Exigences européennes en matière de formation en obstétrique et gynécologie 2026

le Conseil et Collège Européen d'Obstétrique et de Gynécologie

Projet pour l'obtention d'un consensus en formation

Fionnuala McAuliffe, présidente du SCTA, Membres du Comité du SCTA, Fedde Scheele, Jessica van der Aa, Angelique Goverde (rédacteurs)

Erasmus+

Co-funded by the European Union

Table des matières

Préface		**3**
Chapitre 1	**Contenu du programme – programme de base**	**9**
Chapitre 2	**Contenu du programme – programme optionnel**	**33**
Chapitre 3	**Facteurs humains et compétences non techniques**	**53**
Chapitre 4	**Leadership clinique en obstétrique et en gynécologie**	**55**
Chapitre 5	**Formation à la communication et aux compétences psychosociales**	**58**
Chapitre 6	**Formation par simulation aux techniques gynécologiques**	**60**
Chapitre 7	**Formation par simulation aux techniques obstétriques**	**66**
Chapitre 8	**Formation aux techniques en échographie**	**72**
Chapitre 9	**Délégation et portfolio**	**74**
	Annexe 1 : Exemples de formulaires d'évaluation	**80**
	Annexe 2 : Exemple de portfolio	**88**
Chapitre 10	**Gestion de la qualité et reconnaissance de la formation**	**106**
Chapitre 11	**Perfectionnement des enseignants**	**108**
	Annexe : Programme GESEA	**109**
Glossaire		**112**
Contributeurs		**116**
Annexe		**122**

Préface à la deuxième édition

Une formation complète et solide en obstétrique et en gynécologie est essentielle pour proposer des soins de haute qualité aux femmes dans toute l'Europe. Le Projet pour l'obtention d'un consensus en formation (PACT) est un programme de formation collaboratif et complet sur cinq ans. La révision du PACT est le résultat d'un programme de travail de trois ans et d'une contribution considérable de nos stagiaires, formateurs, collèges professionnels et sociétés européennes spécialisées affiliées.

Nous avons mis à jour la section concernant les facteurs humains et les compétences non techniques afin d'y inclure une section sur le leadership professionnel, le leadership et le développement personnel, le travail d'équipe, la prise de conscience des situations, la prise de décision et la gestion des tâches.

Le leadership clinique a été ajouté aux sections obligatoires et optionnelles, qui comprennent désormais des sections sur la gestion basée sur une approche systémique, la prestation de soins centrés sur la personne et la prise en compte de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients. Un audit clinique ou un projet d'amélioration de la qualité est suggéré aux stagiaires dans le cadre de l'évaluation du leadership clinique. D'autres ajouts concernent l'importance du débriefing centré sur le patient après des complications obstétricales et gynécologiques, l'ajout de la génétique clinique au programme de base en vue de refléter le rôle central que joue désormais la génétique en obstétrique et en gynécologie, et l'amélioration des sections consacrées aux troubles médicaux pendant la grossesse et à la sécurité des médicaments pendant la grossesse et l'allaitement.

En ce qui concerne les options, nous avons développé des options distinctes en médecine fœtale et en médecine maternelle, et nous avons ajouté une section améliorée sur la ménopause aux sections de base et optionnelles sur la gynécologie bénigne.

Les sections sur la simulation ont été révisées et améliorées et intègrent les résultats du programme GESEA4EU pour la simulation en endoscopie gynécologique.

La délégation d'une activité professionnelle reste au cœur de l'évaluation des stagiaires et les preuves sont rassemblées dans le portfolio du stagiaire ; celui-ci comprend les expériences d'apprentissage, l'évaluation et l'appréciation des compétences par le formateur.

Le processus de révision a débuté en 2022 par une enquête menée à l'échelle européenne auprès des stagiaires, des formateurs, des collèges professionnels et des sociétés de sous-spécialités sur la manière dont le PACT pourrait être amélioré. Les conclusions et les modifications proposées ont été approuvées par le conseil de l'EBCOG en novembre 2022. De 2023 à 2024, le comité SCTA a tenu des réunions bimestrielles en vue de réviser le PACT en tenant compte des commentaires reçus. La version révisée pour 2025 a été approuvée par la direction de l'EBCOG en septembre 2024 et par le conseil de l'EBCOG en décembre 2024.

Le processus de révision a représenté un exemple de collaboration entre tous les membres du SCTA, de l'ENTOG, des stagiaires, des formateurs, du conseil de l'EBCOG et de nos sociétés de sous-spécialités affiliées (EAPM, ESGO, ESHRE, EUGA), ce dont je suis très reconnaissante. Je me réjouis de la poursuite de l'engagement et de la mise en œuvre de ce programme de formation complet.

Fionnuala M McAuliffe

Présidente 2025 du Comité permanent de formation et d'évaluation de l'EBCOG

Lettre du président

Les changements démographiques et les progrès scientifiques et sanitaires ont entraîné un impact considérable sur la prestation des soins de santé à travers le monde. Ces changements ont eu une influence majeure sur la formation des spécialistes et des professionnels de santé. Nous sommes désormais véritablement entrés dans le nouveau monde numérique, avec l'essor des comportements numériques tels que le télétravail, les téléconférences, les cours en ligne et même la prestation de services. Le futur du travail est arrivé plus vite que prévu, en raison des progrès technologiques, mais aussi des considérations liées à la santé et à la sécurité, et peut-être même des effets du réchauffement climatique. Tout cela aura clairement un impact sur la formation et l'éducation.

La structure, le contenu et la prestation de la formation médicale postuniversitaire continuent d'être affinés à mesure que la médecine progresse, que de nouveaux défis apparaissent et que la science et l'art de l'enseignement et de l'apprentissage sont appréciés à leur juste valeur. Les enseignants s'efforcent de créer un programme d'études adapté afin de fournir aux spécialistes les moyens de s'adapter à un environnement en constante évolution.

Le Conseil européen d'obstétrique et de gynécologie (EBCOG) s'est placé à l'avant-garde de l'amélioration des normes de soins pour les femmes et leurs bébés en Europe et au-delà. Il a rationalisé les normes de formation en obstétrique et en gynécologie grâce à des visites dans les hôpitaux, à l'introduction du journal de bord et à la mise en place de l'examen de spécialisation (EFOG).

L'Europe, grâce à sa diversité, pose un défi important en matière de formation en obstétrique et en gynécologie. L'EBCOG s'est engagé à définir des normes de formation en déterminant le niveau de compétence des spécialistes certifiés. Définir les compétences de base des spécialistes dans une zone géographique étendue et caractérisée par des facteurs sociodémographiques variés représente une tâche immense et difficile. Le Projet pour l'obtention d'un consensus en formation (PACT) a permis de définir les compétences de base que tous doivent acquérir et les compétences optionnelles dans le cadre du programme principal. Depuis son lancement en 2018, c'est un outil essentiel à la reconnaissance des hôpitaux pour garantir la qualité de la formation. Nous avons rapidement réalisé qu'il était temps de mettre à jour le programme de base afin de l'adapter aux changements en matière d'éducation et de formation.

Nous avons la chance de travailler avec nos partenaires afin de bénéficier d'une subvention de l'UE pour intégrer la simulation dans le PACT. Le nouveau PACT a fait peau neuve et intègre désormais des techniques de simulation validées dans le cadre du programme. Le programme intègre l'apprentissage en ligne, en phase avec l'ère numérique.

Je tiens à remercier le président du SCTA, les membres du comité et les représentants des sous-spécialités qui ont consacré leur temps précieux à la mise à jour de cet important document. À terme, ce document deviendra l'exigence européenne en matière de formation, car nous travaillons avec l'UEMS à la publication de l'ETR en obstétrique et en gynécologie dans le courant de l'année.

Je suis convaincu que le nouveau PACT, qui intègre la simulation, contribuera grandement à harmoniser la formation en Europe au-delà des frontières.

Professeur Frank Louwen
Président, Conseil et Collège Européen d'Obstétrique et de Gynécologie

Préface à la première édition
Le programme de formation PACT de l'EBCOG : la nouvelle norme en matière de formation postuniversitaire en obstétrique et en gynécologie

Grâce à la mise en place du programme de formation PACT de l'EBCOG, en obstétrique et en gynécologie, un souhait de longue date est enfin exaucé. L'EBCOG a toujours reconnu l'importance de la formation comme vecteur de la mise en place de soins de santé optimaux pour les femmes et leurs bébés en Europe. Avec le programme de formation PACT de l'EBCOG, nous nous positionnons désormais comme la spécialité médicale mettant en œuvre une formation de pointe en Europe.
Dans le prolongement des normes de soins pour la santé des femmes en Europe publiées par l'EBCOG en 2014, le programme de formation PACT de l'EBCOG définit des normes dans le cadre de la formation postuniversitaire en obstétrique et en gynécologie en Europe. Ces normes portent sur les objectifs à atteindre dans les domaines médical et professionnel et fournissent également des orientations sur les méthodes de formation, la délégation, le développement du corps enseignant et la gestion de la qualité de la formation. En recherchant un consensus sur les compétences que tous les stagiaires en obstétrique et gynécologie doivent avoir acquises à la fin de leur formation pour pouvoir exercer de manière indépendante, le PACT de l'EBCOG a posé les bases de la mise en œuvre des normes de formation dans toute l'Europe.

