

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

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	1
II.	TEXTE DE VISION	2
III.	DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES – offre et demande.....	4
IV.	DÉFINITION(S) et CHAMP D'ACTION de la discipline :	7
V.	CRITÈRES DE FORMATION ET D'AGRÉMENT	8
V.1.	Conditions d'admission.....	8
V.2.	Compétences finales (en annexe).....	8
V.3.	Durée et étapes de la formation :	13
V.4.	Formation à temps partiel	14
VI.	MAÎTRE DE STAGE / Équipe.....	14
VII.	SERVICES DE STAGE.....	15
VIII.	NOMBRE DE CANDIDATS (médecins spécialistes en formation) par maître de stage et par service de stage	16
IX.	DISPOSITIONS TRANSITOIRES.....	17

I. CONTEXTE

30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42

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

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

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

II. TEXTE DE VISION

44

45

46 II.1. Facteurs environnementaux

47

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

51

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

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

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

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

73

74 Soulignons que le gynécologue généraliste, outre le suivi gynécologique et obstétrical de base, remplit une
75 fonction de coordination importante dans sa relation avec les sous-spécialités telles que la médecine de
76 reproduction, l'oncologie gynécologique, l'urogynécologie et la périnatalogie.

77

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

79

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

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

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

88 Contrairement au patient d'autrefois qui s'autorisait peu d'implication, le patient d'aujourd'hui est un
89 partenaire à part entière dans le trajet de soins, et tant avant qu'après une consultation, il collecte des
90 informations via toutes sortes de canaux (internet, médias sociaux, contact avec des pairs). Ces évolutions
91 exigent toujours davantage de chaque médecin qu'il consacre plus de temps à la diffusion d'informations et
92 au consentement éclairé, et qu'il dispose de bonnes aptitudes à la communication, tant vis-à-vis du patient
93 que des prestataires de soins des équipes multidisciplinaires, les responsables de l'institution où ses activités

94 ont lieu, des parties tierces et des autorités publiques. Au cours de ces dernières décennies, les évolutions
95 technologiques ont été majeures . La chirurgie mini-invasive en est un bel exemple. Alors que jusqu'il y a 25
96 ans, la presque totalité de la chirurgie gynécologique avait lieu par voie vaginale et abdominale, actuellement,
97 au moins 50% de toutes les interventions sont réalisées par voie mini-invasive (laparoscopie, hystérocopie
98 et voie vaginale. Notons aussi l'évolution la plus récente : la chirurgie robotique). Ces nouvelles techniques
99 doivent être acquises au cours de la formation qui doit cependant encore consacrer suffisamment de temps
100 aux techniques « à l'ancienne ». Il en va de même pour le traitement conservateur de certaines affections
101 gynécologiques : à cet égard, l'arsenal s'est aussi fortement développé au cours de ces dernières décennies
102 (pensons p. ex. au traitement des myomes), de telle sorte que le candidat spécialiste doit également se former
103 en la matière. Le suivi de ces avancées technologiques (sur les plans diagnostique thérapeutique et
104 économique) est une évidence mais ne peut être que partiellement abordé au cours de la formation actuelle
105 de 5 ans.
106

107 b) Nécessité d'une formation générale ouverte à l'éventualité d'une surspécialisation ultérieure (niveau 3)
108

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

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

115 Pour plus de clarté : l'avis actuel concerne le titre professionnel de niveau 2 en gynécologie-obstétrique et
116 vise donc la formation professionnelle générale de gynécologue-obstétricien. Les compétences finales de ce
117 titre professionnel doivent être communes et prévenir impérativement une diversité excessive. Nous voulons
118 aussi permettre aux futurs gynécologues-obstétriciens dont la formation générale serait déjà suffisante au
119 bout de 4 ou 5 ans, de s'orienter, au cours de leur 5^e ou 6^e année, vers une expertise particulière dans un
120 sous-domaine. Toutefois, cela ne doit pas porter préjudice à leur formation générale complète. Les formations
121 continues et les formations dans des sous-domaines (surspécialisation) sortent du champ d'application du
122 présent qui concerne le titre de niveau 2.
123

