Avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes
13 octobre 2022 et du 16 mars 2023
Critères d'agrément spécifiques des médecins spécialistes, des maîtres et services de stage pour la discipline de GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE (niveau 2)

Composition du Groupe de travail :

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

I. CONTEXTE 2
II. TEXTE DE VISION 2
III. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES – offre et demande 5
IV. DÉFINITION(S) et CHAMP D'ACTION de la discipline : 8
V. CRITÈRES DE FORMATION ET D'AGRÉMENT 9
V.1. Conditions d'admission 9
V.2. Compétences finales (en annexe) 9
V.3 . Durée et étapes de la formation : 14
V.4. Formation à temps partiel 14
VI. MAÎTRE DE STAGE / Équipe 15
VII. SERVICES DE STAGE 15
VIII. NOMBRE DE CANDIDATS (médecins spécialistes en formation) par maître de stage etpar service de stage 16
IX. DISPOSITIONS TRANSITOIRES 17

I. CONTEXTE

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

II.1. Facteurs environnementaux

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

Dès lors**,** une prolongation de la formation à 6 ans s'impose non seulement en raison de la limitation du temps de travail mais aussi, principalement en raison de la plus grande complexité du diagnostic et du traitement des différentes pathologies, de la pression administrative accrue et de l'évolution de la relation médecin-patient au cours-des dernières décennies. Les nombreux droits acquis par le patient, comme le droit à l'information et le droit de codécision qui va de pair (« shared decision making »), la grande responsabilité du gynécologue, (aux conséquences médicolégales majeures sur un très long terme), de même que la nécessité d'un «counseling » long et fastidieux lors de l'analyse et du traitement des diverses pathologies, imposent l'acquisition de connaissances et compétences 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 puberté, de contraception et de reproduction que pendant la ménopause et la post-ménopause, ainsi que les différentes évolutions de la chirurgie, qui mettent l'accent sur l'augmentation de la complexité et le développement de la chirurgie mini-invasive (avec l'introduction de techniques toujours plus innovantes comme la chirurgie robotique) requièrent une formation intensive afin de garantir une pratique autonome et sans risque.
Le gynécologue dispose des connaissances et compétences nécessaires pour répondre à certaines attentes de la société, entre autres une expertise au sein d'une équipe multidisciplinaire concernant les différents aspects du planning familial, de l'accueil et des examens de victimes d'agressions sexuelles …
Le gynécologue assume aussi une grande responsabilité au niveau de l'échographie, et ce non seulement dans le cadre du diagnostic prénatal et du suivi de la grossesse, mais aussi pour tous les aspects de l'échographie qui est devenue indissociable de la pratique quotidienne de la spécialité.

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

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

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

La formation en gynécologie-obstétrique se veut générale car le candidat spécialiste doit conserver une vision large des différents aspects de la gynécologie-obstétrique. Cette formation doit être telle que ce candidat spécialiste doit être en mesure en fin de formation, de prendre part à un service de garde de base.
Cependant, la demande des hôpitaux à la recherche d'expertise dans certains sous-domaines ne cesse de croître, d'une part, en raison d'une surspécialisation poussée, et d'autre part, en raison de la collaboration de différents gynécologues au sein d'une association.
Pour plus 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 prévenir impérativement une diversité excessive. En fin de 6ème année, les critères minimums quantitatifs (nombre d'actes) et qualitatifs (niveau de compétence) (Annexe 2b) doivent être remplis pour obtenir l'agrément en gynécologie-obstétrique.

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

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

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

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

La législation belge relative au temps de travail[1] des candidats spécialistes pendant leur formation professionnelle limite le temps de travail hebdomadaire à 48 h sur une moyenne de 13 semaines consécutives (60 h), à condition de signer un document « d'opting-out ». Ceci a impliqué une modification du modèle de formation, qui heureusement avait déjà été instaurée avant et depuis les modifications législatives. D'un « apprentissage par osmose » dû à une longue présence sur le terrain, on passe à un parcours de formation planifié et suivi qui garantit de couvrir les différents [2] aspects de la formation et d'être en contact avec la pathologie. Mais l'activité dans une discipline médicale comme la gynécologie-obstétrique ne peut pas toujours être planifiée.
En outre, il existe un parcours de formation théorique (Master en Médecine spécialisée) consistant en des cours, des examens et des attestations obligatoires et optionnels. Il y a aussi lieu d'investir dans les différentes formes possibles de formation virtuelle, comme l'utilisation de modèles anatomiques, des sessions de « skill and drill », les divers aspects de l'e-learning, etc. L'accessibilité financière et les possibilités d'accès à ces formes alternatives de formation doivent naturellement être examinées de manière approfondie, mais chaque candidat spécialiste devra avoir la possibilité, sur chaque lieu de formation, de participer à ces formes alternatives de formation. Pour ce faire, le cadre financier nécessaire devra être garanti.