Ce projet s'inscrit dans l'esprit de collaboration qui règne au sein de l'EBCOG. Financé par le programme Erasmus+ de l'Union européenne, il a permis à des délégués, tant des médecins spécialistes que des stagiaires de toute l'Europe de partager leurs idées et leurs travaux. Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué au PACT de l'EBCOG, en particulier :

Fedde Scheele, Président du projet, et Jessica van der Aa, Cheffe de projet, tous deux des Pays-Bas ;

Chiara Benedetto, Présidente du comité chargé du contenu du programme médical, assistée de sa collaboratrice Annalisa Tancredi, toutes deux d'Italie, en étroite collaboration avec Jaroslav Feyereisl et Petr Velebil de République tchèque ;

Peter Hornnes, Président du comité chargé du cadre des compétences générales et des compétences non techniques, assisté de ses collaboratrices Betina Ristorp Andersen et Annette Settnes du Danemark. Ils ont reçu des contributions sur les points de vue des parties prenantes provenant d'associations de patients, représentées par Joyce Hoek-Pula et Britt Myren, d'infirmières européennes représentées par Petra Kunkeler, de sages-femmes européennes représentées par Noortje Jonker et d'administrateurs hospitaliers représentés par Hans van der Schoot et Fedde Scheele ;

Le Directeur de la formation et la simulation en compétences gynécologiques, Rudi Campo, de Belgique, et ses collaborateurs Yves van Belle (Belgique) et Helder Ferreira (Portugal) ;

La Directrice de la formation et de la simulation en obstétrique, Jette Led Sørensen, du Danemark, et ses collaborateurs Ruta Nadisauskiene (Lituanie) et Diogo-Ayres-de-Campos (Portugal) ;

La Présidente de la formation en communication et en compétences psychosociales, Sibil Tschudin, de Suisse ; Rolf Kirschner (Norvège) faisant le lien entre le PACT de l'EBCOG et l'examen de l'EBCOG ;

Le portfolio et la délégation ont été décrits sous la supervision de Fedde Scheele, expert internationalement reconnu dans ce domaine particulier ;

La Présidente pour la gestion de la qualité et la reconnaissance de la formation, Juriy Wladimiroff (Pays-Bas), qui a également présidé le groupe sur la formation aux techniques d'échographie, en collaboration avec Piotr Sieroszewski (Pologne) ;

Mes collaborateurs Fedde Scheele et Živa Novak Antolič (Slovénie) dans le projet sur le développement du corps professoral ;

Anna Aabakke (Danemark) et Laura Spinnewijn (Pays-Bas), qui, au nom du Réseau européen des stagiaires en obstétrique et en gynécologie (ENTOG), ont apporté une contribution précieuse au projet de délégation et d'évaluation ;

Les membres du comité directeur Jacky Nizard et Tahir Mahmood, Membres du comité exécutif de l'EBCOG, et Anna Aabakke, ancienne Présidente de l'ENTOG, pour avoir suivi le processus et apporté des commentaires constructifs tout au long du projet ;

Les membres du comité consultatif externe pour leur soutien ;

Les membres du Comité permanent sur la formation et l'évaluation, y compris les représentants de l'Association européenne de gynécologie pédiatrique et adolescente (EURAPAG), de l'ISPOG, de la Société européenne de contraception et de santé reproductive (ESC) et de la Société européenne d'endoscopie gynécologique (ESGE), pour leurs précieuses discussions sur les différentes parties du programme ;

Les membres du comité exécutif de l'EBCOG et les délégués nationaux du Conseil de l'EBCOG pour leur confiance et leurs précieux commentaires.

Le programme PACT de l'EBCOG est le résultat d'une collaboration exemplaire. Pour les années à venir, notre défi sera de veiller à ce que ce programme sur papier devienne le programme en vigueur dans toute l'Europe.

Dr Angelique J. Goverde

Présidente 2018 du Comité permanent de formation et d'évaluation de l'EBCOG

Le PACT de l'EBCOG 2018 : de la vision à la réalité

L'EBCOG a apporté une importante contribution aux soins de santé en Europe en formulant les normes de soins pour la santé des femmes en Europe. Il existe désormais une vision commune sur la fourniture de soins de santé optimaux. Cependant, le chemin entre la vision et la réalité peut être semé d'embûches, et nous devons utiliser tous les moyens à notre disposition pour faciliter et mettre en œuvre des soins de santé optimaux. Pour ce faire, il est souhaitable d'accroître la mobilité des gynécologues et des stagiaires en Europe, car cela nous permettra d'apprendre les uns des autres en matière de systèmes de prestation de soins de santé et d'échanger les meilleures pratiques. Une approche commune de la formation des gynécologues-obstétriciens est donc essentielle pour les stagiaires qui souhaitent obtenir le statut de praticien formé selon les meilleures pratiques européennes.

Dans le cadre de l'EBCOG-PACT, les connaissances, on a défini les techniques et les attitudes requises de chaque gynécologue européen (le « tronc commun »). En outre, des « options » ont été décrites, qui se situent entre le tronc commun et les sous-spécialités. Chaque stagiaire doit être formé à au moins une matière optionnelle. Le tronc commun et les matières optionnelles ont été élaborés à l'aide de techniques de consensus formelles et de discussions au sein de l'EBCOG et de ses organisations de sous-spécialités. Outre les compétences médicales, nous avons défini les compétences générales et les compétences non techniques requises. Grâce au soutien de patients, d'infirmières, de sages-femmes et d'administrateurs hospitaliers européens, on a créé un cadre de compétences adapté aux gynécologues-obstétriciens européens. Les compétences générales et les compétences non techniques abordent des questions qui peuvent être considérées comme des droits humains universels pour les femmes et qui s'inscrivent parfaitement dans les normes de soins de l'EBCOG. Ce programme contient des accords sur les compétences médicales et générales des nouveaux gynécologues-obstétriciens européens.
Ces objectifs finaux ne sont pas immuables. Au cours des prochaines années, il sera probablement nécessaire d'affiner le tronc commun et de définir des matières optionnelles supplémentaires. Un débat a déjà émergé autour de la question de savoir si la colposcopie doit faire partie du tronc commun ou représenter une matière optionnelle, et si la sexologie, avec des maladies telles que la vestibulodynie, doit occuper une place plus importante dans le tronc commun. Un programme est un document dynamique, mais à l'heure actuelle, le PACT est à la pointe de la technologie en Europe.

Outre la définition des résultats de la formation, le PACT fournit également des orientations en matière de formation au niveau tactique, tout en laissant une marge de manœuvre pour les différences de mise en œuvre, qui peuvent dépendre du contexte et de la vision locaux. Au niveau tactique, divers points sont abordés :

- la formation par simulation en tant que pilier important du système de formation ;
- La délégation professionnelles sur la base d'un portfolio d'expériences d'apprentissage, d'évaluations et d'une évaluation par un comité de compétences ; en fonction des réglementations et lois locales, la délégation signifie que le stagiaire est déclaré compétent et autorisé à exercer l'activité professionnelle concernée sans supervision.

- Gestion de la qualité de l'établissement de formation et reconnaissance par un organisme d'accréditation externe.

Grâce à ce document, l'EBCOG a élaboré un programme qui a fait l'objet de discussions approfondies au sein de la communauté et entre ses parties prenantes. Le mot « programme » vient du mot latin « curriculum » signifiant « char, chariot ». Sa fonction est de générer un mouvement dans la bonne direction. La prochaine étape consiste à mettre en œuvre le programme dans

tous les sites de formation qui souhaitent former selon la méthode européenne. Pour y parvenir, nous devons accepter la complexité des processus de changement. Les gynécologues-obstétriciens européens pourraient devenir leaders en matière de formation et de mobilité dans toute l'Europe, par comparaison avec d'autres spécialités médicales. Si nous parvenons à mettre en œuvre le PACT, cela facilitera la fourniture de soins de santé optimaux aux femmes européennes. Nous avons besoin de votre leadership pour relever ce défi !

Prof Dr Fedde Scheele

Chef de projet EBCOG-PACT

2018

Contenu du programme
Programme de base

Introduction

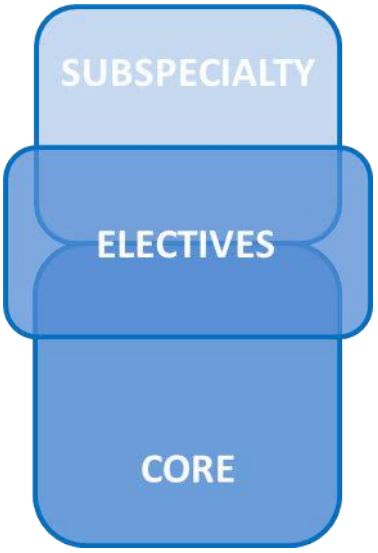
La formation postuniversitaire en obstétrique et en gynécologie suit un programme d'au moins cinq ans. Elle comprend un programme de base et un programme optionnel.

Ce document décrit le contenu médical fondamental du programme paneuropéen de formation postuniversitaire en obstétrique et en gynécologie. Le contenu de base a été déterminé à l'issue d'une procédure consensuelle entre gynécologues européens et stagiaires [1,2]. Il intègre les connaissances et les compétences qui doivent être acquises au cours de la formation afin de développer les compétences fondamentales du gynécologue européen.

Dans le programme paneuropéen, on établit une distinction claire entre la formation de base et les modules

optionnels : Base

- Tronc commun obligatoire pour tous les stagiaires en obstétrique et en gynécologie.
- Durée minimale de trois ans, selon la réglementation nationale ou locale.
- Normes minimales de formation.
- Contenu clairement défini par consensus européen.
- Un nombre minimum de procédures est recommandé pour une formation appropriée.
- Les termes finaux font référence au niveau de pratique indépendante, ce qui signifie que le stagiaire est capable d'exercer sans supervision.