124 Pendant la formation générale, la collaboration pluridisciplinaire sera aussi encouragée afin que cette manière
125 de travailler devienne une évidence spontanée. En effet, non seulement la demande de spécialistes dans un
126 domaine d'expertise donné augmente, mais ces « experts » sont aussi de plus en plus souvent censés (voire
127 obligés de) collaborer avec des confrères d'autres spécialités touchant au domaine d'expertise. Par exemple,
128 la prise en charge pluridisciplinaire de l'oncologie pelvienne et de la sénologie nécessite la collaboration des
129 gynécologues avec entre autres, des médecins spécialistes en oncologie médicale, des anatomo-
130 pathologistes, des généticiens, des radiothérapeutes, des radiologues, des médecins généralistes, des
131 psychologues, des kinésithérapeutes, etc. : tous contribuent à l'approche de la pathologie de la patiente en
132 s'appuyant sur leurs expériences et points de vue propres.
133

134 c) Nécessité d'une formation professionnelle organisée et structurée judicieusement:
135

136 La législation belge relative au temps de travail¹ des candidats spécialistes pendant leur formation
137 professionnelle limite le temps de travail hebdomadaire à 48 h sur une moyenne de 13 semaines consécutives
138 (60 h), à condition de signer un document « d'opting-out ». Ceci implique une modification du modèle de
139 formation, qui heureusement avait déjà été instaurée avant et depuis les modifications législatives. D'un
140 « apprentissage par osmose » dû à une longue présence sur le terrain, on passe à un parcours de formation
141 planifié et suivi qui garantit de couvrir les différents² aspects de la formation et d'être en contact avec la
142 pathologie. En outre, il existe un parcours de formation théorique (Master en Médecine spécialisée)
143 consistant en des cours, des examens et des attestations obligatoires et optionnels. Il y a aussi lieu d'investir
144 dans les différentes formes possibles de formation virtuelle, comme l'utilisation de modèles anatomiques,
145 des sessions de « skill and drill », les divers aspects de l'e-learning, etc. L'accessibilité financière et les
146 possibilités d'accès à ces formes alternatives de formation doivent naturellement être examinées de manière
147 approfondie, mais chaque candidat spécialiste devra avoir la possibilité, sur chaque lieu de formation, de
148 participer à ces formes alternatives de formation. Pour ce faire, le cadre financier nécessaire devra être

149 garanti.

150

151

152 ¹ Loi du 12 décembre 2010 fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en
153 formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants stagiaires se préparant à ces professions, MB 22 décembre
154 2010 (éd. 2), err., MB 12 janvier 2011.

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

157

158

159

160

161

III. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES – offre et demande

163

164

165 Le rapport sur l'évolution des effectifs des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, 2016-2036
166 - Résultats du scénario de base (*Cellule de planification de l'offre des professions de santé, Service*
167 *Professions de santé et exercice professionnel, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne*
168 *alimentaire et Environnement - du 09-04-2020*) indique que le degré de spécialisation en médecine
169 générale a été fixé par le groupe de travail des médecins à 0,42 pour la Communauté française et à 0,40
170 pour la Communauté flamande. En 2022, on prévoit que ~~827~~ (957 + 698) diplômés belges et (37+54)
171 diplômés non belges termineront leurs études de médecine. En Communauté flamande, 3,86% seront
172 admis en gynécologie-obstétrique (nombre de médecins en formation = 38). En Communauté française,
173 3,35% seront admis en gynécologie-obstétrique (nombre de médecins en formation = 25).

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

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

193

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		

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

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

212 gynécologues actifs par unité de population.

213

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

223

224 Si nous partons du principe que le gynécologue du futur continuera d'effectuer un grand nombre de
225 prestations de routine dans le cadre des soins de santé préventifs (notamment continuer à se charger du
226 suivi des dépistages, notamment des cancers du col utérin et du sein), du suivi normal de la grossesse, de
227 la contraception et de l'accompagnement de la ménopause et post-ménopause, alors une légère
228 réduction du nombre de places de formation suffira. (Proposition : maximum 45 places de formation pour
229 la Belgique/an, dont 25 pour la partie flamande et 20 pour la partie francophone du pays = ratio 55/45).
230 S'il devait toutefois y avoir un glissement des tâches de première ligne vers des soins purement spécialisés,
231 il se pourrait que l'on doive contrôler strictement le contingentement - ayant un impact sur le nombre de
232 places de stage nécessaires - du fait qu'il pourrait y avoir une répercussion négative majeure sur le nombre
233 de gynécologues généraux qui devront encore être formés à l'avenir (mais ces sur-spécialistes devraient
234 tout de même d'abord suivre une formation générale). Le nombre de « sur-spécialistes » devra être
235 réfléchi sur base de la prévalence des pathologies à traiter. La proportion de sur-spécialiste devra/sera
236 donc relativement limitée et devrait avoir un impact relatif dans le calcul du nombre de gynécologues à
237 former. Une telle estimation est toutefois impossible dans l'état actuel des choses. De plus, la
238 surspécialisation pourrait également créer un besoin similaire de gynécologues, ce qui déplacerait encore
239 plus les besoins de gynécologie générale vers la gynécologie des experts surspécialisés.

