lors, une prolongation de la formation à 6 ans s'impose non seulement en raison de la limitation du temps
71 de travail mais aussi, principalement en raison de la plus grande complexité du diagnostic et du traitement
72 des différentes pathologies, de la pression administrative accrue et de l'évolution de la relation médecin-
73 patient au cours des dernières décennies. Les nombreux droits acquis par le patient, comme le droit à
74 l'information et le droit de codécision qui va de pair (« shared decision making »), la grande responsabilité du
75 gynécologue, (aux conséquences médico-légales majeures sur un très long terme), de même que la nécessité
76 d'un « counseling » long et fastidieux lors de l'analyse et du traitement des diverses pathologies, imposent
77 l'acquisition de connaissances et compétences supplémentaires.

78 Le renforcement des connaissances et implications de la génétique, les nombreuses possibilités de traitement
79 des problèmes liés à la fertilité, l'accompagnement du gynécologue durant les différentes phases de la vie
80 d'une femme, aussi bien durant les périodes de puberté, de contraception et de reproduction que pendant la
81 ménopause et la post-ménopause, ainsi que les différentes évolutions de la chirurgie, qui mettent l'accent sur
82 l'augmentation de la complexité et le développement de la chirurgie mini-invasive (avec l'introduction de
83 techniques toujours plus innovantes comme la chirurgie robotique) requièrent une formation intensive afin
84 de garantir une pratique autonome et sans risque.

85 Le gynécologue dispose des connaissances et compétences nécessaires pour répondre à certaines attentes
86 de la société, entre autres une expertise au sein d'une équipe multidisciplinaire concernant les différents
87 aspects du planning familial, de l'accueil et des examens de victimes d'agressions sexuelles ...

88 Le gynécologue assume aussi une grande responsabilité au niveau de l'échographie, et ce non seulement dans
89 le cadre du diagnostic prénatal et du suivi de la grossesse, mais aussi pour tous les aspects de l'échographie
90 qui est devenue indissociable de la pratique quotidienne de la spécialité.

91

92 Une durée de formation de 6 années est comparable aux formations à l'étranger, ainsi qu'avec les formations
93 en médecine interne et en chirurgie.

94

95 Soulignons que le gynécologue généraliste, outre le suivi gynécologique et obstétrical de base, remplit une

96 fonction de coordination importante dans sa relation avec les sous-spécialités telles que la médecine de
97 reproduction, l'oncologie gynécologique, l'urogynécologie et la périnatalogie.

98

99 a) Modifications du profil des patients, du type de pathologie et évolutions technologiques
100

101 Le médecin individuel est devenu un acteur au sein d'une équipe ; les traitements sont à situer dans un cadre
102 plus large ; les aspects préventifs et thérapeutiques doivent être intégrés ; les patients doivent être associés
103 à leur plan de traitement, etc.

104 Pour élaborer un plan de soins sur mesure, une collaboration pluridisciplinaire est nécessaire avec tous les
105 prestataires de soins, tant sur le plan médical que psychosocial et économique, mais aussi avec les patients
106 et les pouvoirs publics et ce, aux différents échelons.

107 En effet, le patient doit lui aussi être fortement impliqué dans le processus de façon à devenir un participant
108 actif et responsable au sein de l'équipe, ce qui améliore l'observance thérapeutique.

109 Contrairement au patient d'autrefois qui s'autorisait peu d'implication , le patient d'aujourd'hui est un
110 partenaire à part entière dans le trajet de soins, et tant avant qu'après une consultation, il collecte des
111 informations via toutes sortes de canaux (internet, médias sociaux, contact avec des pairs). Ces évolutions
112 exigent toujours davantage de chaque médecin qu'il consacre plus de temps à la diffusion d'informations et
113 au consentement éclairé, et qu'il dispose de bonnes aptitudes à la communication, tant vis-à-vis du patient
114 que des prestataires de soins des équipe multidisciplinaires, les responsables de l'institution où ses activités
115 ont lieu, des parties tierces et des autorités publiques. Au cours de ces dernières décennies, les évolutions
116 technologiques ont été majeures . La chirurgie mini-invasive en est un bel exemple. Alors que jusqu'il y a 25
117 ans, la presque totalité de la chirurgie gynécologique avait lieu par voie vaginale et abdominale, actuellement,
118 au moins 50% de toutes les interventions sont réalisées par voie mini-invasive (laparoscopie, hystérocopie
119 et voie vaginale. Notons aussi l'évolution la plus récente : la chirurgie robotique). Ces nouvelles techniques
120 doivent être acquises au cours de la formation qui doit cependant encore consacrer suffisamment de temps
121 aux techniques « à l'ancienne ». Il en va de même pour le traitement conservateur de certaines affections
122 gynécologiques : à cet égard, l'arsenal s'est aussi fortement développé au cours de ces dernières décennies
123 (pensons p. ex. au traitement des myomes), de telle sorte que le candidat spécialiste doit également se former
124 en la matière. Le suivi de ces avancées technologiques (sur les plans diagnostique thérapeutique et
125 économique) est une évidence mais ne peut être que partiellement abordé au cours de la formation actuelle
126 de 5 ans.
127

128 b) Nécessité d'une formation générale ouverte à l'éventualité d'une surspécialisation ultérieure (niveau 3)
129

130 La formation en gynécologie-obstétrique se veut générale car le candidat spécialiste doit conserver une vision
131 large des différents aspects de la gynécologie-obstétrique. Cette formation doit être telle que ce candidat
132 spécialiste doit être en mesure en fin de formation, de prendre part à un service de garde de base.

133 Cependant, la demande des hôpitaux à la recherche d'expertise dans certains sous-domaines ne cesse de
134 croître, d'une part, en raison d'une surspécialisation poussée, et d'autre part, en raison de la collaboration de
135 différents gynécologues au sein d'une association.

136 Pour plus de clarté : l'avis actuel concerne le titre professionnel de niveau 2 en gynécologie-obstétrique et
137 vise donc la formation professionnelle générale de gynécologue-obstétricien. Les compétences finales de ce
138 titre professionnel doivent être communes et prévenir impérativement une diversité excessive. En fin de 6^{ème}
139 année, les critères minimums quantitatifs (nombre d'actes) et qualitatifs (niveau de compétence) (Annexe 2b)
140 doivent être remplis pour obtenir l'agrément en gynécologie-obstétrique.
141

142
143 L'évaluation intermédiaire des critères en fin de 4^{ème} année (Annexe 2a) permettra aux futurs gynécologues-
144 obstétriciens d'orienter leurs 2 dernières années de formation en complétant leur formation générale pour
145 remplir les critères de fin de formation (annexe 2b) et en s'orientant, si cette marge existe, vers une
146 expérience et expertise particulière dans un sous-domaine (périnatalogie, oncologie, fertilité, ménopause,
147 génétique, etc.). Les formations continues et les formations dans des sous-domaines (surspécialisation)
148 sortent du champ d'application du présent avis qui concerne le titre de niveau 2. Chaque candidat qui réussit
149 les évaluations remplit les critères , obtient un titre niveau 2 après 6 années de formation.