Option

- Un minimum d'une option est obligatoire pour tous les stagiaires.
- Cela comprend une formation plus intensive que la formation de base, avec l'ajout de nouvelles connaissances et techniques, une analyse plus approfondie de la pathologie et un traitement plus poussé.
- On détermine le profil professionnel personnel du stagiaire avec ses domaines d'intérêt particulier.
- Le contenu d'un cours optionnel est une « fenêtre mobile » ; il se situe entre le tronc commun et la sous-spécialité.
- Une option peut être incluse dans la formation obligatoire dans certains pays (par exemple pour les maladies du sein).

Sous-spécialité

- La formation dans la sous-spécialité dépasse le cadre du programme de formation postuniversitaire en obstétrique et en gynécologie.
- Contenu normalisé et reconnu par les sociétés de sous-spécialités.

Instructions de lecture

- Le contenu (cours obligatoires et optionnels) du programme paneuropéen doit être raisonnable et réalisable dans tous les pays européens.
- Les « normes de soins EBCOG » déterminent les conditions dans lesquelles les soins sont dispensés et les procédures sont effectuées ; elles ont été élaborées en accord avec les sociétés de sous-spécialités. Les stagiaires doivent respecter ces conditions.

- Le contenu du programme (cours obligatoires et optionnels) est conforme aux normes actuelles en matière de soins et de formation. Étant donné que les disciplines de l'obstétrique et de la gynécologie évoluent fréquemment, le contenu peut ne pas refléter dans tous les cas les recommandations les plus récentes, même si les normes de formation sont mises à jour de manière intermittente.
- La formation au niveau de la pratique indépendante signifie qu'un stagiaire doit être capable de dispenser des soins ou d'effectuer une procédure sans intervention d'un superviseur. La législation nationale détermine si une supervision (sans intervention) doit être présente pendant qu'un stagiaire dispense des soins ou effectue une procédure.
- Pour certaines procédures décrites (p. ex., les interventions chirurgicales), un consensus a été atteint sur le nombre de fois de l'exécution d'une procédure dans le cadre de la formation. Ces chiffres représentent le nombre minimal de fois qu'un stagiaire doit avoir effectué une procédure en tant que premier chirurgien. Il s'agit de chiffres indicatifs, car il existe des variations dans l'incidence et les meilleures pratiques à travers l'Europe.
- La procédure d'hystérectomie abdominale est incluse dans la formation de base, conformément au consensus européen. Il est reconnu que l'incidence de cette procédure peut varier d'une région à l'autre, ce qui rend irréaliste d'exiger une formation in vivo au niveau de la pratique indépendante de tous les stagiaires. La procédure peut donc être enseignée dans le cadre d'une simulation jusqu'au niveau de la pratique indépendante lorsque l'hystérectomie est impérative en raison d'une hémorragie post-partum grave.

Les connaissances et les techniques dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie ont été regroupées en dix thèmes principaux. Pour chaque thème, le présent document décrit ce qui doit être enseigné dans le cadre du tronc commun du programme de formation.

1. Connaissances et compétences médicales générales
2. Soins prénataux
3. Soins intrapartum et postpartum
4. Gynécologie bénigne
5. Médecine reproductive
6. Urogynécologie
7. Prémalignité et oncologie gynécologique
8. Gynécologie pédiatrique et adolescente
9. Santé sexuelle et contraception
10. Maladies du sein

Les résultats de la formation sont décrits pour chaque thème. Ils ont été structurés en phases du processus clinique. Chaque phase nécessite une intégration plus avancée des connaissances et des techniques relatives à un résultat que la phase précédente. À l'issue de la formation, le stagiaire aura acquis les connaissances et les techniques nécessaires pour toutes les phases et pour tous les résultats au niveau de la pratique indépendante.

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

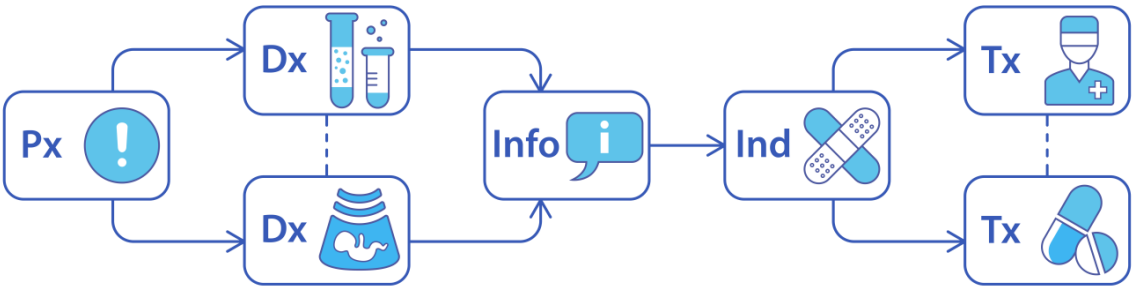
Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications.

Indication du traitement : déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

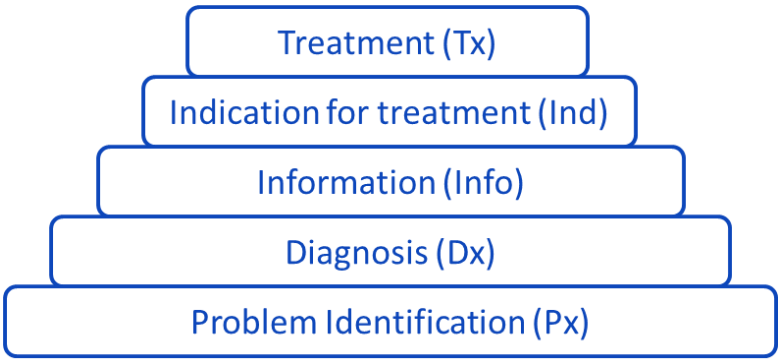
Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement sans mettre en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement en mettant en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement chirurgical).

Les phases sont intégrées dans le processus clinique comme suit :



Si un stagiaire est capable de fournir un traitement (Tx) pour une affection, on suppose qu'il est également capable de déterminer les indications du traitement (Ind), de fournir des informations sur le diagnostic (Info), de diagnostiquer l'affection (Dx) et d'identifier un problème nécessitant une évaluation diagnostique (Px).



Références :

1. Van der Aa JE, Goverde AJ, Teunissen PW, Scheele F. Paving the road for a European postgraduate training curriculum. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2016;203:229-31.
2. Van der Aa JE, Tancredi A, Goverde AJ, Velebil P, Feyereisl J, Benedetto C, Teunissen PW, Scheele F. What European gynaecologists need to master: Consensus on medical expertise outcomes of pan-European postgraduate training in obstetrics & gynaecology. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2017;216:143-53.

1. Connaissances et compétences médicales générales

Le stagiaire est capable de fournir des soins obstétricaux et gynécologiques de manière autonome dans un service ambulatoire, une salle d'accouchement et un service d'urgence.

Dans toutes les situations, le stagiaire peut :

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Possède des connaissances spécifiques en embryologie, anatomie et physiologie des organes génitaux féminins et des seins.
- Recueille les antécédents médicaux de la patiente et de sa famille, y compris les problèmes sociaux, effectue un examen clinique précis des signes vitaux, des organes génitaux internes et externes et de l'abdomen, et interprète correctement les résultats.
- Comprend l'influence des troubles gynécologiques sur la fonction sexuelle, s'informe sur la fonction sexuelle et les éventuelles expériences sexuelles négatives, et comprend les conséquences de la violence sexuelle sur les troubles gynécologiques et le comportement.
- Comprend les aspects biopsychosociaux des affections obstétricales et gynécologiques.

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

- Est capable de diagnostiquer, d'évaluer, d'examiner, de surveiller et d'interpréter les données en tenant compte des affections obstétricales et gynécologiques les plus courantes (affections à préciser par thème).
- Entreprend des investigations appropriées en temps opportun, telles que l'examen d'échantillons microbiologiques, des analyses de laboratoire et des examens d'imagerie radiologique, et interprète les résultats en liaison avec des collègues (p. ex., des radiologues) en relation avec les résultats cliniques afin d'établir un diagnostic différentiel.

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications

- Maintient une communication efficace avec les patients et leurs proches, selon les principes de la prise de décision partagée et du consentement éclairé, documente cette communication avec précision et travaille en équipe avec une communication efficace au sein des équipes de soins de santé multidisciplinaires.
- Participation aux réunions cliniques sur la morbidité
  Débriefing centré sur le patient après des complications obstétricales et gynécologiques.

Indication du traitement : déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Est capable de reconnaître et de catégoriser les patients gravement malades et d'initier une prise en charge adéquate, y compris les patients septiques, les patients présentant des complications périnatales et les patients nécessitant une réanimation.
- Dirige une visite de service avec une approche multidisciplinaire, gère l'admission et la sortie des patients dans le service et la salle d'accouchement, et gère le transfert vers un autre service.
- Possède des connaissances spécifiques sur les soins périopératoires, y compris la classification ASA, les indications et contre-indications des interventions chirurgicales, les risques liés aux interventions chirurgicales, les indications de transfusion sanguine, les complications postopératoires et les indications

d'admission en soins intensifs.

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement <u>sans</u> mettre en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement <u>en</u> mettant en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement chirurgical).

- Est capable de fournir des interventions thérapeutiques de base, y compris la prescription et l'administration sûres et appropriées d'oxygène, de médicaments et de thérapies, de produits sanguins, l'assistance circulatoire et la cathétérisation urinaire.
- Gère l'évaluation, la prévention et le traitement de la douleur.