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

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

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

257

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

- 259 - à la santé et au bien-être de la femme (y compris la vie reproductive et sexuelle),
 260 - à la prévention, au diagnostic et au traitement des affections gynécologiques bénignes et malignes (du
 261 tractus génital, y compris les seins), chez les petites filles, les adolescentes, les femmes adultes et âgées (e.a.
 262 ménopause et post-ménopause),
 263 - aux aspects de la fertilité et de la contraception,
 264 - aux soins intégraux en cours de grossesse et d'accouchement,
 265 - aux soins et au bien-être du fœtus.

266

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

274

275 Avec cette définition, le gynécologue est :

276

- 277 • le médecin qui établit le premier contact avec la patiente et dispense des soins globaux et continus ;
- 278 • le médecin qui évalue et gère les aspects de la maladie tant au niveau biomédical que psychosocial ;
- 279 • le médecin qui gère les sources d'information de l'épidémiologie clinique et de l'analyse
 280 décisionnelle, ce qui aboutit à une pratique réfléchie dans le cadre de l'évaluation du processus de la
 281 maladie et de son traitement ;
- 282 • le médecin dépositaire et gestionnaire des informations cliniques électroniques.

283

284 La formation en gynécologie-obstétrique doit permettre au candidat spécialiste d'acquérir les connaissances
 285 médicales et les modèles de pensée cliniques, ~~et~~ scientifiques et éthiques spécifiques à la discipline et de les
 appliquer en pratique clinique.

286

287 1) La réflexion du candidat spécialiste doit reposer principalement sur des bases scientifiques fondées
 288 telles que celles de la médecine factuelle. L'accent doit dès lors être mis sur l'accès aux bases de
 données pertinentes, que le candidat spécialiste doit apprendre à utiliser :

- 289 • Bibliothèque électronique et classique : connaissances de base indispensables (*background knowledge*)
- 290 • Medline et bases de données factuelles: recherche active de connaissances de pointe (*foreground*
 291 *knowledge*)

292

293 2) Le candidat spécialiste en gynécologie-obstétrique doit avoir l'opportunité d'aborder, durant sa
 294 formation, un large éventail de domaines de la gynécologie-obstétrique (gynécologie de routine,
 295 chirurgie gynécologique, médecine reproductive, médecine fœtale , génétique, oncologie
 gynécologique et sénologie) (voir liste de compétences en annexe).

296

297

298

299

300

301

302

303

V. CRITÈRES DE FORMATION ET D'AGRÉMENT

306

307

308

V.1. Conditions d'admission

309

310

311

312

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

313

314

315

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

316

317

318

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

319

320

321

322

323

324

V.2. Compétences finales (en annexe)

325

326

327

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

328

329

330

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

331

332

333

a) Médecin

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

Les objectifs finaux généraux sont énumérés en annexe. Les connaissances s'acquièrent dans le cadre de cours théoriques organisés chaque année, avec un minimum de 4 journées de cours théoriques/32 heures de cours par an (« compléments à la gynécologie et à l'obstétrique »). Le candidat spécialiste doit en outre fournir la preuve qu'il suit une formation permanente, par exemple en suivant chaque année 14 heures de cours accréditées par l'INAMI (« approfondissement de la connaissance scientifique en gynécologie et en obstétrique »), équivalant à 14 points d'accréditation, cf. également la liste des cours et des formations obligatoires (annexe 1). Le candidat spécialiste tient à jour son portfolio et satisfait aux exigences de l'art.8 de la loi du 22 avril 2019¹. Les compétences techniques de la profession s'acquièrent au cours des activités quotidiennes. Elles englobent à la fois la réalisation correcte des consultations, le traitement conservateur au moyen de certains actes techniques ainsi que la maîtrise des interventions chirurgicales et obstétricales de la spécialité. L'attitude professionnelle s'acquiert au cours des activités quotidiennes. La progression des compétences chirurgicales et techniques fait l'objet d'une évaluation, par exemple par OSATS (*objective structured assessment of technical skills*) et DOPS (*directly observed procedural skills*). Le candidat spécialiste doit enregistrer ses progrès dans un carnet de stage ou son équivalent électronique. En fin de formation, le candidat doit réussir une évaluation organisée de façon paritaire par les associations professionnelles de la spécialité ob/gyn et par les établissements universitaires sous le contrôle du ministre en charge de la santé