150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205

Evaluation intermédiaire après 4 années (ann 2a) se fait sur base de critères différents que les critères à la fin de la 6ième année (ann 2b).

Pendant la formation générale, la collaboration pluridisciplinaire sera aussi encouragée afin que cette manière de travailler devienne une évidence spontanée. En effet, non seulement la demande de spécialistes dans un domaine d'expertise donné augmente, mais ces « experts » sont aussi de plus en plus souvent censés (voire obligés de) collaborer avec des confrères d'autres spécialités touchant au domaine d'expertise. Par exemple, la prise en charge pluridisciplinaire de l'oncologie pelvienne et de la sénologie nécessite la collaboration des gynécologues avec entre autres, des médecins spécialistes en oncologie médicale, des anatomo-pathologistes, des généticiens, des radiothérapeutes, des radiologues, des médecins généralistes, des psychologues, des kinésithérapeutes, etc. : tous contribuent à l'approche de la pathologie de la patiente en s'appuyant sur leurs expériences et points de vue propres.

c) Nécessité d'une formation professionnelle organisée et structurée judicieusement:

La législation belge relative au temps de travail¹ des candidats spécialistes pendant leur formation professionnelle limite le temps de travail hebdomadaire à 48 h sur une moyenne de 13 semaines consécutives (60 h), à condition de signer un document « d'opting-out ». Ceci a impliqué une modification du modèle de formation, qui heureusement avait déjà été instaurée avant et depuis les modifications législatives. D'un « apprentissage par osmose » dû à une longue présence sur le terrain, on passe à un parcours de formation planifié et suivi qui garantit de couvrir les différents² aspects de la formation et d'être en contact avec la pathologie. Mais l'activité dans une discipline médicale comme la gynécologie-obstétrique ne peut pas toujours être planifiée. En outre, il existe un parcours de formation théorique (Master en Médecine spécialisée) consistant en des cours, des examens et des attestations obligatoires et optionnels. Il y a aussi lieu d'investir dans les différentes formes possibles de formation virtuelle, comme l'utilisation de modèles anatomiques, des sessions de « skill and drill », les divers aspects de l'e-learning, etc. L'accessibilité financière et les possibilités d'accès à ces formes alternatives de formation doivent naturellement être examinées de manière approfondie, mais chaque candidat spécialiste devra avoir la possibilité, sur chaque lieu de formation, de participer à ces formes alternatives de formation. Pour ce faire, le cadre financier nécessaire devra être garanti.

¹ Loi du 12 décembre 2010 fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants stagiaires se préparant à ces professions, MB 22 décembre 2010 (éd. 2), err., MB 12 janvier 2011.

² Une des approches possibles consiste à prévoir une « évaluation à 360° » du candidat (y compris au moins le cadre administratif, infirmier, les relations avec les superviseurs, les autres candidats et les patients).

III. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES – offre et demande

206

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

Le rapport sur l'évolution des effectifs des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, 2016-2036 - Résultats du scénario de base (*Cellule de planification de l'offre des professions de santé, Service Professions de santé et exercice professionnel, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement - du 09-04-2020*) indique que le degré de spécialisation en médecine générale a été fixé par le groupe de travail des médecins à 0,42 pour la Communauté française et à 0,40 pour la Communauté flamande. En 2022, on prévoit que ~~827~~ (957 + 698) diplômés belges et (37+54) diplômés non belges termineront leurs études de médecine. En Communauté flamande, 3,86% seront admis en gynécologie-obstétrique (nombre de médecins en formation = 38). En Communauté française, 3,35% seront admis en gynécologie-obstétrique (nombre de médecins en formation = 25).

L'évolution de la force de travail des médecins spécialistes en Gynécologie-obstétrique, 2016-2036 Résultats du scénario de base

Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé Service
Professions de Santé et Pratique professionnelle DG Soins de santé SPF
Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
9.04.2020

221

Paramètre 6 : Taux de spécialité - Gynécologie-obstétrique										
Début spec.	Communauté flamande				Communauté française				Représentation graphique	
	Dipl. BE	Dipl. N-BE	% spécialité	Nbre MEF	Dipl. BE	Dipl. N-BE	% spécialité	Nbre MEF	Com. flamande	Com. française
2011	630	28	4,88	32	460	74	3,57	19		
2012	664	29	5,35	37	451	122	4,03	23		
2013	710	14	4,71	34	435	76	6,48	33		
2014	700	30	4,66	34	559	73	3,97	25		
2015	710	42	4,40	33	592	71	3,48	23		
2016	836	43	3,64	32	692	79	3,51	27		
2017	794	36	4,35	36	794	54	2,41	20		
2018	1.297	37	4,16	55	1.562	58	3,12	50		
2019	919	26	3,71	35	905	10	3,95	36		
2020	963	37	3,86	39	733	54	3,35	26		
2021	827	37	3,86	33	774	54	3,35	28		
2022	957	37	3,86	38	698	54	3,35	25		
2023	1.068	37	3,86	43	261	54	3,35	11		
2024	971	37	3,86	39	659	54	3,35	24		
2026	1.031	37	3,86	41	634	54	3,35	23		
2031	1.031	37	3,86	41	634	54	3,35	23		
2036	1.031	37	3,86	41	634	54	3,35	23		

20 40 60 20 40

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

En Belgique, sur une population pondérée quasi stable de 11,5 M, une augmentation du nombre de gynécologues actifs est attendue entre 2021 et 2036 : leur nombre passerait de 1421 à 1811, et la densité pondérée active dans les soins de santé passerait de 1,24 à 1,57. En termes d'ETP, cela signifie une augmentation de 1297 à 1520 et la densité pondérée totale des ETP passerait de 1,13 à 1,32. On assiste également à une féminisation croissante de la profession avec une augmentation du nombre de femmes de 56% et une diminution du nombre d'hommes de 22% entre 2016-2026. On observe également une nette tendance au rajeunissement, puisque la proportion des plus de 50 ans passe de 45-50% à 43-46% sur cette période.