2. Soins prénataux

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

Voir la section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir la section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
o Viabilité embryonnaire et fœtale	o Échographie transvaginale et transabdominale
o Localisation de la grossesse (intra-utérine ou extra-utérine)	o Échographie transvaginale et transabdominale
o Âge gestationnel	o Échographie transvaginale et transabdominale
o Grossesse monofœtale ou multifœtale	o Échographie transvaginale et transabdominale
o Longueur du col utérin	o Échographie transvaginale et transabdominale
o Chorionicité	o Échographie transvaginale et transabdominale
o Biométrie fœtale	o Échographie transvaginale et transabdominale
o Présentation fœtale	o Échographie transvaginale et transabdominale
o Zone placentaire	o Échographie transvaginale et transabdominale
o Volume du liquide amniotique	o Échographie transvaginale et transabdominale
o Évaluation Doppler de l'artère ombilicale	o Mesure du débit Doppler

Information ; fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications.

- O Grossesse chez les adolescentes, grossesses à un âge maternel avancé
- o Grossesse et obésité
- o Grossesse et diabète
- o Grossesse et hypertension préexistante
- o Insuffisance cervicale
- o Grossesse multifœtale
- o Cholestase gravidique
  Utilisation de médicaments, indications et sécurité pendant la grossesse et l'allaitement (p. ex. pour des troubles psychiatriques et médicaux)
  Allaitement
- o Conséquences d'un accouchement compliqué en vue d'une grossesse et d'un accouchement ultérieurs
  - o Complications liées à la prématurité

- Grossesse de localisation indéterminée
- Hyperémèse
- Fausses couches (récurrente)
- Saignements vaginaux au cours du premier trimestre
- Saignements vaginaux au cours des deuxième et troisième trimestres
- Anomalies chromosomiques par interprétation de la clarté nucale / double test / triple test /
  amniocentèse / prélèvement des villosités choriales / DPNI

Indication du traitement : déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

Voir section suivante

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement <u>sans</u> mettre en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Interruption de grossesse au cours du deuxième trimestre
- Incompatibilité sanguine
- Porteur du streptocoque du groupe B
- Douleurs abdominales
- Traumatisme abdominal (mineur) pendant la grossesse
- Présentation anormale
- Diabète gestationnel
- Oligohydramnios
- Polyhydramnios
- Troubles hypertensifs de la grossesse (hypertension induite par la grossesse, pré-éclampsie, éclampsie,
  HELLP)
- Diminution de l'activité fœtale
- Retard de croissance fœtale
- Rupture prématurée des membranes
- Mort fœtale in utero
- Grossesse post-terme
- Infections périnatales (toxoplasmose, syphilis, varicelle-zona, parvovirus B19, rubéole, cytomégalovirus, herpès)

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement <u>en</u> mettant en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement chirurgical).

Comme indiqué dans la section ci-dessus.

3. Soins intrapartum et postpartum

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

Voir la section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir la section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic

- Faisabilité de l'accouchement

Technique

- Examen physique
- Échographie intrapartum
- Interprétation du CTG
- Interprétation et utilisation du partogramme

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications

Voir la section suivante

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Hémorragie post-partum ; embolisation artérielle

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer sans recourir à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Intrapartum

- Induction de la maturation pulmonaire
- Contractions prématurées
- Insuffisance cervicale
- Absence de progression du travail
- Fièvre intrapartum
- Liquide amniotique teinté de méconium
- Antécédents médicaux de césarienne
- Douleurs périnatales
- Crise hypertensive / prééclampsie sévère / HELLP

- Placenta previa

Post partum

- Mastite post-partum (avec abcès)
- Rétention urinaire post-partum
- Processus thromboembolique
- Hémorragie post-partum
- Sécurité des médicaments pendant l'allaitement
- Évaluation du risque thrombotique

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement en mettant en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement chirurgical).

Diagnostic	Technique	Nombres
Accouchement sans complication	Accouchement sans complication assisté	50
Accouchement compliqué	Accouchement prématuré assisté	
	Accouchement vaginal assisté par ventouse	10-20
	Accouchement assisté par forceps*	0-10
	Accouchement par le siège*	5
	Accouchement vaginal assisté d'une grossesse multifœtale	
	Césarienne	20
	Césarienne répétée	10-15
	Césarienne chez une patiente présentant un IMC élevé	0-10
Accouchement gémellaire	Accouchement vaginal gémellaire	
Détresse fœtale	Monitoring CTG	
	Prélèvement sanguin sur le cuir chevelu du fœtus*	
	Épisiotomie	
	Césarienne d'urgence	10-15
Décollement placentaire		
Rupture utérine		
Dystocie des épaules	Toutes les manœuvres de gestion de la dystocie*	
Hémorragie post-partum	Tamponnement intra-utérin par ballonnet	
	Compression chirurgicale de l'utérus atonique (Suture de B-Lynch)*	
	Hystérectomie abdominale*	
Placenta retenu	Retrait manuel et chirurgical du placenta	
Inversion utérine	Réversion utérine manuelle*	
Traumatisme génital	Réparation d'un traumatisme génital	
Hématome vulvaire	Évacuation d'un hématome vulvaire	

o Plaie d'épisiotomie	o Suture d'une plaie d'épisiotomie
o Déchirure périnéale du 1er/2e/3e degré	o Suture d'une déchirure périnéale du 1er/2e/3e degré
o Déchirure périnéale du 4e degré	o Suture d'une déchirure périnéale du 4e degré*
o Assistance néonatale	o Assistance aux premiers soins du nouveau-né en bonne santé/prématuré (avec un score d'Apgar faible) o Réanimation adéquate du nouveau-né dans les 10 premières minutes après l'accouchement (en attendant l'arrivée du pédiatre)*

**= maîtrise de la technique au moins en simulation*

4. Gynécologie bénigne

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Urgences gynécologiques aiguës
- Saignements utérins anormaux
- Douleurs pelviennes chroniques
- Ménopause
- Saignements vaginaux anormaux pendant la ménopause

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

- Écoulement vaginal

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique	Nombres*
Anomalies vulvaires	Biopsie à l'aiguille sous anesthésie locale	10
Anomalies intra-utérines	Prélèvement endométrial (aspiration/biopsie en cabinet)	10
Anomalies de l'utérus et des annexes	Échographie diagnostique	
Anomalies de l'ovaire	Hystéroscopie diagnostique	10

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications

- Dépistage cervical
- Dépistage du cancer du sein
- Dépistage de l'ostéopénie/ostéoporose
- Gestion du poids

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Endométriose
- Abcès tubo-ovarien
- Saignements utérins anormaux
- Myome utérin
- Septum vaginal

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer <u>sans</u> recourir à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Maladie inflammatoire pelvienne/salpingite
- Douleurs abdominales/pelviennes
- Syndrome prémenstruel
- Dysménorrhée
- Saignements utérins anormaux
- Symptômes de la ménopause (voir figures 1 et 2 en annexe)
- Écoulement vaginal anormal
- Vulvovaginite
- Fibromes utérins
- Pathologie annexielle
- Endométriose
- Condylomes vulvaires
- Fausse couche au premier trimestre
- Grossesse extra-utérine

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement <u>en</u> mettant en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement chirurgical).

Diagnostic	Technique	Nombres*
o Saignements utérins anormaux	o Mise en place d'un dispositif intra-utérin o Ablation de l'endomètre o Hystérectomie totale par laparoscopie	15
o Grossesse extra-utérine	o Ablation laparoscopique d'une grossesse extra-utérine (salpingostomie) ou salpingectomie	10
o Fausse couche précoce / Interruption de grossesse au premier trimestre	Dilatation et curetage par aspiration ou curette émoussée*	15
o Kyste de Bartholin o Abcès vulvaire o Kyste ovarien	o Marsupialisation chirurgicale du kyste o Excision chirurgicale de l'abcès o o o Kystectomie ovarienne laparoscopique simple	5 5
o Pathologie annexielle	o Salpingo-ovariectomie laparoscopique o Salpingo-ovariectomie par laparotomie	5 5
o Polype intracavitaire	o Résection hystéroscopique de polype	5
o Myome utérin	o Résection hystéroscopique de myome de type 0-1 (< 4 cm) Myomectomie de myome sous-séreux par laparotomie	3 3
o Adhérences pelviennes	o Adhésiolyse laparoscopique simple o Laparotomie avec adhésiolyse minimale	3 3

**=conformément aux protocoles et à la législation locaux et nationaux, et pouvant inclure la mise en œuvre de techniques au moins dans le cadre d'une simulation*

5. Médecine reproductive

Identification du problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Évaluation de la fertilité et de la sous-fertilité masculine et féminine
- Endocrinologie reproductive de base et anomalies endocriniennes pouvant entraîner des troubles du cycle
  (aménorrhée primaire, aménorrhée secondaire, oligoménorrhée, galactorrhée, hyperprolactinémie et hirsutisme)
  Évaluation de l'aménorrhée primaire et secondaire chez la femme (anomalies du SNC, dysfonctionnement hypophysaire, anomalies ovariennes et ovulatoires, anomalies de l'appareil génital)
- Évaluation des fausses couches à répétition
- Techniques de procréation assistée
- Techniques de préservation de la fertilité

Diagnostic ; établir un diagnostic sans recourir à une technique spécifique.

- Investigation de l'aménorrhée
- Dysfonctionnement hormonal
- Dysfonctionnement hypophysaire
- PCOS et son diagnostic différentiel
- Hirsutisme et virilisme

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique	Nombres
Anomalies de l'appareil génital	Échographie transvaginale, échographie transvaginale 3D préférée	
Hypofertilité ; perméabilité tubaire	Laparoscopie diagnostique avec test tubaire Hystéroscopie diagnostique avec test tubaire	
Réponse au traitement de la fertilité	Échographie transvaginale avec compte des follicules et mesures folliculaires	50
Syndrome d'hyperstimulation ovarienne	Échographie transvaginale avec évaluation des follicules et du liquide intrapéritonéal	

Information ; fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications.