[1] Loi du 12 décembre 2010 fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants stagiaires se préparant à ces professions, MB 22 décembre 2010 (éd. 2), err., MB 12 janvier 2011.
[2] Une des approches possibles consiste à prévoir une « évaluation à 360° » du candidat (y compris au moins le cadre administratif, infirmier, les relations avec les superviseurs, les autres candidats et les patients).

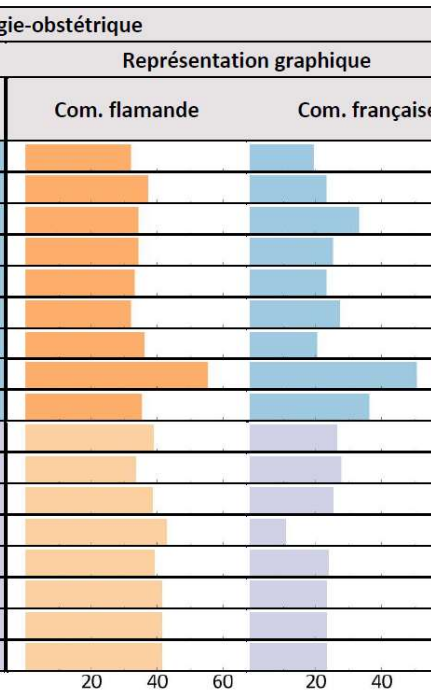
III. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES – offre et demande

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

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

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

Paramètre 6 : Taux de spécialité - Gynécologie-obstétrique									
	Communauté flamande				Communauté française				Représentation graphique
Début spec.	Dipl. BE	Dipl. N-BE	% spécialité	Nbre MEF	Dipl. BE	Dipl. N-BE	% spécialité	Nbre MEF	Com. flamande / Com. français
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	



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

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

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

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

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

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, alors une légère réduction du nombre de places de formation suffira. (Proposition : maximum 45 places de formation pour la Belgique/an, dont 25 pour la partie flamande et 20 pour la partie francophone du pays = ratio 55/45). S'il devait toutefois y avoir un glissement des tâches de première ligne vers des soins purement spécialisés, il se pourrait que l'on doive contrôler strictement le contingentement - ayant un impact sur le nombre de places de stage nécessaires - du fait qu'il pourrait y avoir une répercussion négative majeure sur le nombre de gynécologues généraux qui devront encore être formés à l'avenir (mais ces sur-spécialistes devraient tout de même d'abord suivre une formation générale). Le nombre de « sur-spécialistes » devra être réfléchi sur base de la prévalence des pathologies à traiter. La proportion de sur-spécialiste devra/sera donc relativement limitée et devrait avoir un impact relatif dans le calcul du nombre de gynécologues à former. Une telle estimation est toutefois impossible dans l'état actuel des choses. De plus, la surspécialisation pourrait également créer un besoin similaire de gynécologues, ce qui déplacerait encore plus les besoins de gynécologie générale vers la gynécologie des experts surspécialisés.

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

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

Avis du 13 octobre 2022 du Conseil Supérieur des médecins-spécialistes et des généralistes , complété par l'avis du 16 mars 2023

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 les 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,
- aux soins intégraux en cours de grossesse et d'accouchement,
- aux soins et au bien-être du fœtus.

- 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, des soins post-partum et des soins et du bien-être du fœtus.
- Le gynécologue doit assurer diverses tâches de prévention (dépistage et prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST), des cancers 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 aboutit à 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 et éthiques 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 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, médecine reproductive, médecine fœtale , génétique, oncologie gynécologique et sénologie) (voir liste de compétences en annexe).

V. CRITÈRES DE FORMATION ET D'AGRÉMENT

V.1. Conditions d'admission

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

- 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

- 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.

V.2. Compétences finales (en annexe)

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.

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

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, 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 2019[2]. 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 épreuve d'évaluation organisée de façon paritaire par les associations professionnelles de la spécialité ob/gyn et par les établissements universitaires sous le contrôle

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

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

L'art 18, 4° de 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 prévoit que le candidat doit avoir suivi avec fruit une formation universitaire spécifique pendant les deux premières années de la formation.

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

b) Scientifique

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

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

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.

e) Garant éthique et connaissances juridiques

La dimension éthique est essentielle dans la formation. 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.
Un recul éthique/philosophique doit être promu et organisé. Les connaissances du cadre juridique doivent être acquises.