En termes de degré d'activité, on constate que la majorité travaille en tant qu'indépendant, notamment 85% et ce pourcentage restera stable entre 2016 et 2036.

Sur la base de ces données, il est encore très difficile de faire une évaluation correcte de l'afflux de gynécologues à l'avenir. En effet, nous devons tenir compte d'un modèle d'activité différent attendu dans le secteur préventif et curatif au sein de la gynécologie-obstétrique. À l'avenir, il y aura davantage de gynécologues actifs par unité de population.

Si l'on part du principe qu'il y aura dans les années à venir un excédent de gynécologues formés en Belgique (cf. l'enquête du VVOG + les derniers chiffres du rapport susmentionné) et que l'on suppose une carrière moyenne de 35 ans, le groupe d'étude est d'avis que le nombre de gynécologues diplômés chaque année en Belgique devra être inférieur à ce qu'il était auparavant. Ces dernières années ont toutefois montré que, d'une part, davantage de gynécologues entament leur formation, mais que, d'autre part, les jeunes gynécologues souhaitent souvent travailler à temps partiel et, en tout cas, effectuent en moyenne moins d'heures par semaine qu'il y a quelques décennies. En outre, un grand nombre de gynécologues travaillent principalement dans un domaine d'expertise spécifique, car la complexité du diagnostic et du traitement en gynécologie-obstétrique augmente considérablement.

Si nous partons du principe que le gynécologue du futur continuera d'effectuer un grand nombre de

253 prestations de routine dans le cadre des soins de santé préventifs (notamment continuer à se charger du
254 suivi des dépistages, notamment des cancers du col utérin et du sein), du suivi normal de la grossesse, de
255 la contraception et de l'accompagnement de la ménopause et post-ménopause, alors une légère
256 réduction du nombre de places de formation suffira. (Proposition : maximum 45 places de formation pour
257 la Belgique/an, dont 25 pour la partie flamande et 20 pour la partie francophone du pays = ratio 55/45).
258 S'il devait toutefois y avoir un glissement des tâches de première ligne vers des soins purement spécialisés,
259 il se pourrait que l'on doive contrôler strictement le contingentement - ayant un impact sur le nombre de
260 places de stage nécessaires - du fait qu'il pourrait y avoir une répercussion négative majeure sur le nombre
261 de gynécologues généraux qui devront encore être formés à l'avenir (mais ces sur-spécialistes devraient
262 tout de même d'abord suivre une formation générale). Le nombre de « sur-spécialistes » devra être
263 réfléchi sur base de la prévalence des pathologies à traiter. La proportion de sur-spécialiste devra/sera
264 donc relativement limitée et devrait avoir un impact relatif dans le calcul du nombre de gynécologues à
265 former. Une telle estimation est toutefois impossible dans l'état actuel des choses. De plus, la
266 surspécialisation pourrait également créer un besoin similaire de gynécologues, ce qui déplacerait encore
267 plus les besoins de gynécologie générale vers la gynécologie des experts surspécialisés.

268 Il existe également un consensus interuniversitaire pour répartir le nombre de places de formation en
269 gynécologie entre les différentes universités selon le principe de proportionnalité, c'est-à-dire en fonction
270 du nombre d'étudiants en médecine qui terminent leurs études ¹.

271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292

¹ En Communauté flamande, l'application stricte de cette règle a conduit à une diminution du nombre de nouveaux candidats de 40 par an (dans la période 2010-2019) à 25 par an (2022) . La Commission de planification conseille d'ailleurs de réduire ce nombre à 19 dès 2025.

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

294

295 La gynécologie-obstétrique est cette partie de la médecine qui se consacre :

296 - à la santé et au bien-être de la femme (y compris la vie reproductive et sexuelle),

297 - à la prévention, au diagnostic et au traitement des affections gynécologiques bénignes et malignes (du
298 tractus génital, y compris les seins), chez les petites filles, les adolescentes, les femmes adultes et âgées (e.a.

299 ménopause et post-ménopause),

300 - aux aspects de la fertilité et de la contraception,

301 - aux soins intégraux en cours de grossesse et d'accouchement,

302 - aux soins et au bien-être du fœtus.

303

304 • Le gynécologue dispense des soins spécialisés scientifiquement fondés dans le cadre du diagnostic et du
305 traitement des maladies du tractus génital, y compris les seins.306 • Le gynécologue est responsable de l'accompagnement de la grossesse normale et compliquée, de
307 l'accouchement, des soins post-partum et des soins et du bien-être du fœtus.308 • Le gynécologue doit assurer diverses tâches de prévention (dépistage et prévention des maladies
309 sexuellement transmissibles (MST), des cancers génitaux et du sein, contraception, hygiène de vie,
310 vaccinations pertinentes, conseils préconceptionnels...).

311

312 Avec cette définition, le gynécologue est :

313

314 • le médecin qui établit le premier contact avec la patiente et dispense des soins globaux et continus ;

315 • le médecin qui évalue et gère les aspects de la maladie tant au niveau biomédical que psychosocial ;

316 • le médecin qui gère les sources d'information de l'épidémiologie clinique et de l'analyse
317 décisionnelle, ce qui aboutit à une pratique réfléchie dans le cadre de l'évaluation du processus de la
318 maladie et de son traitement ;

319 • le médecin dépositaire et gestionnaire des informations cliniques électroniques.

320 La formation en gynécologie-obstétrique doit permettre au candidat spécialiste d'acquérir les connaissances
321 médicales et les modèles de pensée cliniques, ~~et~~ scientifiques et éthiques spécifiques à la discipline et de les
322 appliquer en pratique clinique.323 1) La réflexion du candidat spécialiste doit reposer principalement sur des bases scientifiques fondées
324 telles que celles de la médecine factuelle. L'accent doit dès lors être mis sur l'accès aux bases de
325 données pertinentes, que le candidat spécialiste doit apprendre à utiliser :326 • Bibliothèque électronique et classique : connaissances de base indispensables (*background knowledge*)327 • Medline et bases de données factuelles: recherche active de connaissances de pointe (*foreground*
328 *knowledge*)329 2) Le candidat spécialiste en gynécologie-obstétrique doit avoir l'opportunité d'aborder, durant sa
330 formation, un large éventail de domaines de la gynécologie-obstétrique (gynécologie de routine,
331 chirurgie gynécologique, médecine reproductive, médecine fœtale , génétique, oncologie
332 gynécologique et sénologie) (voir liste de compétences en annexe).