- Facteurs généraux de pronostic pour la grossesse
- Probabilité de grossesse en cours, d'avortement spontané et de grossesse extra-utérine associés à
  divers traitements en matière de fertilité
- Questions juridiques et éthiques en matière de procréation médicalement assistée

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

Traitement	Technique
o Techniques de procréation assistée	o Insémination intra-utérine

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique,
conseiller sur le traitement et administrer le traitement sans recourir à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

O Anovulation groupe II de l'OMS ; induction de l'ovulation avec du citrate de clomifène

o Traitement initial / d'urgence du SHO

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement en mettant en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement chirurgical).

Voir ci-dessus

6. Urogynécologie et plancher pelvien

Identification du problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Reconnaître la nécessité d'une orientation vers un physiothérapeute spécialisé dans le plancher pelvien ou tout autre médecin spécialiste pour traiter l'incontinence à l'effort et/ou par impériosité.

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir la section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
o Prolapsus du compartiment apical o Prolapsus du compartiment antérieur o Prolapsus du compartiment postérieur o Incontinence urinaire à l'effort o Vessie hyperactive o Rétention urinaire	o Évaluation du prolapsus des organes pelviens o Interprétation du journal mictionnel o O Mesure du volume urinaire résiduel

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications

- Conseils sur le mode de vie

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Prolapsus vaginal
- Incontinence urinaire

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement sans mettre en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Exercices du plancher pelvien
- Rééducation vésicale

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer en recourant à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Diagnostic	Technique*	Nombres
o Prolapsus utérin / vaginal	o Mise en place d'un pessaire et soins continus	10
o Cystocèle / urétrocèle	o Réparation vaginale antérieure simple	10
o Entérocèle/rectocèle	o Réparation vaginale postérieure simple	10

**= maîtrise de la technique au moins en simulation*

5. Prémalignité et oncologie gynécologique

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Affections prémalignes de la vulve chez les femmes fragiles présentant de multiples comorbidités.
- Tumeurs gynécologiques à un stade avancé
- Manifestations inhabituelles de l'affliction

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

- Carcinome vulvaire et cervical par évaluation des résultats pathologiques.

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
o Maladie génitale liée au VPH	o Vulvoscopie avec biopsie Colposcopie avec biopsie
o Hyperplasie endométriale	o TVS et biopsie endométriale
o Maladie trophoblastique gestationnelle	o TVS
o Malignité endométriale	o Biopsie endométriale

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications.

- Carcinome vulvaire
- Carcinome cervical
- Carcinome endométrial
- Carcinome ovarien
- Récidive ou progression d'une maladie gynécologique oncologique.

Indication du traitement : déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Couvert dans les sections ci-dessus.

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer sans recourir à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Couvert dans les sections ci-dessus.

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer en recourant à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Diagnostic	Technique	Nombres *
o Affections précancéreuses du col de l'utérus	o Conisation du col de l'utérus	5
o Néoplasie intraépithéliale cervicale	o LLETZ cervicale	10
o Carcinome de l'endomètre de stade I de bas grade	o Hystérectomie laparoscopique*	
	o Hystérectomie abdominale*	
o Affections génétiques, y compris les mutations avec indication d'une salpingectomie à visée préventive	o Salpingo-ovariectomie laparoscopique	5
	o Salpingo-ovariectomie par laparotomie	5

** maîtrise de la technique au moins en simulation*

7. Gynécologie pédiatrique et adolescente

Identification du problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Dysfonctionnement sexuel
- Abus sexuel
- Mutilation génitale
- Écoulement vaginal chez l'enfant
- Douleur abdominale aiguë chez l'enfant
- Maladie sexuellement transmissible chez l'enfant
- Traumatisme de la vulve, du vagin, du périnée et/ou du rectum chez l'enfant
- Suspicion de violence domestique ou de maltraitance infantile

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir la section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
o Affections gynécologiques chez l'enfant*	o Adapter la communication au niveau de l'enfant o Examen gynécologique précis de l'enfant*

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications

Voir la section suivante

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Contraception chez les adolescents en bonne santé

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer sans recourir à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Maladies sexuellement transmissibles chez les adultes, les adolescents et les enfants prépubères et péripubertaires

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer en recourant à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Diagnostic	Technique
o Traumatisme de la vulve/du vagin/du périnée/du rectum chez un enfant*	o Soins d'urgence de la vulve/du vagin/du périnée/du rectum

**= enfants prépubères et prépubères*

8. Santé sexuelle et contraception

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Obtenir des antécédents sexuels complets, y compris des informations sur la santé sexuelle, le type de contraception utilisé et les infections sexuellement transmissibles
- Comprendre le mécanisme physiologique et les voies de la réponse sexuelle féminine
- Comprendre l'impact des conditions gynécologiques, endocriniennes et obstétricales sur la santé/réponse sexuelle féminine

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
O Dysfonctionnement sexuel (troubles douloureux, troubles de l'orgasme, troubles du désir sexuel, lubrification) O Abus sexuel O Violence domestique O Mutilation génitale	o Compétences en communication

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Voir la section suivante

Information ; fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications.

- Fournir des informations sur la prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées, des conseils sur le mode de vie
- Fournir des informations sur les possibilités d'interventions psychologiques/psychothérapeutiques spécifiques
- Fournir des informations sur les aspects psychosociaux des mutilations génitales

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Grossesse non désirée, planification familiale
- Infections sexuellement transmissibles
- Dyspareunie

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer sans recourir à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Contraception, contraception d'urgence
- Hormonothérapie (systémique/locale)
- Traitement local (lubrifiants, hydratants, anesthésiques topiques)

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer en recourant à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Diagnostic

- Troubles sexuels douloureux
- Contraception

Technique

- Techniques chirurgicales en fonction du type de douleur
- Mise en place d'un diaphragme/capuchon cervical
- Mise en place d'un dispositif intra-utérin
- Mise en place d'implants contraceptifs
- Stérilisation par laparoscopie
- Interruption médicale et chirurgicale de grossesse

9. Maladies du sein

Identification du problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Maladies malignes du sein
- Risques génétiques dans les maladies malignes du sein
- Méthodes de dépistage des maladies du sein

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir la section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
o Galactorrhée	o Examen précis des seins
o Mastalgie	

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications

Couvert dans les sections ci-dessus

Indication du traitement : déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

Couvert dans les sections ci-dessus

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement sans mettre en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Couvert dans les sections ci-dessus

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement en mettant en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement chirurgical).

Couvert dans les sections ci-dessus

Contenu du programme
Programme optionnel

Auteurs : Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Chiara Benedetto, Annalisa Tancredi, Jaroslav Feyereisl, Petr Velebil, Anna Aabakke

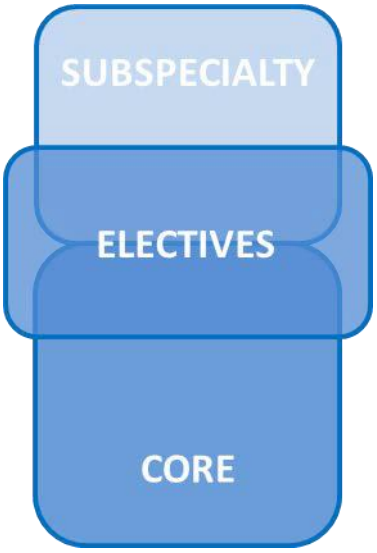
Introduction

La formation postuniversitaire en obstétrique et en gynécologie suit un programme d'au moins cinq ans. Elle comprend un programme de base et un programme optionnel.
Ce document décrit le contenu médical des modules optionnels du programme paneuropéen de formation postuniversitaire en obstétrique et en gynécologie. Le contenu des modules optionnels a été déterminé à l'issue d'une procédure consensuelle entre gynécologues européens et stagiaires [1,2]. Il intègre les connaissances et les compétences qui doivent être acquises en vue de développer les compétences du gynécologue européen dans le cadre d'une formation complémentaire.

Dans le programme paneuropéen, on établit une distinction claire entre la formation de base et les modules

optionnels : Base

- Tronc commun obligatoire pour tous les stagiaires en obstétrique et en gynécologie.
- Durée minimale de trois ans, selon la réglementation nationale ou locale.
- Normes minimales de formation.
- Contenu clairement défini par consensus européen.
- Un nombre minimum de procédures est recommandé pour une formation appropriée.
- Les termes finaux font référence au niveau de pratique indépendante, ce qui signifie que le stagiaire est capable d'exercer sans supervision.



Option

- Un minimum d'une option est obligatoire pour tous les stagiaires.
- Cela comprend une formation plus intensive que la formation de base, avec l'ajout de nouvelles connaissances et techniques, une analyse plus approfondie de la pathologie et un traitement plus poussé.
- On détermine le profil professionnel personnel du stagiaire avec ses domaines d'intérêt particulier.
- Le contenu d'un cours optionnel est une « fenêtre mobile » ; il se situe entre le tronc commun et la sous-spécialité.
- Une option peut être incluse dans la formation obligatoire dans certains pays (par exemple pour les maladies du sein).

Sous-spécialité

- La formation dans la sous-spécialité dépasse le cadre du programme de formation postuniversitaire en obstétrique et en gynécologie.
- Contenu normalisé et reconnu par les sociétés de sous-spécialités.

Instructions de lecture

- Le contenu (cours obligatoires et optionnels) du programme paneuropéen doit être raisonnable et réalisable dans tous les pays européens.
- Les « normes de soins EBCOG » déterminent les conditions dans lesquelles les soins sont dispensés et les procédures sont effectuées ; elles ont été élaborées en accord avec les sociétés de sous-spécialités. Les stagiaires doivent respecter ces conditions.

