

Avis final du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes du 15 juin 2017

Critères d'agrément spécifiques des médecins spécialistes, des maîtres et services de stage pour la discipline de GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Composition du Groupe de travail :

- Président : Dr Johan Van Wiemeersch, Pr. ém. M. L'Hermite
- Membres : Jan De Maeseneer, Xavier Denoo, Yves Jacquemyn, Michelle Nisolle, Axelle Pintiaux, Martine Berlière, Frédéric Kridelka, Karen Hansen, Carine Derop, Ignace Vergote, Steven Weyers

I. CONTEXTE

Des sources d'inspiration ont été recherchées à l'étranger.

Le groupe de travail mixte a travaillé intensément 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 offre 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.

1

II. TEXTE DE VISION

II.1. Facteurs environnementaux

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

Ce n'est que secondairement qu'une prolongation de la formation à six ans s'impose du fait de l'instauration d'une réduction du temps de travail, mais c'est essentiellement du fait des énormes changements de la relation médecin-patient au cours des dernières décennies. A côté des nombreux droits acquis par le patient comme le droit à l'information, le droit de codécision (« shared decision making »), la grande responsabilité du gynécologue, (aux conséquences médico-légales majeures et de très longue durée), de même que la nécessité d'un « counseling » long et fastidieux lors de l'analyse et du traitement des diverses pathologies imposent un apprentissage et une formation supplémentaires .

Le renforcement des connaissances et implications de la génétique, les nombreuses possibilités de traitement des problèmes liés à la fertilité, l'accompagnement du gynécologue durant les différentes phases de la vie d'une femme, aussi bien durant les périodes de contraception et de reproduction que pendant la ménopause et à la post-ménopause, ainsi que les différentes évolutions de la chirurgie, mettant l'accent sur la chirurgie mini-invasive (techniques qui étaient pour ainsi dire inexistantes il y a 30 ans d'ici) requièrent une formation intensive afin de garantir une pratique autonome et sans risque. Le gynécologue supporte aussi une grande responsabilité en termes d'échographie, et ce non seulement dans le cadre du diagnostic prénatal, mais aussi pour tous les aspects de l'échographie qui est devenue indissociable de la pratique quotidienne de la spécialité. Signalons aussi que le gynécologue général occupe une fonction de coordination importante dans sa relation avec les sous-spécialités telles que la médecine de reproduction, l'oncologie gynécologique, l'urogynécologie et la périnatalogie.

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

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

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

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

Contrairement au patient d'autrefois, passif et sous tutelle, le patient d'aujourd'hui est un partenaire à part entière dans le trajet de soins, plus autonome et, tant avant qu'après une consultation, il récolte des informations via toutes sortes de canaux (internet, médias sociaux, contact avec des pairs). Ces évolutions exigent toujours davantage que chaque médecin y consacre de plus en plus de temps et dispose de bonnes aptitudes à la communication, tant vis-à-vis du patient que vis-à-vis des prestataires de soins et des instances administratives supérieures.

Au cours de ces dernières décennies, il s'est produit une explosion des évolutions technologiques. La chirurgie mini-invasive en est un bel exemple. Alors que jusqu'il y a 25 ans, la presque totalité de la chirurgie gynécologique se faisait par voie vaginale et abdominale, au moins 50% de toutes les interventions se font actuellement par voie mini-invasive (laparoscopie, hystéroscopie et voie vaginale). Ces nouvelles techniques doivent être acquises au cours de la formation, qui doit cependant encore consacrer suffisamment de temps aux techniques « plus anciennes ». Il en va de même pour le traitement conservateur de certaines affections gynécologiques : dans ce cas-ci également, l'arsenal s'est fort développé au cours de ces dernières décennies (pensons p. ex. au traitement des myomes), ce qui fait que le candidat spécialiste doit également se former en la matière. Le suivi de ces avancées technologiques (sur le plan diagnostique et thérapeutique) est une évidence mais ne peut être que partiellement abordé au cours de la formation actuelle de cinq ans.

b) Nécessité d'une formation générale également attentive à une éventuelle sous-spécialisation ultérieure (niveau 3) :

La formation en gynécologie-obstétrique se veut générale, en ceci que le spécialiste qui termine sa formation doit conserver une vision large des différents aspects de la gynécologie-obstétrique. Néanmoins, sous l'effet d'une part d'une surspécialisation poussée, et d'autre part de la collaboration de différents gynécologues au sein d'une association, la demande des hôpitaux d'une expertise poussée dans certains domaines ne cesse de croître.