333

334

335

336

337

338

339

340

V. CRITÈRES DE FORMATION ET D'AGRÉMENT

343

344

345

V.1. Conditions d'admission

347

348

349 Conditions d'admission pour la formation: le diplôme en médecine et satisfaire aux critères (entre autres
350 l'attestation universitaire) de

351

352 - l'article 8 du Besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 betreffende de erkenning van artsen-
353 specialisten en van huisartsen, *BS* 6 april 2017

354

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

357

358

359

360

V.2. Compétences finales (en annexe)

361

362

363

364 V.1.1. Le candidat spécialiste doit se former dans 5 domaines de compétence, à savoir ceux de médecin, de
365 scientifique, de communicateur, de manager et de garant éthique.

366

367 Les objectifs d'apprentissage pour ces compétences se définissent comme suit :

368

369 a) Médecin

370

371 Les objectifs finaux généraux sont énumérés en annexe. Les connaissances s'acquièrent dans le cadre de
372 cours théoriques organisés chaque année, avec un minimum de 4 journées de cours théoriques/32 heures
373 de cours par an (« compléments à la gynécologie et à l'obstétrique »). Le candidat spécialiste doit en outre
374 fournir la preuve qu'il suit une formation permanente, par exemple en suivant chaque année 14 heures de
375 cours accréditées par l'INAMI (« approfondissement de la connaissance scientifique en gynécologie et en
376 obstétrique »), équivalant à 14 points d'accréditation, cf. également la liste des cours et des formations
377 obligatoires (annexe 1). Le candidat spécialiste tient à jour son portfolio et satisfait aux exigences de l'art.8
378 de la loi du 22 avril 2019². Les compétences techniques de la profession s'acquièrent au cours des activités
379 quotidiennes. Elles englobent à la fois la réalisation correcte des consultations, le traitement conservateur
380 au moyen de certains actes techniques ainsi que la maîtrise des interventions chirurgicales et obstétricales
381 de la spécialité. L'attitude professionnelle s'acquiert au cours des activités quotidiennes. La progression des
382 compétences chirurgicales et techniques fait l'objet d'une évaluation, par exemple par OSATS (*objective*
383 *structured assessment of technical skills*) et DOPS (*directly observed procedural skills*). Le candidat spécialiste
384 doit enregistrer ses progrès dans un carnet de stage ou son équivalent électronique.

385 En fin de formation, le candidat doit réussir une épreuve d'évaluation organisée de façon paritaire par les
386 associations professionnelles de la spécialité ob/gyn et par les établissements universitaires sous le contrôle

² Art.8 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé

387 du ministre en charge de la santé publique.(Art.20 de l'AM du 23 avril 2014)³. Une ou deux sessions sont
388 organisées par an.

389

390 L'art 18, 4° de de l' Arrêté du 29 novembre 2017 du Gouvernement de la Communauté française fixant la
391 procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, *MB* 29 janvier 2018
392 prévoit que le candidat doit avoir suivi avec fruit une formation universitaire spécifique pendant les deux
393 premières années de la formation.

394

395 L'art 14, 4° du Besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 betreffende de erkenning van arts-
396 specialisten en van huisartsen, *BS* 6 avril 2017 contient les critères pour la formation théorique du candidat.

397

398

399 b) Scientifique

400

401 Les connaissances s'acquièrent dans le cadre des cours théoriques et activités accréditées mentionnés au
402 « rôle du médecin » à l'alinéa V.2.1. Le candidat spécialiste enregistre ses activités scientifiques au moyen de
403 son carnet de stage (ou équivalent électronique). Au fil des activités quotidiennes, le candidat spécialiste
404 donne les preuves d'un approfondissement progressif de ses connaissances scientifiques du domaine
405 professionnel et si possible, de sa mise en œuvre pratique fondée sur des données factuelles.

406

407 Il mènera par ailleurs une recherche personnelle de préférence clinique et originale, à développer ensuite
408 dans un manuscrit scientifique devant aboutir à un article publié dans une revue « peer reviewed » (art. 20
409 de l' A.M. du 23.04.2014 ⁴).

410

411

412 c) Communicateur

413

414 Les connaissances s'acquièrent dans le cadre de cours distincts, les aptitudes sont exercées sur le lieu de
415 travail et lors de sessions d'exercices spécifiques. L'accent est mis sur une communication correcte, efficiente
416 et empathique sur le plan humain avec les patients et sur la collaboration interdisciplinaire avec les confrères
417 et tous les autres prestataires de soins médicaux et non médicaux.

418

419 d) Manager

420

421 Les connaissances s'acquièrent dans le cadre de cours distincts, les compétences sont exercées sur le lieu de
422 travail et lors de sessions d'exercices spécifiques. L'accent est mis sur une médecine de qualité et socialement
423 justifiée, où les moyens disponibles sont employés de façon judicieuse. Le candidat spécialiste apprend à se
424 profiler comme un acteur actif dans l'organisation des soins de santé et vise des normes éthiques élevées.

425

426 e) Garant éthique et connaissances juridiques

427

428 La dimension éthique est essentielle dans la formation. IVG (interruption volontaire de grossesse), IMG
429 (interruption médicalisée de grossesse), DPI (le diagnostic préimplantatoire) , fin de vie, patient transgenre,
430 transfusion chez des patientes TJ (témoins de Jéhova), etc.

431 Un recul éthique/philosophique doit être promu et organisé. Les connaissances du cadre juridique doivent
432 être acquises.

³ Arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage

⁴ Arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage , *M.B.*, 27 mai 2014, *Errat.*, *M.B.*, 10 septembre 2014.

433
434
435
436
437
438

V.1.2. Le candidat possède une connaissance approfondie et un savoir-faire en matière de contrôle de qualité et de politique de sécurité:

- 439 • approche globale des processus de soins
440 • collaboration multi- et interdisciplinaire
441 • culture de la sécurité du patient
442 • suivi et surveillance des processus de soins (critiques)
443 • analyse et interprétation de données et présentation didactique de celles-ci
444 • amélioration permanente en fonction de cycles de qualité (PDCA: Plan-Do-Check-Act), avec prise en charge
445 de l'amélioration de la qualité (planification, réalisation et suivi)
446 • organisation et communication en matière de transitions dans les trajets de soins des patients intra- et
447 extra-muros
448 • « reporting » et analyse des (quasi-) incidents
449 • applications concrètes de la réglementation relative aux droits du patient au sens le plus large
450 • communication avec les dispensateurs de soins, les patients et leur famille

451
452
453
454

V.1.3. Compétences finales :

455 Les compétences à acquérir sont celles d'un médecin, d'un scientifique, d'un communicateur, ~~et~~ d'un
456 manager et d'un garant éthique (cf. supra). Pour ces différents domaines, des formations théoriques et
457 pratiques doivent être prévues pour permettre aux candidats spécialistes d'acquérir les connaissances, le
458 savoir-faire et les compétences / attitudes / aptitudes nécessaires. Les compétences concernent aussi bien
459 « l'expérience des consultations » que « l'expérience en matière d'interventions et d'actes gynécologiques »
460 et « les actes techniques ».