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

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

V.1.2. Le candidat possède une connaissance approfondie et un savoir-faire en matière de contrôlede 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

• applications concrètes 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.1.3. Compétences finales :

Les compétences à acquérir sont celles d'un médecin, d'un scientifique, d'un communicateur, ~~et~~ d'un manager et d'un garant éthique (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 » et « les actes techniques ».

a) Consultations :

L'importance de l'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 hors imagerie (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. Un niveau de compétence minimal doit également être obtenu. (Voir annexe 2a + 2b.)

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

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.

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).

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.

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).

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

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.

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. »

c) <u>Actes techniques</u> :

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, 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.)

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.

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.

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).

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 pratiqués, tant au cours de l'année que cumulativement sur l'entièreté de la formation.

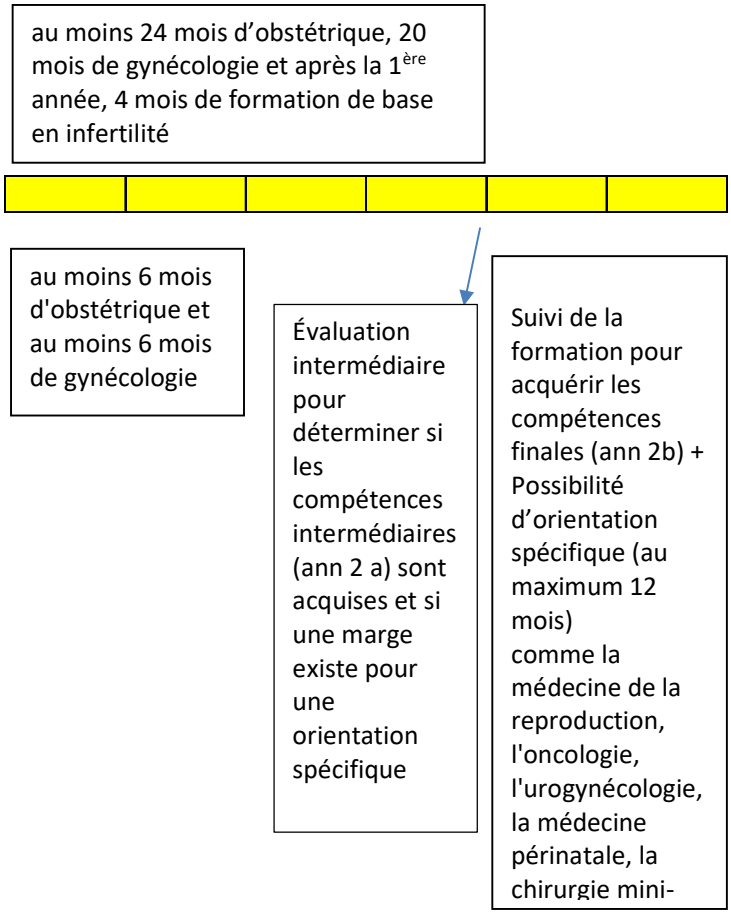
d) Autres :

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 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 équivalent pour les sujets essentiels, avec une certaine flexibilité conditionnée par les intérêts spécifiques du candidat.

Si lors d'une évaluation intermédiaire (critères ann 2a) par la Commission d'agrément en fin de 4 ième année, il s'avère que le candidat pourra acquérir sans problèmes les compétences finales (nombres d'actes et niveau de compétence ann 2b) en fin de sixième année, il dispose d'une certaine marge de capacité et 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, médecine de la reproduction, ménopause,etc.), tout en maintenant une certaine activité de gynécologie-obstétrique générale, notamment et entre autres à travers des gardes hospitalières, voire des consultations générales.
Le cas échéant, la Commission d'agrément peut valider une adaptation du plan de stage.



V.3 . Durée et étapes de la formation :

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

La formation dure au moins 6 ans et englobe :

1° au moins 12 mois dans un hôpital universitaire belge ou dans un hôpital dont le service est désigné comme universitaire au sens de l'article 4 de la loi relative aux hôpitaux (art 10 AM du 23.04.2014);
2° au moins 12 mois dans un hôpital qui n'est pas désigné comme hôpital universitaire ou dans un hôpital dont le service de stage agréé pour la formation en gynécologie-obstétrique n'est pas désigné comme universitaire (art 10 AM du 23.04.2014) ;

3° au maximum 2 ans à l'étranger selon les dispositions des articles 11 (max 2 ans) et 11/1 (maximum 1 an) de l' AM du 23.04.2014.