Par souci de clarté : l'avis actuel concerne le titre professionnel de niveau 2 en gynécologie-obstétrique et vise donc la formation professionnelle générale de gynécologue-obstétricien. Les compétences finales de ce titre professionnel doivent être communes et impérativement éviter une diversité excessive. Nous voulons aussi permettre aux futurs gynécologues-obstétriciens dont la formation générale serait déjà suffisamment approfondie au bout de 5 ans, de s'orienter, au cours de leur sixième année, vers une expertise particulière dans un sous-domaine. Ce qui ne peut cependant pas porter préjudice à leur formation générale complète. Les formations continues et les formations dans des sous-domaines sortent du champ d'application du présent avis relatif au titre de niveau 2.

Pendant la formation générale également, la collaboration pluridisciplinaire sera encouragée afin que cette façon de travailler devienne « naturellement » évidente. En effet, non seulement la demande de spécialistes dans un domaine d'expertise augmente, mais il est également toujours plus attendu (même impérativement) de ces « experts » qu'ils collaborent avec des confrères d'autres spécialités touchant au domaine d'expertise. Un exemple de ce genre est la prise en charge pluridisciplinaire de l'oncologie pelvienne et de la sénologie, où les gynécologues collaborent entre autres avec des médecins spécialistes en oncologie médicale, des anatomo-pathologistes, des généticiens, des radiothérapeutes, des radiologues, des médecins généralistes, des psychologues, des kinésithérapeutes, ... qui contribuent tous à l'approche de la pathologie de la patiente, chacun avec sa propre expérience et son angle d'approche.

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

La législation belge relative au temps de travail¹ des candidats spécialistes pendant leur formation professionnelle ne permet plus des semaines de travail extrêmement longues et limitent la semaine de travail à 48 h (voire 60 h). Ceci implique une modification du modèle de formation, qui heureusement avait déjà été instaurée avant et depuis les modifications législatives. D'un « apprentissage par osmose » au fil d'une longue présence sur le terrain, on passe à un parcours de formation planifié et suivi garantissant de couvrir les différents² aspects de la formation et d'assurer un contact judicieux avec la pathologie.

Il y a aussi lieu d'investir dans les différentes formes potentielles de formation virtuelle, parmi lesquelles l'utilisation de modèles anatomiques, des sessions de « skill and drill », divers aspects d'e-learning, ... 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. Le cadre financier nécessaire pour ce faire 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 360°" du candidat (y compris au moins le cadre administratif, infirmier, superviseurs, les collègues candidats et les patients).

III. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES – offre et demande

Sur la base des résultats du couplage des données Plan CAD (Cadastre National) on a analysé la situation des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique sur le marché du travail en 2012.

En 2012, 77% des médecins disposant d'un numéro INAMI se terminant par 340 étaient actifs, ce qui veut dire qu'ils ont introduit des prestations INAMI en 2012. 48% étaient actifs en Flandre, 34% en Wallonie, 16% à Bruxelles et 2% à l'étranger/inconnu. Ce qui correspond à 75% des numéros INAMI se terminant par 340. Les 25% restants sont probablement à la retraite ou n'exercent aucune activité INAMI.

En 2012, on a dénombré 262 candidats spécialistes en gynécologie, à savoir 114 dans la partie francophone et 148 dans la partie néerlandophone du pays. Nous observons donc qu'en moyenne environ 50 gynécologues terminent leur formation chaque année actuellement.