461 a) Consultations :
462

463 L'importance de l'expérience des consultations doit être soulignée. Pendant la formation, il faut prévoir
464 suffisamment de temps à cette fin. Au cours de la formation, le candidat spécialiste doit effectuer au minimum
465 1200 heures de consultations hors imagerie (50% de consultations en gynécologie et 50 % de consultations
466 en obstétrique) (sous la supervision du maître de stage avec la possibilité d'une autonomie croissante). Trois
467 CEC (courtes évaluations cliniques) ou toute autre forme d'évaluation formelle seront organisées par année
468 de formation.

469 b) Interventions :

470 À l'issue de la formation, le candidat doit avoir pratiqué un nombre minimum d'interventions reflétant la
471 pratique gynécologique et obstétricale courante. Un niveau de compétence minimal doit également être
472 obtenu. (Voir annexe 2a + 2b.)
473

474 L'annexe 2a présente la liste des nombres et des niveaux de compétences minimaux à obtenir avant que le
475 candidat puisse entamer une éventuelle orientation supplémentaire dans un sous-domaine.
476

477 L'annexe 2b présente la liste des nombres et des niveaux de compétences minimaux à obtenir avant que le
478 candidat puisse être agréé au terme de sa formation.
479

480 Chaque année, chaque type d'intervention chirurgicale et acte d'obstétrique doit être au moins une fois
481 évalué sur la base des critères définis au préalable (par exemple, évaluation OSATS).
482

483 Au cours d'un entretien de planification au début de chaque période de stage, le candidat et le maître de

484 stage détermineront de commun accord la périodicité à laquelle certaines interventions feront l'objet d'une
485 évaluation intermédiaire, outre l'évaluation finale obligatoire en fin d'année de stage (ou de période de stage
486 si celui-ci dure moins d'une année). Cette planification tiendra compte du plan de stage du candidat.
487

488 Toute évaluation formelle par le maître de stage (ou son représentant désigné) se fera sur la base de critères
489 définis au préalable (par exemple, évaluation OSATS). Après chaque évaluation, le maître de stage identifiera
490 les lacunes éventuelles, définira le cas échéant les points requérant une amélioration et établira un plan visant
491 à y remédier. Ceci sera discuté avec le candidat et consigné dans un rapport (entretien d'évaluation).
492

493 Cette évaluation sera immédiatement transmise au maître de stage suivant ainsi qu'au maître de stage
494 coordinateur.
495

496 Elle fera aussi partie du rapport de stage transmis à la Commission d'agrément, laquelle recevra en outre une
497 liste du nombre d'actes techniques, gynécologiques et obstétricaux pratiqués, tant au cours de l'année que
498 cumulativement sur l'entièreté de la formation.
499

500 Compte tenu de la différence d'offre et de la variabilité en termes de possibilités des divers lieux de stage,
501 aucun plan obligatoire et uniforme par étapes n'est imposé. La clause suivante doit offrir une garantie
502 suffisante : « Le candidat établit le plan de stage en concertation avec son maître de stage coordinateur.
503 Chaque maître de stage établit un plan fixant des objectifs d'apprentissage à atteindre par période
504 (compétences périodiques), en portant suffisamment d'attention à la sécurité des phases de transition. »
505

506 c) Actes techniques :

507

508 On entend par là, entre autres, l'échographie gynécologique et obstétricale, la colposcopie et la pose de
509 dispositifs intra-utérins.
510

511 À l'issue de la formation, le candidat spécialiste doit avoir pratiqué un nombre minimum d'actes techniques
512 reflétant la pratique gynécologique et obstétricale courante. Un niveau de compétence minimal doit
513 également être obtenu. (Voir annexe 2a + 2b.)

514

515 L'annexe 2a présente la liste des nombres d'actes et des niveaux de compétences minimaux à obtenir avant
516 que le candidat puisse entamer une éventuelle orientation supplémentaire dans un sous-domaine.
517

518 L'annexe 2b présente la liste de nombres d'actes et des niveaux de compétences minimaux à obtenir avant
519 que le candidat puisse être agréé au terme de sa formation.
520

521 Annuellement, les compétences acquises seront évaluées. Chaque type de prestation technique fera l'objet d'au
522 moins une évaluation sur la base de critères définis au préalable (par exemple une évaluation DOPS ou toute
523 autre forme d'évaluation formelle).
524

525 Cette évaluation sera immédiatement transmise au maître de stage suivant.
526

527 Elle fera aussi partie du rapport de stage transmis à la Commission d'agrément, laquelle recevra en outre une
528 liste du nombre d'actes techniques, gynécologiques et obstétricaux pratiqués, tant au cours de l'année que
529 cumulativement sur l'entièreté de la formation.
530

531

532 d) Autres :

533

534 Les traitements non opératoires, l'évaluation d'une affection gynécologique et le suivi d'une grossesse
535 constituent une part au moins aussi importante des activités du gynécologue/obstétricien que les
536 interventions et actes techniques, et ils méritent pour cette raison une place majeure dans le cursus. La
537 détermination d'une indication thérapeutique et la fixation d'un choix axé sur le patient parmi les différentes
538 techniques sont d'une importance tout aussi cruciale que l'accomplissement correct d'un acte technique.
539 Le maître de stage doit aussi évaluer les aptitudes du candidat en cette matière, de même que son évolution
540 en cours de formation et consigner son appréciation dans son rapport à la Commission.

541

542 V.1.4. Concept flexible de formation professionnelle générale approfondie permettant des intérêts
543 spécifiques :

544
545 Le groupe de travail souligne la nécessité d'une flexibilité minimale susceptible de prendre en compte
546 l'évolution de la pathologie, la technologie et le type d'intervention. La législation (AM des critères
547 horizontaux) ne peut pas reprendre tous les détails, mais peut servir dans le cadre de l'organisation pratique
548 et du suivi de la formation professionnelle.

549 L'objectif est de proposer à chaque candidat spécialiste un parcours de formation équivalent pour les sujets
550 essentiels, avec une certaine flexibilité conditionnée par les intérêts spécifiques du candidat.