- Le contenu du programme (cours obligatoires et optionnels) est conforme aux normes actuelles en matière de soins et de formation. Étant donné que les disciplines de l'obstétrique et de la gynécologie évoluent fréquemment, le contenu peut ne pas refléter dans tous les cas les recommandations les plus récentes, même si les normes de formation sont mises à jour de manière intermittente.

- La formation au niveau de la pratique indépendante signifie qu'un stagiaire doit être capable de dispenser des soins ou d'effectuer une procédure sans intervention d'un superviseur. La législation nationale détermine si une supervision (sans intervention) doit être présente pendant qu'un stagiaire dispense des soins ou effectue une procédure.

Neuf options ont été identifiées, couvrant les domaines suivants :

1. Médecine fœtale
2. Médecine maternelle
3. Gynécologie bénigne
4. Médecine reproductive
5. Urogynécologie et plancher pelvien
6. Maladies de l'appareil génital inférieur et santé sexuelle
7. Gynécologie pédiatrique et adolescente
8. Gynécologie oncologique
9. Maladies du sein

Les résultats de la formation sont décrits pour chaque option. Ils ont été structurés en phases du processus clinique. Chaque phase nécessite une intégration plus avancée des connaissances et des techniques relatives à un résultat que la phase précédente. À l'issue de la formation, le stagiaire aura acquis les connaissances et les techniques nécessaires pour toutes les phases et pour tous les résultats au niveau de la pratique indépendante.

Phases :

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

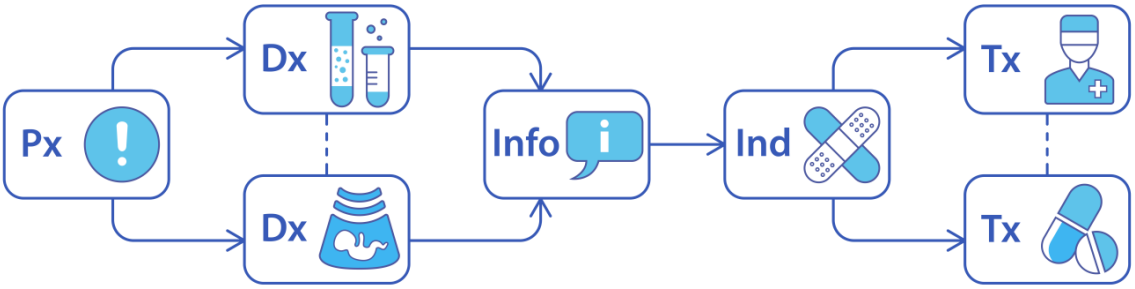
Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications.

Indication du traitement : déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

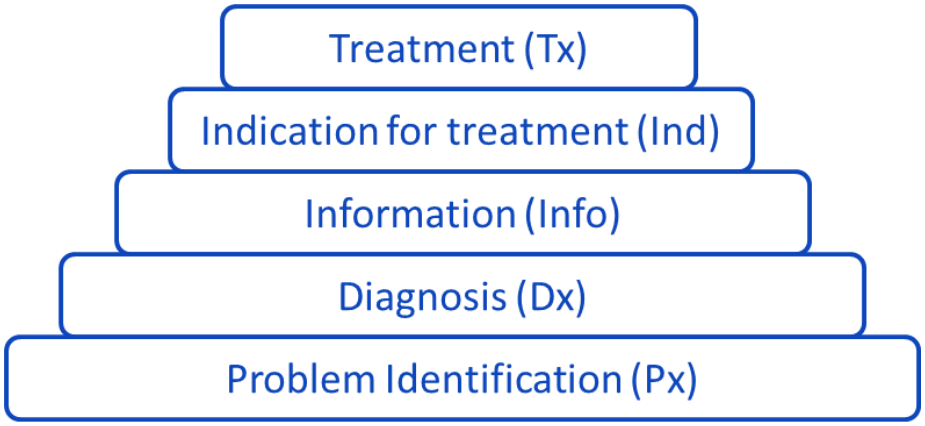
Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement sans mettre en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement en mettant en œuvre une technique spécifique
(p. ex., traitement chirurgical).

Les phases sont intégrées dans le processus clinique comme suit :



Si un stagiaire est capable de fournir un traitement (Tx) pour une affection, on suppose qu'il est également capable de déterminer les indications du traitement (Ind), de fournir des informations sur le diagnostic (Info), de diagnostiquer l'affection (Dx) et d'identifier un problème nécessitant une évaluation diagnostique (Px).



Références :

1. Van der Aa JE, Goverde AJ, Teunissen PW, Scheele F. Paving the road for a European postgraduate training curriculum. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2016;203:229-31.
2. Van der Aa JE, Tancredi A, Goverde AJ, Velebil P, Feyereisl J, Benedetto C, Teunissen PW, Scheele F. What European gynaecologists need to master: Consensus on medical expertise outcomes of pan-European postgraduate training in obstetrics & gynaecology. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2017;216:143-53.

1. Médecine fœtale

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Orientation vers des services génétiques pour les familles à risque ou ayant reçu un diagnostic de malformation fœtale

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

- Inclus dans les phases suivantes du parcours clinique

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
o Anomalie du flux sanguin dans l'artère ombilicale	o Échographie Doppler des artères utérines
o Flux anormal de l'artère cérébrale moyenne	o Échographie Doppler de l'artère cérébrale moyenne
o Flux anormal du canal artériel	o Échographie Doppler du canal artériel
o Anomalies congénitales	o Dépistage échographique avancé
o Anomalies chromosomiques	o Amniocentèse
Diagnostic du spectre du placenta accreta	o Échographie transabdominale et transvaginale
Retard de croissance fœtale	

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications.

- o Communication des risques liés à toutes les procédures obstétricales.
- o Tenue d'une réunion interdisciplinaire sur les problèmes psychosociaux complexes pendant la grossesse.

Indication du traitement : déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Inclus dans les phases suivantes du parcours clinique

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement sans mettre en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Planification de la grossesse et de l'accouchement en cas de grossesse avec anomalie fœtale
Interruption de grossesse pour anomalie fœtale
Grossesse gémellaire complexe, p. ex. STJJ, GGMA

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement en mettant en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement chirurgical).

Accouchement opératoire d'un fœtus présentant des anomalies congénitales complexes

2. Médecine maternelle

Identification du problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Problèmes psychiatriques nécessitant l'orientation vers un spécialiste de la santé mentale, un travailleur social ou un centre de traitement des addictions
- Femmes atteintes de troubles génétiques

Diagnostic ; établir un diagnostic sans recourir à une technique spécifique.

- Troubles psychiatriques pendant la grossesse et postpartum
- Conseils préconceptionnels pour les cas d'antécédents médicaux maternels complexes
- Peur de l'accouchement et syndrome de stress post-traumatique après l'accouchement
- Problèmes psychosociaux complexes pendant la grossesse
- Abus de substances
- Gestion de l'affliction

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Voir section suivante

Information ; fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications.

- Communication des risques liés à toutes les procédures obstétricales.
- Tenue d'une réunion interdisciplinaire sur les problèmes psychosociaux complexes pendant la grossesse.
- Tenue d'un débriefing post-partum

Indication du traitement : déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

Voir section suivante

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement sans mettre en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Troubles hypertensifs complexes de la grossesse
- Diabète préexistant

- Grossesse multifœtale
- Maladie maternelle préexistante
- Dépression post-partum
- Sécurité liés aux médicaments pendant la grossesse
- Femmes souffrant de toxicomanie

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer en recourant à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Diagnostic	Technique
Insuffisance cervicale	o Insertion d'un cerclage cervical

3. Gynécologie bénigne

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

Voir la section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir la section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Voir la section suivante

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications

Voir la section suivante

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Aspects psychosociaux des douleurs pelviennes chroniques.

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement sans mettre en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Hormonothérapie postménopausique chez les patientes présentant des comorbidités
- Prise en charge de l'ostéoporose

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer en recourant à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Diagnostic	Technique
Myome utérin de type 2 (< 3 cm)	Résection hystéroscopique de myome de type 2 (< 3 cm)
Myome utérin (qui ne répond pas au traitement conservateur)	Myomectomie laparoscopique et ouverte Hystérectomie laparoscopique et ouverte
Hyperménorrhée	Ablation ou résection endométriale par hystéroscopie Hystérectomie laparoscopique et ouverte
Endométriose (< stade 2)	Traitement laparoscopique de l'endométriose
Abcès tubo-ovarien	Prise en charge laparoscopique de l'abcès tubo-

- Adhérences pelviennes
- Prise en charge du syndrome génito-urinaire de la ménopause

ovarien

- Adhésiolyse laparoscopique

4. Médecine reproductive

Identification du problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Aspiration micro/percutanée de sperme
- Extraction testiculaire de sperme
- Troubles génétiques
- Diagnostic préimplantatoire

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Voir section suivante

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications

Voir section suivante

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Situation psychosociale des couples suivant un traitement de fertilité (prise de décision partagée)

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer sans recourir à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Techniques avancées d'induction de l'ovulation
- Stimulation par IIU
- Galactorrhée
- Hyperprolactinémie
- Adénome hypophysaire

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer en recourant à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Diagnostic

- Hypofécondité
- Syndrome d'hyperstimulation ovarienne

Technique

- Insémination intra-utérine
- Paracentèse

5. Urogynécologie et plancher pelvien

Identification du problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Troubles neurologiques (spina bifida, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, lésions médullaires, neuropathie)

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
o Anomalies de la force et de la motilité du plancher pelvien et du muscle élévateur de l'anus o Anomalies des troubles des voies urinaires	o Mesure par palpation manuelle de la force et de la motilité du plancher pelvien et du muscle élévateur de l'anus o Échographie trans périnéale et endo-anale o Interprétation des examens urodynamiques