Dans les résultats du couplage des données PlanCAD, il est fait mention du concept « équivalent temps plein » (ETP) mais cet équivalent temps plein est calculé sur base des remboursements INAMI et non pas du temps presté effectivement : il correspondrait à 177.960 euros. Le nombre de tels ETP « financiers » de gynécologue en Belgique s'élève ainsi à 1232.

Quant au taux d'activité, nous observons que la plupart des gynécologues travaillent comme indépendants, à savoir 86%. La densité la plus élevée de gynécologues se trouve à Bruxelles, ainsi qu'en Brabant flamand et wallon. Il ressort de l'analyse de ces 1232 « ETP » INAMI que ce sont surtout les hommes âgés entre 35 et 60 ans qui travaillent à temps plein ou plus, et qu'à Bruxelles et en Wallonie, les femmes ne travaillent pas à temps plein, contrairement à leurs consœurs flamandes.

Il convient de souligner que lors de l'analyse des seuls chiffres démographiques dont nous disposons il s'agit toujours d'ETP financiers et non de nombres d'heures de travail prestées. Ces données ne permettent pas non plus de faire une estimation correcte de l'afflux de gynécologues à l'avenir. Puisqu'il faut s'attendre à un modèle d'activité différent dans le secteur aussi bien préventif que curatif de la gynécologie-obstétrique et qu'il est impossible de prévoir l'impact d'un changement éventuel du profil d'activités des sages-femmes. Si nous partons du principe que dans les années à venir, nous aurons besoin en permanence de 1602 (chiffres 2016) gynécologues, et que nous nous basons sur une carrière moyenne de 35 ans, le groupe de travail estime qu'il faudrait qu'environ au moins 40-50 gynécologues (travaillant à temps plein) terminent leur formation chaque année. Il s'est toutefois avéré, au cours de ces dernières années, que les jeunes gynécologues souhaitent souvent travailler à temps partiel et en tout cas prester moins d'heures par semaine en moyenne par rapport aux décennies antérieures. Ceci pourrait cependant avoir comme conséquence un besoin maintenu, voire accru, en gynécologues, la plupart ne travaillant plus à un même rythme qu'antérieurement, nombre d'entre eux exerçant essentiellement dans un domaine spécifique d'expertise. En plus, la complexité du diagnostic et des traitements augmente considérablement.

Si nous partons du principe que le gynécologue du futur continuera d'effectuer un grand nombre de prestations de routine dans le cadre des soins de santé préventifs (notamment continuer à se charger du suivi des dépistages, notamment des cancers du col utérin et du sein), du suivi

normal de la grossesse, de la contraception et de l'accompagnement de la ménopause et post-ménopause, nous pouvons dans ce cas au moins maintenir le quota actuel du nombre de lieux de formation et de gynécologues reconnus. S'il devait toutefois y avoir un glissement des tâches de première ligne vers des soins purement spécialisés, on pourrait devoir contrôler strictement le contingentement, voire diminuer les lieux de formation du fait qu'il pourrait y avoir une répercussion négative importante sur le nombre de gynécologues généraux encore à former à l'avenir (mais ces surspécialistes devraient quand même d'abord acquérir une formation générale). Une telle estimation est toutefois impossible dans l'état actuel des choses. Néanmoins, la surspécialisation pourrait aussi entraîner un besoin comparable en gynécologues, déplaçant les besoins de gynécologie générale vers les gynécologues experts surspécialisés.

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

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

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

5

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

Avec cette définition, le gynécologue est :

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

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

- 1) La réflexion du candidat spécialiste doit reposer principalement sur des bases scientifiques fondées telles que celles disponibles 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:
 - Bibliothèque électronique et classique : connaissances de base indispensables (*background knowledge*)
 - Medline et bases de données factuelles: recherche active de connaissances de pointe (*foreground knowledge*)
- 2) Le candidat spécialiste en gynécologie-obstétrique doit avoir l'opportunité d'aborder, durant sa formation, un large éventail de domaines de la gynécologie-obstétrique (gynécologie de routine , chirurgie gynécologique, infertilité, diagnostic prénatal, génétique, oncologie gynécologique et sénologie) (voir liste de compétences en annexe).