551

552 Si lors d'une évaluation intermédiaire (critères ann 2a) par la Commission d'agrément en fin de 4 ième
553 année, il s'avère que le candidat pourra acquérir sans problèmes les compétences finales (nombres d'actes
554 et niveau de compétence ann 2b) en fin de sixième année, il dispose d'une certaine marge de capacité et
555 pourra dès lors se former à un aspect plus spécifique de la gynécologie-obstétrique (par exemple en
556 oncologie gynécologique, médecine périnatale, urogynécologie, chirurgie mini-invasive, médecine de la
557 reproduction, ménopause,etc.), tout en maintenant une certaine activité de gynécologie-obstétrique
558 générale, notamment et entre autres à travers des gardes hospitalières, voire des consultations générales.
559 Le cas échéant, la Commission d'agrément peut valider une adaptation du plan de stage.

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

1:

-

596
597
598

599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629

au moins 24 mois d'obstétrique, 20 mois de gynécologie et après la 1^{ère} année, 4 mois de formation de base en infertilité



au moins 6 mois d'obstétrique et au moins 6 mois de gynécologie

Évaluation intermédiaire pour déterminer si les compétences intermédiaires (ann 2 a) sont acquises et si une marge existe pour une orientation spécifique

Suivi de la formation pour acquérir les compétences finales (ann 2b) + Possibilité d'orientation spécifique comme la médecine de la reproduction, l'oncologie, l'urogynécologie, la médecine périnatale, la chirurgie mini-invasive etc

V.3 . Durée et étapes de la formation :

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

La formation dure au moins 6 ans et englobe :

- 1° au moins 12 mois dans un hôpital universitaire belge ou dans un hôpital dont le service est désigné comme universitaire au sens de l'article 4 de la loi relative aux hôpitaux (art 10 AM du 23.04.2014);
- 2° au moins 12 mois dans un hôpital qui n'est pas désigné comme hôpital universitaire ou dans un hôpital dont le service de stage agréé pour la formation en gynécologie-obstétrique n'est pas désigné comme universitaire (art 10 AM du 23.04.2014) ;
- 3° au maximum 2 ans à l'étranger selon les dispositions des articles 11 (max 2 ans) et 11/1 (maximum 1 an) de l' AM du 23.04.2014.

La formation de base a une durée minimale de quatre ans durant lesquels doit être prévu au moins 24 mois d'obstétrique, 20 mois de gynécologie et 4 mois de formation de base en infertilité après la 1^{ère} année. Dans les services combinant la gynécologie et l'obstétrique, le temps est considéré comme mi-temps obstétrique et mi-temps gynécologie. Les deux premières années de cette formation de base doivent compter au moins 6 mois d'obstétrique et au moins 6 mois de gynécologie. Au cours de la formation de base, le candidat acquiert

649 des connaissances théoriques et cliniques approfondies, en particulier en anatomie, physiologie et
650 pathophysiologie de la reproduction humaine, sexualité et grossesse, ainsi qu'en prévention, diagnostic et
651 traitement médical et chirurgical des affections gynécologiques et obstétricales. A cette fin, le candidat
652 participe aux soins des patientes, qui consistent en des consultations pré- et postnatales, des consultations
653 gynécologiques, la pratique de l'accouchement et la technique des interventions chirurgicales en gynécologie
654 et obstétrique.

655

656 Durant la cinquième/sixième année de formation professionnelle, des connaissances et des compétences
657 peuvent s'acquérir dans un ou plusieurs sous-domaines spécifiques (sur-spécialisation) comme la médecine
658 de la reproduction, l'oncologie, l'urogynécologie, la médecine périnatale, la chirurgie mini-invasive, etc.. Cette
659 formation dans un sous-domaine spécifique (surspécialisation) ne peut porter préjudice à une large formation
660 complète préalable et doit être programmée pour 12 mois maximum. Le candidat doit également veiller à
661 obtenir les nombres d'actes et les niveaux de compétences prévus dans l'annexe 2b avant la fin de sa
662 formation.

663

664 Les candidats inscrits dans un programme de recherche (maximum 4 ans) peuvent faire reconnaître ½ année
665 de formation (sur les 6) par année de recherche selon les dispositions de l'art 14 de l' A.M. du 23.04.2014.

666 Dans tous les cas de figure, le candidat devra obtenir et valider en fin de formation les nombres d'actes et les
667 niveaux de compétences prévus dans l'annexe 2b.
668 La continuité de l'expérience clinique est d'ailleurs recommandée pendant la période de recherche.

669

670

671

672 V.4. Formation à temps partiel

673

674 L'art 4 de l' A.M. du 23.04.2014 prévoit la possibilité d'une formation pratique à temps partiel, autorisée par
675 la Commission d'agrément compétente, le maître de stage coordinateur et le maître de stage pour autant
676 qu'un taux d'activité de 50% soit atteint. La durée de la formation sera prolongée proportionnellement.

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

1!
-

700

VI. MAÎTRE DE STAGE / Équipe

701

702 Le maître de stage doit satisfaire aux critères généraux d'agrément des maîtres de stage.

703 Le maître de stage doit travailler à temps plein (ou exercer au moins huit dixièmes d'une activité
704 professionnelle normale) dans son service ou département.

705

706 Le maître de stage dispose d'une équipe de stage (art 24/1 AM du 23.04.2014 « équipe de stage composée
707 de médecins agréés depuis au moins trois ans dans la même spécialité qui assurent l'accompagnement d'un
708 ou de plusieurs candidats »).

709

710 La majorité du groupe de travail ne prévoit pas de critères minimaux quant à la composition minimale de cette
711 équipe de stage. L'activité exigée pour le service de stage, conduira automatiquement à une supervision
712 adéquate par les médecins spécialistes présents.

713

714 ou (point VII.1. de la version décembre 2021)

715

716 Le service de stage dispose pour chaque candidat, en plus du maître de stage (5 ans d'ancienneté minimum),
717 d'au moins 1 collaborateur ETP (1 ETP = au moins 8/10^e) travaillant effectivement dans le service de stage
718 (cela ne doit pas être nécessairement une seule personne : p. ex. 2 membres du staff qui travaillent chacun à
719 mi-temps dans le service, correspondent aussi à 1 ETP)(Art 36 AM 23.04.2014). Ce(s) collaborateur(s) est(sont)
720 des médecin(s) spécialiste(s) agréé(s) en gynécologie- obstétrique ayant au moins 3 ans d'ancienneté (art 24/1
721 MB 23.04.2014) et fait(font) preuve d'un intérêt scientifique continu. Il(s) est(sont) effectivement impliqué(s)
722 dans la formation du candidat.