La formation de base a une durée minimale de quatre ans durant lesquels doit être prévu au moins 24 mois d'obstétrique, 20 mois de gynécologie et 4 mois de formation de base en infertilité après la 1ère 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 pathophysiologie de la reproduction humaine, sexualité et grossesse, ainsi qu'en prévention, diagnostic et traitement médical et chirurgical des affections gynécologiques et obstétricales. A cette fin, le candidat participe aux soins des patientes, 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 obstétrique.

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

Les candidats inscrits dans un programme de recherche (maximum 4 ans) peuvent faire reconnaître ½ année de formation (sur les 6) par année de recherche selon les dispositions de l'art 14 de l' A.M. du 23.04.2014.
Dans tous les cas de figure, le candidat devra obtenir et valider en fin de formation les nombres d'actes et les niveaux de compétences prévus dans l'annexe 2b.
La continuité de l'expérience clinique est d'ailleurs recommandée pendant la période de recherche.

V.4. Formation à temps partiel

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

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.

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

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 ~~s~~annuellement (moyenne de 3 années consécutives) dans le service de stage ;

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

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 de développer leur propre expérience ;

4° la continuité de la formation du candidat ainsi que sa participation personnelle 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 (5 ans d'ancienneté minimum), d'au moins 1 collaborateur ETP (1 ETP = au moins 8/10e) 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.

Le service autorisé à dispenser une formation complète (formation de base et formation supérieure) :

- doit comptabiliser au moins 1 000 accouchements par an
- dispose d'une polyclinique quotidienne pour femmes enceintes
- réalise, en plus des 400 interventions chirurgicales requises pour l'ensemble des services de stage, au moins 200 interventions gynécologiques majeures par an (moyenne de 3 années consécutives). On entend par « interventions gynécologiques majeures », les prestations d'une valeur-clé égale ou supérieure à K 180 (coefficient) et les prestations d'une valeur-clé égale ou supérieure à N 250 (coefficient) de l'art. 14 de la nomenclature des prestations de santé (A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 29 septembre 1984, err. M.B. du 2 avril 1985)
- la polyclinique gynécologique 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 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

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 chirurgicalesde 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.

Le service de stage dispose en plus du maître de stage (temps plein 8/10, 5 ans d'ancienneté minimum comme médecin-spécialiste agréé), d'au moins 1 collaborateur équivalent temps plein ETP (1 ETP = au moins 8/10e) ayant au moins 3 ans d'ancienneté comme médecin-spécialiste agréé travaillant effectivement dans le service de stage (en ce qui concerne les collaborateurs, 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).

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

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

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

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

IX. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

IX .1 L'arrêté ministériel du 15 septembre 1979 fixant les critères spéciaux d'agréation 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 1er paragraphe, conservent ce titre.

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

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 paragraphe1er, jusqu'à l'expiration de leur agrément.

Annexe 1. Cours et formations obligatoires et facultatifs

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 cardiotocographie (1/2 jour)
3. Endoscopie (5 jours, 1 jour par an)
4. Cours de base en hystéroscopie 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 hystéroscopie 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 préconceptuelle
- Médecine fœtale

Annexe 2a

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

Date de la demande :

Nom de l'assistant :

Lieu de la formation :

Niveau 1 de compétence : le superviseur accomplit l'activité et l'assistant observe.
Niveau 2 de compétence : le superviseur guide l'assistant durant l'accomplissement de l'activité.
Niveau 3 de compétence : l'assistant accomplit l'activité et le superviseur n'intervient qu'en cas de besoin.
Niveau 4 de compétence : l'assistant accomplit l'activité et le superviseur est à proximité au cas où son intervention serait nécessaire.
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.: 1er trim / 2e trim / 3e 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		Hystéroscopie: 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	/	/

Date de la signature : Maître de stage en Gynécologie-Obstétrique
Dr

Annexe 2b

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

Date de la demande:

Nom de l'assistant:

Lieu de la formation:

Niveau 1 de compétence: le superviseur accomplit l'activité et l'assistant observe.
Niveau 2 de compétence: le superviseur guide l'assistant durant l'accomplissement de l'activité.
Niveau 3 de compétence: l'assistant accomplit l'activité et le superviseur n'intervient qu'en cas de besoin.
Niveau 4 de compétence: l'assistant accomplit l'activité et le superviseur est à proximité au cas où son intervention serait nécessaire.
Niveau 5 de compétence: l'assistant accomplit l'activité sans que le superviseur doive être à proximité

.

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.: 1er trim / 2e trim / 3e 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		Hystéroscopie: 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	/	/

Supprimés : accouchement par voie basse + hystérectomie élargie!

Date de la signature:

Maître de stage en Gynécologie-Obstétrique
Dr

Patrick Waterbley (Signature)

Digitally signed by Patrick Waterbley (Signature)
Date: 2023.03.20 09:21:27 +01'00'