V. CRITÈRES DE FORMATION ET D'AGRÈMENT

V.1. Conditions d'accès

Conditions d'accès pour la formation de base: le diplôme en médecine et une attestation universitaire telle que visée à l'AR 1983³ et pour la Communauté flamande l' Arrêté du Gouvernement flamand relatif à l'agrément des médecins spécialistes ou généralistes, MB 6 avril 2017.

6

V.2. Compétences finales (en annexe)

V.2.1. Le candidat spécialiste doit se former dans 4 domaines de compétence, à savoir ceux de médecin, de scientifique, de communicateur et de manager.

Les objectifs d'apprentissage pour ces compétences se définissent comme suit (voir en annexe) :

a) Médecin

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, p. ex. 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). 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 traitements et actes techniques ainsi que la maîtrise des interventions chirurgicales et obstétricales

³ AR du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (MB du 27 avril 1983).

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. Après la deuxième année, le candidat doit réussir un examen organisé par l'université. Réussir cet examen est une condition sine qua non pour l'agrément de spécialiste.

b) Scientifique

Les connaissances s'acquièrent dans le cadre des cours théoriques et activités accréditées mentionnés sous « le rôle de médecin » à l'alinéa V.2.1. Le candidat spécialiste enregistre ses activités scientifiques par le biais de son carnet de stage (ou équivalent électronique). Au fil des activités quotidiennes, le candidat spécialiste témoigne d'un approfondissement progressif de sa connaissance scientifique du domaine professionnel et de sa mise en œuvre pratique, fondée, chaque fois que disponibles, sur des données factuelles.

Il étudiera en profondeur un problème, de préférence clinique, au travers d'une recherche personnelle de préférence originale, à développer ensuite dans un manuscrit scientifique devant déboucher sur un article publié dans une revue soumise à examen par les pairs.

c) Communicateur

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

d) Manager

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

V.2.2. Le candidat possède une connaissance approfondie et un savoir-faire en matière de contrôle de qualité et de politique de sécurité:

- approche globale des processus de soins
- collaboration multi- et interdisciplinaire
- culture de la sécurité du patient
- suivi et surveillance des processus de soins (critiques)
- analyse et interprétation de données et présentation didactique de celles-ci
- amélioration permanente en fonction de cycles de qualité (PDCA: Plan-Do-Check-Act), avec prise en charge de l'amélioration de la qualité (planification, réalisation et suivi)

- organisation et communication en matière de transitions dans les trajets de soins des patients intra- et extra-muros
- « reporting » et analyse des (quasi-) incidents
- application concrète de la réglementation relative aux droits du patient au sens le plus large
- communication avec les dispensateurs de soins, les patients et leur famille

V.2.3. Compétences finales :

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

a) Consultations :

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

b) Interventions :

À l'issue de la formation, le candidat doit avoir pratiqué un nombre minimum d'interventions reflétant la pratique gynécologique et obstétricale courante. À l'issue de la formation, le candidat doit avoir pratiqué en première main sous supervision au moins 220 interventions gynécologiques clés et 275 actes obstétricaux clés. Au cours de la formation de base (3 premières années), le candidat devrait avoir pratiqué en première main au moins 75 interventions gynécologiques clés et 75 actes obstétricaux clés. Annuellement, chaque type d'intervention chirurgicale et d'acte obstétrical fera l'objet d'au moins une évaluation sur base de critères préalablement définis (par exemple une évaluation OSATS).

L'annexe 2 présente la liste des 'interventions clés' et des nombres minimums à atteindre. À l'issue de la formation (et si possible déjà après 5 ans), le candidat doit avoir atteint le niveau d'expertise « capable d'exécuter l'acte sans l'assistance d'un sénior (= sans l'aide d'un senior) pour toutes ces interventions clés.