723

724

725

726

VII. SERVICES DE STAGE

727

728

729 VII.1 Critères :

730

731 Le service de stage pour la formation en gynécologie-obstétrique répond aux critères suivants:

732

733 1° au moins 600 accouchements et au moins 400 interventions chirurgicales sont pratiqués annuellement
734 (moyenne de 3 années consécutives) dans le service de stage ;

735 2° le service de stage constitue une unité au sein de l'hôpital mais fonctionne d'une façon multidisciplinaire
736 avec d'autres disciplines médicales et d'autres professionnels de santé ;

737

738 3° l'activité du service de stage permet à chaque candidat de satisfaire aux critères de formation et d'agrément
739 (chapitre V) et au maître de stage et à tous ses collaborateurs de développer leur propre expérience ;

740

741 4° la continuité de la formation du candidat ainsi que sa participation personnelle aux activités du service de
742 stage sont assurées ;

743 Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le service de stage dispose pour chaque candidat, en plus du
744 maître de stage (5 ans d'ancienneté minimum), d'au moins 1 collaborateur ETP (1 ETP = au moins 8/10^e)

745 travaillant effectivement dans le service de stage (cela ne doit pas être nécessairement une seule personne :
746 p.ex. 2 membres du staff qui travaillent chacun à mi-temps dans le service, correspondent aussi à 1 ETP). Ce(s)
747 collaborateur(s) est(sont) des médecin(s) spécialiste(s) agréé(s) en gynécologie- obstétrique ayant au moins
748 3 ans d'ancienneté (art 24/1 MB 23.04.2014) et fait(font) preuve d'un intérêt scientifique continu. Il(s)
749 est(sont) effectivement impliqué(s) dans la formation du candidat.

750
751 Le service autorisé à dispenser une formation complète (formation de base et formation supérieure) doit
752 comptabiliser au moins 1000 accouchements par an et proposer une polyclinique quotidienne pour femmes
753 enceintes, tandis qu'au moins 200 interventions gynécologiques majeures doivent être pratiquées chaque
754 année et la polyclinique de gynécologie doit enregistrer au moins 500 nouveaux cas par an.

755
756

757 VII.2. Système de qualité et de sécurité (formation, processus de soins)

758
759 Le service de stage dispose d'une méthodologie d'assurance de la qualité de la formation. Le système de qualité
760 et de sécurité pour les processus de soins est suffisamment élaboré pour permettre une expérience pertinente
761 aux candidats spécialistes, tel que visé dans les compétences finales (*clinical learning environment*).

762
763
764
765
766

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

767
768
769

VIII.1. Critères de base pour déterminer le nombre de candidats par service de stage :

770 1° 600 accouchements et 400 interventions chirurgicales annuellement : 1 candidat pour au maximum une
771 année de formation;
772 2° 800 accouchements et 400 interventions chirurgicales annuellement : 2 candidats.

773

VII.2. Critères pour déterminer le nombre supplémentaire de candidats par service de stage par an :

775 1° par tranche de 600 accouchements en plus des 800 accouchements de base : 1 candidat supplémentaire ;
776 2° par tranche de 200 interventions chirurgicales en plus des 400 interventions chirurgicales de base, excepté
777 la chirurgie oncologique pelvienne : 1 candidat supplémentaire ;
778 3° centre de fertilité, par 1 000 cycles de stimulation ovarienne : 1 candidat supplémentaire
779 4° clinique du sein, par 100 nouveaux cas diagnostiqués de cancer du sein : 1 candidat supplémentaire ;
780 5° centre agréé de soins maternels intensifs (*maternal intensive care* - MIC) :- 2 candidats supplémentaires ;
781 6° chirurgie oncologique pelvienne (hors conisations ou interventions similaires), par 75 nouveaux cas : 1
782 candidat supplémentaire ;
783 7° diagnostic prénatal, par 500 cas d'échographie morphologique : 1 candidat supplémentaire ;
784 8° par 10 000 consultations accessibles aux candidats, excepté la sénologie, l'échographie et la fertilité : 1
785 candidat supplémentaire.

786
787
788
789
790

791 Le service de stage dispose en plus du maître de stage (temps plein 8/10, 5 ans d'ancienneté minimum comme médecin-spécialiste
792 agréé), d'au moins 1 collaborateur équivalent temps plein ETP (1 ETP = au moins 8/10^e) ayant au moins 3 ans d'ancienneté comme

793 médecin-spécialiste agréé travaillant effectivement dans le service de stage (en ce qui concerne les collaborateurs, cela ne doit pas
794 être nécessairement une seule personne : p. ex. 2 membres du staff qui travaillent chacun à mi-temps dans le service,
795 correspondent aussi à 1 ETP).

796
797 Pour chaque collaborateur équivalent temps plein supplémentaire, le service peut accueillir 2 candidats supplémentaires au
798 maximum.

799
800

	N candidats
1 MdS + 1 ETP collaborateur	Max 1
1 MdS + 2 ETP collaborateurs	Max 3
1 MdS + 3	Max 5
1 MdS + 4	Max 7
---	---

801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811

Ce(s) collaborateur(s) est(sont) des médecin(s) spécialiste(s) agréé(s) en gynécologie- obstétrique ayant au moins 3 ans d'ancienneté (art 24/1 MB 23.04.2014) et fait(font) preuve d'un intérêt scientifique continu. Il(s) est(sont) effectivement impliqué(s) dans la formation des candidats.

Cette composition de l'équipe de stage est un critère cumulatif avec les critères d'activité.

IX. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

812
813
814
815

816
817

818
819
820
821
822
823
824
825
826

IX .1 L'arrêté ministériel du 15 septembre 1979 fixant les critères spéciaux d'agrégation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de la gynécologie-obstétrique est abrogé.

IX.2 Les médecins spécialistes ayant obtenu le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique en application de l'arrêté visé au 1^{er} paragraphe, conservent ce titre.

IX.3 Le candidat dont la formation a pris cours avant l'entrée en vigueur du présent arrêté, reste soumis aux dispositions de l'arrêté visé au paragraphe 1^{er}.

IX.4 Les maîtres de stage et les services de stage agréés pour la formation en gynécologie-obstétrique avant l'entrée en vigueur du présent arrêté, restent soumis aux dispositions de l'arrêté visé au paragraphe 1^{er}, jusqu'à l'expiration de leur agrément.