¹ Art.8 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé

350 publique.(Art.20 de l'AM du 23 avril 2014)².
351 Une évaluation intermédiaire favorable à la fin de la cinquième année permettra d'envisager une orientation
352 plus spécifique en sixième année.
353

354 L'art 18, 4° de de l' Arrêté du 29 novembre 2017 du Gouvernement de la Communauté française fixant la
355 procédure relative à l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, MB 29 janvier 2018
356 prévoit que le candidat doit avoir suivi avec fruit une formation universitaire spécifique pendant les deux
357 premières années de la formation.
358

359 L'art 14, 4° du Besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 betreffende de erkenning van arts-
360 specialisten en van huisartsen, BS 6 april 2017 contient les critères pour la formation théorique du candidat.
361
362
363
364
365
366
367
368

369 b) Scientifique

370
371 Les connaissances s'acquièrent dans le cadre des cours théoriques et activités accréditées mentionnés au
372 « rôle du médecin » à l'alinéa V.2.1. Le candidat spécialiste enregistre ses activités scientifiques au moyen de
373 son carnet de stage (ou équivalent électronique). Au fil des activités quotidiennes, le candidat spécialiste
374 donne les preuves d'un approfondissement progressif de ses connaissances scientifiques du domaine
375 professionnel et si possible, de sa mise en œuvre pratique fondée sur des données factuelles.
376

377 Il mènera par ailleurs une recherche personnelle de préférence clinique et originale, à développer ensuite
378 dans un manuscrit scientifique devant aboutir à un article publié dans une revue « peer reviewed » (art. 20
379 de l' A.M. du 23.04.2014 ³).
380
381

382 c) Communicateur

383
384 Les connaissances s'acquièrent dans le cadre de cours distincts, les aptitudes sont exercées sur le lieu de
385 travail et lors de sessions d'exercices spécifiques. L'accent est mis sur une communication correcte, efficiente
386 et empathique sur le plan humain avec les patients et sur la collaboration interdisciplinaire avec les confrères
387 et tous les autres prestataires de soins médicaux et non médicaux.
388

389 d) Manager

390
391 Les connaissances s'acquièrent dans le cadre de cours distincts, les compétences sont exercées sur le lieu de
392 travail et lors de sessions d'exercices spécifiques. L'accent est mis sur une médecine de qualité et socialement
393 justifiée, où les moyens disponibles sont employés de façon judicieuse. Le candidat spécialiste apprend à se
394 profiler comme un acteur actif dans l'organisation des soins de santé et vise des normes éthiques élevées.
395

² Arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage

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 , M.B., 27 mai 2014, Errat., M.B., 10 septembre 2014.

396 e) Garant éthique et connaissances juridiques

397

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

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

403

404

405

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

408

409 • approche globale des processus de soins

410 • collaboration multi- et interdisciplinaire

411 • culture de la sécurité du patient

412 • suivi et surveillance des processus de soins (critiques)

413 • analyse et interprétation de données et présentation didactique de celles-ci

414 • amélioration permanente en fonction de cycles de qualité (PDCA: Plan-Do-Check-Act), avec prise en charge
415 de l'amélioration de la qualité (planification, réalisation et suivi)

416 • organisation et communication en matière de transitions dans les trajets de soins des patients intra- et
417 extra-muros

418 • « reporting » et analyse des (quasi-) incidents

419 • applications concrètes de la réglementation relative aux droits du patient au sens le plus large

420 • communication avec les dispensateurs de soins, les patients et leur famille

421

422

423 V.1.3. Compétences finales :

424

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

431 a) Consultations :

432

433 L'importance de l'expérience des consultations doit être soulignée. Pendant la formation, il faut prévoir
434 suffisamment de temps à cette fin. Au cours de la formation, le candidat spécialiste doit effectuer au minimum
435 1200 heures de consultations hors imagerie (50% de consultations en gynécologie et 50 % de consultations
436 en obstétrique) (sous la supervision du maître de stage avec la possibilité d'une autonomie croissante). Trois
437 CEC (courtes évaluations cliniques) ou toute autre forme d'évaluation formelle seront organisées par année
438 de formation.