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 est de moins d'une année). Cette planification tiendra compte du plan de stage du candidat.

Toute évaluation formelle par le maître de stage (ou son représentant désigné) se fera sur base de critères préalablement définis (par exemple évaluation OSATS). Après chaque

évaluation, le maître de stage pointera 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).

L'annexe 3 donne la liste des interventions gynécologiques et obstétricales auxquelles le candidat doit en outre avoir participé un nombre minimal de fois comme premier d'assistant.

À la fin de chaque année de formation, le maître de stage établira le niveau d'expertise atteint par le candidat pour chacune des interventions gynécologiques et obstétricales (telles que mentionnées à l'annexe 2), niveau évalué selon l'échelle suivante:

- pas d'application (car non abordé cette année-là)
- capable d'exécuter l'acte moyennant l'assistance d'un sénior (= supervision étroite)
- capable d'exécuter l'acte sans l'assistance d'un sénior
- capable de superviser l'acte d'un collègue junior et de le lui enseigner.

Cette évaluation sera immédiatement transmise au maître de stage suivant.

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 (tels que mentionnés aux annexes 2 et 3) pratiqués, tant au cours de l'année que cumulative sur l'entièreté de la formation.

9

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 en concertation avec son maître de stage coordinateur ~~établit~~ le plan de stage. 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. »

c) Actes techniques :

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

À l'issue de la formation (et de préférence déjà après 5 ans), un candidat devra avoir pratiqué au moins 1050 prestations techniques (l'annexe 2 en définit le type et le nombre par prestation).

Annuellement, chaque type de prestation technique fera l'objet d'au moins une évaluation sur base de critères préalablement définis (par exemple une évaluation DOPS ou toute autre forme d'évaluation formelle).

À la fin de chaque année de formation, le maître de stage établira le niveau d'expertise atteint par le candidat pour chacune des prestations techniques (telles que mentionnées à l'annexe 2), niveau évalué selon l'échelle suivante:

- pas d'application (car non abordé cette année-là)
- capable d'exécuter l'acte moyennant l'assistance d'un sénior (= supervision étroite)
- capable d'exécuter l'acte sans l'assistance d'un sénior
- capable de superviser l'acte d'un collègue junior et de le lui enseigner.

Cette évaluation sera également immédiatement transmise au maître de stage suivant.

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 (tels que mentionnés à l'annexe 2) pratiqués, tant au cours de l'année que cumulative sur l'entièreté de la formation

L'annexe 3 donne aussi la liste des prestations techniques auxquelles le candidat doit en outre avoir participé un nombre minimal de fois comme premier d'assistant.

d) Autres :

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 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.2.4. Concept flexible de formation professionnelle générale approfondie permettant les intérêts spécifiques :

Le groupe de travail souligne la nécessité d'une flexibilité minimale susceptible de prendre en compte l'évolution de la pathologie, de la technologie et du type d'intervention. La législation (l'annexe de l'arrêté ministériel) 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'automatisation par voie électronique du « carnet de stage en gynécologie-obstétrique » permettra un meilleur suivi de la progression durant la formation professionnelle.

L'objectif est de proposer à chaque candidat spécialiste un trajet de formation comparable :

uniforme pour les sujets essentiels, avec une certaine flexibilité basée sur les possibilités de places de stage en laissant éventuellement une marge acceptable pour les intérêts spécifiques du candidat.

Il est possible qu'un candidat réalise tous les nombres minimums à atteindre et obtienne les compétences nécessaires en fin de cinquième année. Au cours de la sixième année, ces candidats pourront 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 au travers de la poursuite des gardes hospitalières, voire de consultations générales.