Annexe 1. Cours et formations obligatoires et facultatifs

827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881

A. Cours obligatoires – formation en gynécologie-obstétrique - organisés par une université ou une organisation agréée et axés sur les candidats qui doivent fournir une attestation de présence et/ou de réussite:

1. Pratique de l'obstétrique (2 jours)
2. Cours de base en cardiocographie (1/2 jour)
3. Endoscopie (5 jours, 1 jour par an)
4. Cours de base en hystérocopie partie 1 (diagnostique et opératoire simple) (1 jour)
5. Echographie (3 jours)
6. Colposcopie (1 jour)
7. Infectiologie en gynécologie-obstétrique (1 jour)
8. Cours en fertilité (1 jour)
9. Sénologie (1 jour)
10. Planning familial/contraception (1/2 jour)
11. Ménopause (1/2 jour)
12. Echographie de base obstétricale et gynécologique (2 jours ob / 1 jour gyn)
13. Aspects éthiques, juridiques et procédures IVG (interruption volontaire de grossesse), IMG (interruption médicalisée de grossesse), DPI (le diagnostic préimplantatoire) , fin de vie, patient transgenre, transfusion chez des patientes TJ (témoins de Jéhova), etc.

B. Cours facultatifs – formation en gynécologie-obstétrique - organisés par une université ou une organisation agréée et axés sur les candidats qui doivent fournir une attestation de présence et/ou de réussite:

1. Urogynécologie (1 jour)
2. Physiopathologie de la vulve (1 jour)
3. Sexologie (1 jour)
4. Oncologie gynécologique pelvienne (1 jour)
5. Cours de base en hystérocopie partie 2 (résectoscopie) (1 jour)
6. Médecine maternelle (incluant MIC) (6 jours)
7. Echographie avancée obstétricale et gynécologique (10 jours)
8. Echographie avancée gynécologique (3 jours)

C. Connaissances théoriques pouvant s'acquérir lors de congrès, symposiums, cours de post-graduat, conférences ou publications (y compris en ligne) avec attestation de présence et/ou de réussite:

- Physiopathologie de la vulve et du vagin
- Avis et vaccination en phase préconceptionnelle
- Médecine foetale

882
883
884
885
886

Annexe 2a

887

ATTESTATION DE NIVEAU DE COMPETENCE DES ACTES EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE – après 4 ans de formation

890

Date de la demande :

891

Nom de l'assistant :

892

Lieu de la formation :

893

894 Niveau 1 de compétence : le superviseur accomplit l'activité et l'assistant observe.

895 Niveau 2 de compétence : le superviseur guide l'assistant durant l'accomplissement de l'activité.

896 Niveau 3 de compétence : l'assistant accomplit l'activité et le superviseur n'intervient qu'en cas de besoin.

897 Niveau 4 de compétence : l'assistant accomplit l'activité et le superviseur est à proximité au cas où son intervention serait nécessaire.

898 Niveau 5 de compétence : l'assistant accomplit l'activité sans que le superviseur doive être à proximité.

Nombre nécessaire-requis	Nombre atteint	Activité-Actes	Niveau Compé tence requis	Niveau Compétence demandé	Niveau- Compétence attribué
200		Accouchement spontané	5		
30		Accouchement instrumental	4		
40		Césarienne	4		
300		Echo Obstétr.: 1 ^{er} trim / 2 ^e trim / 3 ^e trim	5 / 3 / 5	/ /	/ /
300		Echo Gynécologie: basique / pathologique	5 / 4	/	/
15		Colposcopie	3		
10		Pose + retrait dispositif intra-utérin	5		
		Pose + retrait implant	5		
25/25		Hystérocopie: diagnostique/ opératoire	5 / 3	/	/
40		Curetage (min 30) / aspir. endométr.	5 / 5	/	/
5		Conisation	4		
25/25		Laparoscopie: basique/ avancée	5 / 3	/	/
5/?/? Total 30		Hystérectomie: abdom / vagin / lapsc.	3 / 3 / 3	/ /	/ /
10		Rééducation plancher pelvien / incont. urin.	2 / 2	/	/
15		Excision large / Mastectomie	2 / 2	/	/
10		Curage axillaire / ganglion sentinelle	2 / 2	/	/

899 Supprimés : accouchement par voie basse + hystérectomie élargie!

900 Date de la signature :

Maître de stage en Gynécologie-Obstétrique

901

Dr

902
903
904
905
906
907

Annexe 2b

908

ATTESTATION DE NIVEAU DE COMPETENCE DES ACTIVITES EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE – après 6 ans de formation

911

Date de la demande:

912

Nom de l'assistant:

913

Lieu de la formation:

914

Niveau 1 de compétence: le superviseur accomplit l'activité et l'assistant observe.

915

Niveau 2 de compétence: le superviseur guide l'assistant durant l'accomplissement de l'activité.

916

Niveau 3 de compétence: l'assistant accomplit l'activité et le superviseur n'intervient qu'en cas de besoin.

917

Niveau 4 de compétence: l'assistant accomplit l'activité et le superviseur est à proximité au cas où son intervention serait nécessaire.

918

Niveau 5 de compétence: l'assistant accomplit l'activité sans que le superviseur doive être à proximité

919

920

921

Nombre requis	Nombre atteint	Actes	Niveau compétence requis	Niveau compétence demandé	Niveau compétence attribué
200		Accouchement spontané	5		
40		Accouchement instrumental	5		
50		Césarienne	5		
500		Echo Obstétr.: 1 ^{er} trim / 2 ^e trim / 3 ^e trim	5 / 3 / 5	/ /	/ /
500		Echo Gynécologie: basique / pathologique	5 / 4	/	/
20		Colposcopie	3		
10		Pose + retrait dispositif intra-utérin	5		
		Pose + retrait implant	5		
25/25		Hystérocopie: diagnostique/ opératoire	5 / 3	/	/
50		Curetage (min 30) / aspir. endométr.	5 / 5	/	/
10		Conisation	4		
35/25		Laparoscopie: basique/ avancée	5 / 3	/	/
5/?/? Total 30		Hystérectomie: abdom / vagin / lapsc.	4 / 3 / 3	/ /	/ /
15		Rééducation plancher pelvien / incont. urin.	2 / 2	/	/
20		Excision large / Mastectomie	2 / 2	/	/
10		Curage axillaire / ganglion sentinelle	2 / 2	/	/

--	--	--	--	--	--

922 Supprimés : accouchement par voie basse + hystérectomie élargie!
923 Date de la signature: Maître de stage en Gynécologie-Obstétrique
924 Dr