439 b) Interventions :

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

443

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

446

447

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

448

449

450

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

451

452

453

Au cours d'un entretien de planification au début de chaque période de stage, le candidat et le maître de stage détermineront de commun accord la périodicité à laquelle certaines interventions feront l'objet d'une évaluation intermédiaire, outre l'évaluation finale obligatoire en fin d'année de stage (ou de période de stage si celui-ci dure moins d'une année). Cette planification tiendra compte du plan de stage du candidat.

454

455

456

457

458

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

459

460

461

462

463

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

464

465

466

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

467

468

469

470

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

471

472

473

474

475

476

c) Actes techniques :

477

478

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

479

480

481

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

482

483

484

485

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

486

487

488

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

489

490

491

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

492

493

494

495

Cette évaluation sera immédiatement transmise au maître de stage suivant.

496

497

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

498

499

500

501

502

d) Autres :

503
504
505
506
507
508
509
510
511

512
513
514

515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555

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

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

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

L'objectif est de proposer à chaque candidat spécialiste un parcours de formation comparable : uniforme pour les sujets essentiels, avec une certaine flexibilité basée sur les possibilités de places de stage en laissant une marge acceptable pour les intérêts spécifiques du candidat.

Il est possible qu'un candidat réalise tous les nombres minimaux à atteindre et obtienne les compétences nécessaires en fin de 4^e année. Au cours de la 5^e ou 6^e année, ce candidat pourra dès lors se former à un aspect plus spécifique de la gynécologie-obstétrique (par exemple en oncologie gynécologique, médecine périnatale, urogynécologie, chirurgie mini-invasive ou médecine de la reproduction), tout en maintenant une certaine activité de gynécologie-obstétrique générale, notamment à travers des gardes hospitalières, voire des consultations générales.

556

557

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

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

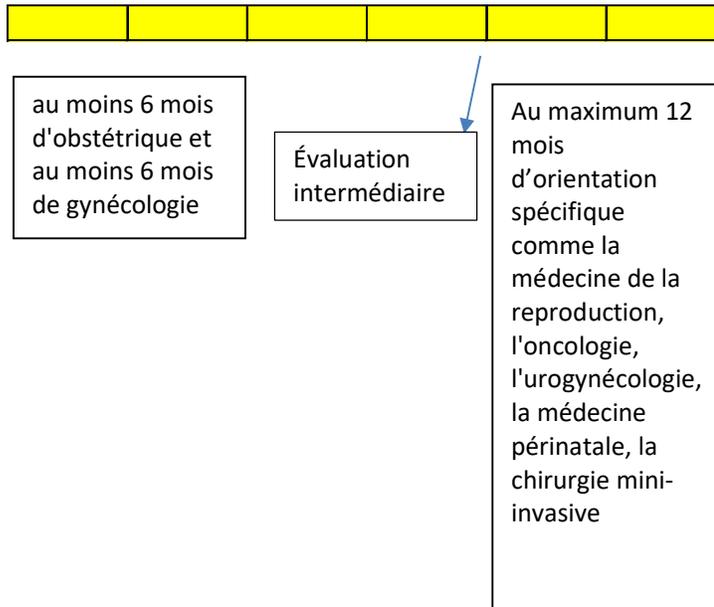
584

585

586

587

588



589

V.3 . Durée et étapes de la formation :

590

591

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

592

La formation dure au moins 6 ans et englobe :

593

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);

594

595

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) ;

596

597

598

3° au maximum 2 ans à l'étranger selon les dispositions des articles 11 (max 2 ans) et 11/1 (maximum 1 an)

599

de l' AM du 23.04.2014.

600

601

602

603

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 des connaissances théoriques et cliniques approfondies, en particulier en anatomie, physiologie et

604

605

606

607

608

609 pathophysiologie de la reproduction humaine, sexualité et grossesse, ainsi qu'en prévention, diagnostic et
610 traitement médical et chirurgical des affections gynécologiques et obstétricales. A cette fin, le candidat
611 participe aux soins des patientes, qui consistent en des consultations pré- et postnatales, des consultations
612 gynécologiques, la pratique de l'accouchement et la technique des interventions chirurgicales en gynécologie
613 et obstétrique.