V.3. Durée et structure de la formation :

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

La formation dure au moins six ans et englobe :

1° au moins deux ans 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

A titre exceptionnel et dans le cas où un candidat ne réussit pas à établir son plan de stage suite à un manque de places de stage universitaires, ces stages sont également possibles comme mesure transitoire pour par exemple 10 ans, dans un hôpital autorisé à dispenser une formation complète (formation de base et formation supérieure, cfr VII.1 dernier alinéa) en dérogation de l'article 10 de l' AM 23.04.2014 ⁴

2° au moins deux ans dans un hôpital non universitaire disposant d'un service de stage agréé pour la formation en gynécologie-obstétrique ;

3° au maximum deux ans à l'étranger selon les dispositions de l'article 11 et 11/1 de l' A.M. du 23.04.2014 (note de bas de page 3)

La **formation de base** a une durée minimale de trois ans et débute obligatoirement par une année de pratique clinique. La formation de base compte au moins 1 année d'obstétrique et au moins 1 année de gynécologie (pas nécessairement consécutivement) ou au moins 2 ans dans un service combinant l'obstétrique et la gynécologie. Au cours de la formation de base, le candidat acquiert essentiellement des connaissances théoriques et cliniques approfondies et un savoir-faire en anatomie, physiologie et pathophysiologie de la reproduction humaine et de la grossesse ainsi qu'en prévention, diagnostic et traitement médical et chirurgical des affections gynécologiques et obstétricales. Pour ce faire, le candidat participe aux soins aux patients, qui consistent en des consultations pré- et postnatales, des consultations gynécologiques, la pratique de l'accouchement et la technique des interventions chirurgicales en gynécologie et en obstétrique.

La **formation supérieure** a une durée minimale de trois ans, dont au moins un an en gynécologie et au moins six mois en obstétrique (pas nécessairement consécutivement) ou au moins 18 mois dans

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.

un service combinant gynécologie et obstétrique. Le stage obstétrical se déroulera, autant que possible, dans un service disposant d'un MIC (maternal intensive care).

Durant la sixième année de formation professionnelle, des connaissances, un savoir-faire et des compétences peuvent s'acquérir dans quelques domaines spécifiques (comme la médecine de la reproduction, l'oncologie, l'urogynécologie, la médecine périnatale, etc.) mais ceci ne peut porter préjudice à une large formation complète préalable.

V.4. Formation à temps partiel

Le Groupe de travail a pris connaissance de la proposition de février 2017 du Conseil supérieur (une année peut être scindée en deux années), mais prévoir la possibilité d'un tmat minimum de 80 % sur tout le trajet de formation (avec due prolongation de la durée de la formation) semble correspondre davantage aux attentes des candidats et a le soutien de la majorité des membres du Groupe de travail.

VI. MAÎTRE DE STAGE / Équipe

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

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

12

VII. SERVICES DE STAGE

VII.1 Critères :

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

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

2° le service de stage constitue une unité au sein de l'hôpital où le service de médecine interne et le service de chirurgie ~~son~~ satisfont aux critères pour être agréés comme services de stage ;

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

4° la continuité de la formation du candidat ainsi que sa participation personnelle à temps plein aux activités du service de stage sont assurées.

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le service de stage dispose **pour chaque candidat**, en plus du maître de stage, d'au moins 1 collaborateur ETP (au moins 8/10èmes) 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) agréé(s) comme médecin(s) spécialiste(s) en gynécologie-obstétrique et fait(font) preuve d'un intérêt scientifique continu. Il(s) est(sont) effectivement impliqué(s) dans la formation du candidat.

Le service autorisé à dispenser une formation complète (formation de base et formation supérieure) doit comptabiliser au moins 1000 accouchements par an et proposer une polyclinique **quotidienne** pour femmes enceintes, tandis qu'au moins 400 interventions gynécologiques majeures doivent être pratiquées chaque année et la polyclinique de gynécologie doit enregistrer au moins 500 nouveaux cas par an.

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

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 abouti pour permettre une expérience pertinente aux candidats spécialistes, comme visé dans les compétences finales. (*clinical learning environment*).