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications

- Collaboration avec une équipe multidisciplinaire en urogynécologie

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Aspects psychosociaux du prolapsus et de l'incontinence

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement sans mettre en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Prescription d'anticholinergiques et de médicaments antimuscariniques

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer en recourant à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Diagnostic	Technique
o Incontinence à l'effort et par impériosité o Prolapsus utérin / vaginal	o Mise en place d'une bandelette urétrale moyenne o Hystérectomie vaginale

- Fixation sacro-épineuse
- Colpocléisis

6. Maladies de l'appareil génital inférieur et santé sexuelle

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

- Physiologie et pathologie de l'appareil génital inférieur féminin
- Comprendre le mécanisme pathologique et les voies de la réponse sexuelle féminine
- Dysphorie de genre – connaissances théoriques

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
O Affections vulvaires précancéreuses et cancéreuses	o Vulvoscopie avec biopsie
O Problèmes sexuels	o Modèle PLISSIT de thérapie sexuelle
O Douleurs génito-pelviennes et troubles de la pénétration	o Examen gynécologique éducatif
O Vaginisme primaire	o Compétences en communication

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications

- Informer sur les changements de mode de vie et les possibilités de vie sexuelle en fonction des diagnostics mentionnés ci-dessus
- Informer sur les possibilités de fertilité en cas de problèmes sexuels (vaginisme primaire), de dysphorie de genre, d'affections vulvaires prémalignes et malignes
- Aspects psychosociaux des maladies vulvo-vaginales
- Aspects psychosociaux de la dysphorie de genre (connaissances théoriques, consultation avec un psychiatre/sexologue)
- Aspects psychosociaux des agressions sexuelles

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Diagnostics mentionnés ci-dessus dans le processus de diagnostic

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer sans recourir à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Dermatose vulvaire
- Absence de désir sexuel
- Aspects médicaux des agressions sexuelles
- Vaginisme primaire

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement en mettant en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement chirurgical).

Diagnostic	Technique
o Condylomes génitaux	o Évaporation au laser o Excision chirurgicale des lésions
o Mutilation génitale de type III	o Chirurgie reconstructive de la cicatrice d'infibulation
o Dysphorie de genre	o Selon le type : FtM – hystérectomie, annexectomie

7. Gynécologie pédiatrique et adolescente

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

Voir section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
o Persistance de problèmes vulvaires et/ou urinaires	o Cystoscopie / vaginoscopie

Information ; fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications.

- Saignements vaginaux prépubères
- Masse annexielle

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Traumatisme de la vulve / du vagin / du périnée / du rectum

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer sans recourir à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Contraception chez les adolescentes présentant des problèmes de santé
- Douleurs vulvo-vaginales
- Écoulement vaginal
- Douleurs abdominales aiguës
- Douleurs abdominales chroniques
- Puberté précoce
- Retard pubertaire
- Anomalies menstruelles (p. ex., aménorrhée primaire)
- Troubles du développement de l'appareil génital
- Pathologie vulvo-vaginale (p. ex., lichen scléreux)

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer en recourant à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Diagnostic	Technique
o Corps étranger vulvaire ou vaginal	o Vaginoscopie avec retrait du corps étranger

Tous les cas chez l'enfant prépubère et péripubertaire et chez l'adolescent.

8. Gynécologie oncologique

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

Voir section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
o Affections vulvaires précancéreuses et cancéreuses	o Vulvoscopie avec biopsie
o Tumeur maligne de l'ovaire	o Calcul de l'indice de risque de malignité (IRM)

Information : fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications

Voir la section suivante

Indication du traitement : déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

Voir la section suivante

Traitement : discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le patient sur le traitement et administrer le traitement sans mettre en œuvre une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Voir la section suivante

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer en recourant à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Diagnostic	Technique
o Affections précancéreuses du col de l'utérus	o Conisation du col de l'utérus
o Carcinome de l'endomètre de stade I de bas grade	o Hystérectomie laparoscopique o Hystérectomie abdominale
o Affections génétiques, y compris les mutations avec indication d'une salpingo-ovariectomie à visée préventive	o Salpingo-ovariectomie laparoscopique o Salpingo-ovariectomie par laparotomie

9. Maladies du sein

Identifier le problème ; déterminer la nécessité d'une évaluation diagnostique ou reconnaître une pathologie.

Voir la section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic sans mettre en œuvre une technique spécifique.

Voir la section suivante

Diagnostic : établir un diagnostic en mettant en œuvre une technique spécifique.

Diagnostic	Technique
o (Pré)-cancer du sein	o Ponction à l'aiguille fine* o Biopsie mammaire[3]

Ne s'applique pas aux pays où cette procédure est réalisée par des radiologues.

Information ; fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications.

- Récidive ou progression d'une tumeur maligne du sein
- Pathologie mammaire frontière
- Génétique des tumeurs malignes du sein

Indication du traitement ; déterminer l'indication d'un traitement spécifique, en tenant compte de toutes les options thérapeutiques.

- Pré-cancer du sein
- Cancer du sein

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer sans recourir à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

- Galactorrhée
- Mastalgie
- Mastite post-partum

Traitement ; discuter de toutes les options thérapeutiques, déterminer l'indication d'un traitement spécifique, conseiller le traitement et le prodiguer en recourant à une technique spécifique (p. ex., traitement conservateur).

Diagnostic

- Lésions mammaires frontière
- Abcès mammaire post-partum

Technique

- Excision chirurgicale d'une lésion mammaire
- Ponction et drainage d'un abcès

Facteurs humains et compétences non techniques

Auteurs : Anabela Serranito, Anna Aabakke, Fedde Scheele, Alexandra Krisuftova, Goknur Topcu, Sofia Tsiapakidou, Helena Bartels, Mark Formosa, Angelique Goverde, Karen Rose, AnnaLisa Tancredi, Ursula Catena, Fionnuala McAuliffe

Les facteurs humains étudient la manière dont les individus interagissent dans leur environnement de travail. Cela comprend les facteurs organisationnels et professionnels, ainsi que les caractéristiques individuelles. Les compétences non techniques font partie des facteurs individuels. Il s'agit de compétences cognitives, sociales et personnelles non liées directement au travail clinique, mais qui complètent les compétences techniques et sont essentielles à la fourniture de soins sûrs et efficaces aux patients.

Cette section décrit les facteurs humains, plus précisément les compétences non techniques, qui sont pertinents dans le programme de formation postuniversitaire paneuropéen en Obstétrique et en gynécologie. Ces compétences ont été déterminées à l'issue de recherches scientifiques menées auprès de parties prenantes de toute l'Europe. Ces techniques doivent être acquises pendant la formation, outre les résultats en matière d'expertise médicale, afin de répondre aux besoins de la société et des parties prenantes des spécialistes en obstétrique et en gynécologie. La formation aux facteurs humains peut améliorer l'efficacité et la qualité des soins prodigués et renforcer la sécurité des patients

Des suggestions pour l'évaluation de ces compétences sont fournies dans la section « Délégation et portfolio » du programme. Les formulaires d'évaluation portent sur les compétences non techniques et décrivent les compétences spécifiques à développer. La communication et le leadership sont examinés séparément dans les sections suivantes en raison de leur pertinence en obstétrique et en gynécologie

Leadership personnel et développement

- Être un apprenant tout au long de la vie et un bon modèle
- Être attentif afin d'atteindre un équilibre entre vie professionnelle et vie privée
- Développer la conscience de soi et être capable de reconnaître ses compétences et ses limites
- Demander et accepter des commentaires, y réfléchir et les utiliser pour s'améliorer
- Adopter une approche réflexive pour s'améliorer
- Améliorer continuellement son écoute empathique ainsi que sa communication efficace et claire

Leadership professionnel

- Gérer la charge de travail et les ressources
- Maintenir les normes de soins fournies
- Contribuer au progrès des soins de santé par la recherche, les projets d'amélioration de la qualité, l'éducation et en facilitant la mise en œuvre d'innovations
- Comprendre l'importance de la planification et de la hiérarchisation des priorités à différents niveaux des systèmes de santé
- Connaître les différents styles de leadership et être capable d'adapter son style de leadership en fonction des situations

Travail d'équipe

- Collaborer de manière respectueuse avec d'autres professionnels, tels que les infirmières, les sages-femmes et les prestataires de soins de santé d'autres disciplines, et contribuer à un environnement de travail sûr et constructif
- Faciliter la prise de décision interprofessionnelle partagée, en reconnaissant et en s'appuyant sur l'expertise des autres
- Se concentrer sur les performances de l'équipe tout en respectant les normes de soins et les aspects juridiques
- Faire preuve de leadership, en particulier dans les situations critiques

Conscience de la situation

- Comprendre l'importance de la conscience de la situation, en particulier dans le contexte de la gestion de la salle d'accouchement et des urgences obstétricales.
- Comprendre la pertinence de la collecte et de l'interprétation des informations pour la création d'une bonne conscience de la situation.
- Planifier et anticiper les actions futures en vue du développement de la conscience de la situation individuelle et collective

Prise de décision et gestion des tâches

- Développer les capacités nécessaires en vue d'évaluer les situations cliniques, de définir les problèmes et d'élaborer différents plans de prise en charge en conséquence.
- Être capable de choisir une option de prise en charge, de mettre en œuvre la décision et d'évaluer les résultats
- Reconnaître l'importance de la planification et de la préparation dans un système clinique complexe
- S'adapter et réagir en temps voulu aux changements

Les auteurs suivants ont contribué à la version 2018 de cette section :
Betina Ristorp Andersen, Annette Settnes, Peter Hornnes, Anna Aabakke, Joyce Hoek-Pula, Britt Myren, Noortje Jonker, Petra Kunkeler, Fedde Scheele, Chiara Benedetto, Jessica van der Aa

Références :

1. Flin R, Kumar M. Human factors: The science behind non-technical skills. Enhancing Surgical Performance. 2015 Jul 13;17.