614

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

622

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

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

628

629

630

631 V.4. Formation à temps partiel

632

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

636

637

638

639

VI. MAÎTRE DE STAGE / Équipe

640

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

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

644

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

648

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

652

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

654

655 Le service de stage dispose pour chaque candidat, en plus du maître de stage (5 ans d'ancienneté minimum),
656 d'au moins 1 collaborateur ETP (1 ETP = au moins 8/10^e) travaillant effectivement dans le service de stage

657 (cela ne doit pas être nécessairement une seule personne : p. ex. 2 membres du staff qui travaillent chacun à
658 mi-temps dans le service, correspondent aussi à 1 ETP)(Art 36 AM 23.04.2014). Ce(s) collaborateur(s) est(sont)
659 des médecin(s) spécialiste(s) agréé(s) en gynécologie- obstétrique ayant au moins 3 ans d'ancienneté (art 24/1
660 MB 23.04.2014) et fait(font) preuve d'un intérêt scientifique continu. Il(s) est(sont) effectivement impliqué(s)
661 dans la formation du candidat.

662
663
664
665
666
667

VII. SERVICES DE STAGE

668
669
670
671

VII.1 Critères :

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

673
674
675

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

676 2° le service de stage constitue une unité au sein de l'hôpital mais fonctionne d'une façon multidisciplinaire
677 avec d'autres disciplines médicales et d'autres professionnels de santé ;
678

679 3° l'activité du service de stage permet à chaque candidat de satisfaire aux critères de formation et d'agrément
680 (chapitre V) et au maître de stage et à tous ses collaborateurs de développer leur propre expérience ;

681
682
683

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

684 Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le service de stage dispose pour chaque candidat, en plus du
685 maître de stage (5 ans d'ancienneté minimum), d'au moins 1 collaborateur ETP (1 ETP = au moins 8/10^e)
686 travaillant effectivement dans le service de stage (cela ne doit pas être nécessairement une seule personne :
687 p.ex. 2 membres du staff qui travaillent chacun à mi-temps dans le service, correspondent aussi à 1 ETP). Ce(s)
688 collaborateur(s) est(sont) des médecin(s) spécialiste(s) agréé(s) en gynécologie- obstétrique ayant au moins
689 3 ans d'ancienneté (art 24/1 MB 23.04.2014) et fait(font) preuve d'un intérêt scientifique continu. Il(s)
690 est(sont) effectivement impliqué(s) dans la formation du candidat.

691

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

696
697
698
699
700
701
702
703

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

705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715

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

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

716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754

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

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

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

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

La majorité du groupe de travail ne prévoit pas de relation entre le nombre maximal de candidats en formation et la composition minimale de l'équipe de stage. L'activité exigée pour le service de stage, conduira automatiquement à une supervision adéquate par les médecins spécialistes présents.

Ou point VII.1. de la version décembre 2021)

Le service de stage dispose pour chaque candidat, en plus du maître de stage (5 ans d'ancienneté minimum), d'au moins 1 collaborateur ETP (1 ETP = au moins 8/10^e) travaillant effectivement dans le service de stage (cela ne doit pas être nécessairement une seule personne : p. ex. 2 membres du staff qui travaillent chacun à mi-temps dans le service, correspondent aussi à 1 ETP). 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 du candidat.

755

IX. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

756

757

758

759

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

760

761

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.

762

763

764

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}.

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

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.

1.
-

Annexe 1. Cours et formations obligatoires et facultatifs

787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841

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

842
843
844
845
846

Annexe 2a

847

848

849

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

850

851 Date de la demande :

852 Nom de l'assistant :

853 Lieu de la formation :

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

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

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

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

858 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	/	/

859 Supprimés : accouchement par voie basse + hystérectomie élargie!

860 Date de la signature :

Maître de stage en Gynécologie-Obstétrique

861

Dr

862
863
864
865
866
867

Annexe 2b

868

869

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

870

Date de la demande:

871

Nom de l'assistant:

872

Lieu de la formation:

873

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

874

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

875

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

876

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

877

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

878

879

880

881

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	/	/

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

882 Supprimés : accouchement par voie basse + hystérectomie élargie!

883 Date de la signature:

Maître de stage en Gynécologie-Obstétrique

884

Dr