13

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

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

- 1° 600 accouchements et 400 interventions chirurgicales : 1 candidat ;
- 2° 800 accouchements et 400 interventions chirurgicales : 2 candidats.

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

- 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 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) : 1 candidat supplémentaire ;
- 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 sénologie, échographie et fertilité : 1 candidat supplémentaire.

Moyennant une motivation particulière dans l'arrêté d'agrément, un nombre plus élevé d'équivalents de candidats peut se justifier sur la base de l'importance de l'activité médicale accomplie dans le service de stage ou au sein de la polyclinique ou sur la base de la diversité des pathologies qui y sont traitées. Le nombre d'équivalents de candidats doit être proportionnel à l'activité du service de stage et ne pourra excéder le nombre d'équivalents temps (8/10èmes minimum) plein de collaborateurs (donc pas par nombre de collaborateurs mais en fonction du nombre cumulé d'ETP) travaillant dans le service.

IX. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

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.

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.

14

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

1. Cours pratiques organisés par une université ou par une organisation agréée et axés sur les candidats, pour lesquels un certificat de réussite doit être présenté :

- 1° Cardiotocographie
- 2° Endoscopie
- 3° Échographie gynécologique et obstétricale
- 4° Colposcopie
- 5° Hystéroskopie diagnostique et opératoire
- 6° Pratique de l'obstétrique

2. Connaissances théoriques pouvant s'acquérir par la participation à des congrès, des symposiums, des cours de post-graduat, des conférences ou des publications (y compris en ligne) avec attestation de présence et/ou de réussite à l'appui:

- 1° Fertilité - Endocrinologie de la Reproduction
- 2° Sénologie : diagnostic et traitement des affections bénignes et malignes
- 3° Urogynécologie
- 4° Infectiologie en gynécologie-obstétrique
- 5° Physiopathologie de la vulve et du vagin
- 6° Sexologie
- 7° Oncologie gynécologique pelvienne
- 8° Planning familial/contraception
- 9° Ménopause

Annexe 2. Seuil minimal de prestations techniques et d'interventions clés à réaliser en 1^{ère} main (sous supervision).

<u>PRESTATIONS TECHNIQUES:</u>	
Échographies gynécologiques (abdominales et vaginales)	500
Échographie de grossesse	500
Colposcopie	25
Placement de dispositifs intra-utérins	25
<u>INTERVENTIONS GYNECOLOGIQUES:</u>	
Laparotomies (pas pour césarienne)	10
Hystéroscopie (dont au moins 50% opératoires)	50
Aspirations et curetages utérins	50
Conisation ou équivalent	10
Laparoscopie dont au moins 50% opératoires (stérilisation, cystectomie, grossesse extra-utérine(ectopique) , annexectomie, endométriose, myomectomie...)	50
Hystérectomie (tous types et voies d'accès, dont au moins cinq par voie abdominale « ouverte » et au moins cinq par voie vaginale)	30
Chirurgie du plancher pelvien (tous types et voies d'accès)	10
Chirurgie de l'incontinence urinaire (tous types et voies d'accès)	10
<u>ACTES OBSTETRICAUX :</u>	
Accouchements eutociques	200
Extractions instrumentales (par ventouse ou forceps)	25
Césariennes	50

Annexe 3. Seuil minimal de prestations techniques et d'interventions au cours desquelles le candidat doit être intervenu comme « premier assistant »

<u>PRESTATIONS TECHNIQUES :</u>	
Échographies morphologiques du deuxième trimestre	50
<u>INTERVENTIONS GYNECOLOGIQUES et ACTES OBSTETRICAUX :</u>	
Chirurgie mammaire (mastectomies, quadrantectomies ou tumorectomies)	10
Curage ganglionnaire axillaire, y compris ganglion sentinelle	10
Hystérectomies élargies (Wertheim) et/ou débulkings	10
Accouchement du siège par voie vaginale et/ou gémellaire	10 si possible