2. Gordon M, Darbyshire D, Baker P. Non-technical skills training to enhance patient safety: a systematic review. Medical education. 2012 Nov;46(11):1042-54.

3. Mastrangelo A, Eddy ER, Lorenzet SJ. The importance of personal and professional leadership. Leadership & Organization Development Journal. 2004 Jul 1;25(5):435-51.

4. Wacker J, Kolbe M. Leadership and teamwork in anesthesia–making use of human factors to improve clinical performance. Trends in anaesthesia and critical care. 2014 Dec 1;4(6):200-5.

Leadership clinique en obstétrique et en gynécologie

Auteurs : Anabela Serranito, Anna Aabakke, Fedde Scheele, Alexandra Krisuftova, Goknur Topcu, Sofia Tsiapakidou, Helena Bartels, Mark Formosa, Angelique Goverde, Karen Rose, AnnaLisa Tancredi, Ursula Catena, Fionnuala McAuliffe

Un leadership clinique efficace est essentiel pour fournir des soins de santé d'excellence et il a été démontré qu'il améliore les résultats pour les patients. Au cours des dernières décennies, la complexité croissante des soins de santé et les exigences sociétales accrues en matière de responsabilité, de transparence et de qualité des soins ont conféré de nouvelles responsabilités aux médecins. La pratique clinique quotidienne exige non seulement des connaissances et des compétences médicales solides, mais aussi des compétences complémentaires dans des domaines tels que la gestion et le développement des services, pour maintenir des normes de soins élevées et améliorer continuellement la qualité.

Les systèmes de santé européens sont confrontés à des défis communs tels que l'évolution de la démographie des patients (p. ex., vieillissement de la population, forte incidence des maladies), les progrès scientifiques (p. ex., l'intelligence artificielle, l'innovation dans les services et la prestation des soins de santé) et l'augmentation des coûts des soins de santé. Des défis supplémentaires se font sentir dans le secteur des ressources humaines, où la pénurie de personnel de santé qualifié, due à des difficultés de rétention du personnel et à des prévisions erronées concernant l'évolution des besoins, pose des problèmes au niveau organisationnel, car le manque de personnel entraîne une augmentation du temps de travail, du stress et des situations de burn-out, ce qui rend encore plus difficile la rétention du personnel.

Traditionnellement, le leadership clinique n'est pas enseigné de manière formelle, car les médecins sont considérés comme des leaders innés au sein de leurs systèmes locaux. Les exigences croissantes des systèmes de santé et l'évolution des exigences en matière de prestation des soins cliniques ont fait du développement et de la formation au leadership une partie intégrante de la formation des médecins. Les connaissances en matière de leadership jouent un rôle important dans les fonctions de leadership formelles (p. ex. : Directeurs cliniques, structures de gouvernance, responsables cliniques), mais elles sont tout aussi importantes dans les fonctions de leadership non formelles, p. ex. dans les urgences obstétricales et dans le cadre du travail en équipes multidisciplinaires. Les exigences en matière de leadership peuvent également évoluer au fil du temps et une formation formelle au leadership permettra d'améliorer la résilience et la capacité d'adaptation, et donc d'obtenir les meilleurs résultats en matière de soins de santé dans les organisations à haute fiabilité.

Pour évaluer ces compétences, le stagiaire doit réaliser ou auditer un projet d'amélioration de la qualité pendant le développement des compétences de base. Il est en outre recommandé que le stagiaire réalise également un projet d'audit/d'amélioration de la qualité alors qu'il acquiert les compétences optionnelles. Afin de développer davantage leurs compétences en matière de leadership, les stagiaires peuvent suivre un cours optionnel en Leadership clinique.

La section suivante vise à décrire les compétences générales en matière de leadership dans la formation postuniversitaire en obstétrique et en gynécologie

- **Gérer selon une approche systémique**
  - Comprendre comment les différentes composantes du système de santé s'articulent pour former un système complexe (y compris les politiques locales et nationales, les lois relatives à la prestation des soins aux femmes).
  - Comprendre et s'adapter à la diversité, au développement et à l'innovation au sein des systèmes individuels.

- Effectuer une catégorisation et hiérarchiser les tâches en tenant compte des ressources disponibles
- Équilibrer les résultats liés aux patients et les coûts
- Garantir des soins respectueux, la confidentialité et le confort des patients dans la prestation des soins, le cadre et le contexte

➢ **Dispenser des soins centrés sur la personne**

- Envisager le patient dans une perspective holistique, respecter la diversité et prodiguer des soins individualisés
- Communiquer avec respect et empathie et utiliser l'écoute active pour favoriser la confiance mutuelle
- Faciliter l'équilibre entre les recommandations fondées sur des preuves et les préférences des patients dans les processus décisionnels partagés. en garantissant l'autonomisation des patients et leur consentement éclairé
- Travailler conformément aux normes éthiques et aux droits humains universels des mères et des bébés
- Défendre les droits des patients, de la communauté et des professionnels de santé

➢ **Amélioration de la qualité (AQ) et sécurité des patients**

- Reconnaître l'importance d'établir une « culture juste » locale, favorisant la sécurité des patients et contribuant à un environnement propice à l'amélioration de la qualité
- Contribuer activement à l'évaluation des normes de service
- Reconnaître les problèmes de qualité et identifier les dynamiques du système qui favorisent/entravent l'amélioration des services
- Permettre l'introduction de nouveaux services, systèmes et processus dans une perspective d'IQ
- Mesurer l'impact des projets d'IQ développés
- Collaborer avec les autres membres de l'équipe de professionnels de santé dans le cadre d'initiatives d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients

Définitions:

L'amélioration de la qualité dans le domaine des soins de santé désigne les efforts déployés pour améliorer les résultats pour les patients, la prestation des soins et le développement professionnel au sein d'un système complexe et dynamique en constante évolution. Elle implique le diagnostic des problèmes au sein d'un système de santé, dans le but de traiter les problèmes identifiés à l'aide de la gestion du changement, puis de mesurer l'amélioration

L'audit clinique est un outil cyclique d'amélioration de la qualité visant à examiner la pratique clinique par rapport à des normes explicites basées sur des preuves et à introduire des changements dans le but d'améliorer les soins et les résultats pour les patients lorsque les normes ne sont pas respectées. Des cycles d'audit de suivi peuvent être utilisés pour confirmer une amélioration progressive de la pratique clinique.
La Culture juste adopte une approche systémique des incidents, dans laquelle il existe une responsabilité partagée pour maintenir la sécurité des patients, permettant aux professionnels de santé d'apprendre sans crainte de représailles

Références :

1. Daly J, Jackson D, Mannix J, Davidson PM, Hutchinson M. The importance of clinical leadership in the hospital setting. Journal of Healthcare Leadership. 2014 Nov 21:75-83.
2. Health Foundation (Great Britain). *Quality improvement made simple: what everyone should know about healthcare quality improvement: quick guide*. Health Foundation, 2013.
3. Keijser WA, Handgraaf HJ, Isfordink LM, Janmaat VT, Vergroesen PP, Verkade JM, Wieringa S, Wilderom CP. Development of a national medical leadership competency framework: the Dutch approach. BMC medical education. 2019 Dec;19:1-9.
4. Murray JS, Lee J, Larson S, Range A, Scott D, Clifford J. Requirements for implementing a 'just culture'within healthcare organisations: an integrative review. BMJ Open Quality. 2023 May 1;12(2):e002237.
5. Silver SA, Harel Z, McQuillan R, Weizman AV, Thomas A, Chertow GM, Nesrallah G, Bell CM, Chan CT. How to begin a quality improvement project. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2016 May 1;11(5):893-900.

Formation à la communication et aux compétences psychosociales

Auteurs : Sibil Tschudin, Marieke Paarlberg, Heather Rowe, Angelique Goverde

Introduction

Une communication efficace représente une compétence essentielle dans l'interaction entre le patient et le médecin, comme le stipulent les compétences générales du programme de base. Il a été démontré qu'elle améliore les résultats en matière de santé ainsi que la satisfaction des patients. En outre, les performances du travail d'équipe dépendent des compétences en communication. Enfin, les compétences en communication écrite sont importantes pour la tenue des dossiers médicaux et la communication des informations relatives aux soins de santé. Bien que la compétence en communication soit en partie une qualité personnelle, les compétences de communication peuvent être (davantage) développées par une formation ciblée, des commentaires et une évaluation.

Ce document présente des lignes directrices provisoires pour la formation aux compétences en communication et psychosociales qui permettent au stagiaire de développer un style de communication personnel efficace dans le respect de l'autonomie du patient, de couvrir de manière adéquate les aspects biopsychosociaux et de prendre en compte la sexualité dans le contexte des conditions obstétricales et gynécologiques.

Compétences en communication et compétences psychosociales

La communication est au cœur de toutes les interactions du médecin avec ses patients et leurs proches. Il incombe au médecin de créer un environnement sûr dans lequel le patient et le médecin se sentent à l'aise pour parler. La formation aux compétences en communication permettra au stagiaire et au patient d'échanger efficacement des informations et d'établir une relation thérapeutique médecin-patient dans le cadre de diverses situations cliniques. Une communication efficace repose sur les principes de l'éthique biomédicale (bienfaisance, non-malfaisance, respect et autonomie) [1], vise à une prise de décision éclairée et applique une approche centrée sur le patient. L'approche centrée sur le patient se caractérise par une attitude authentique, cohérente et transparente, qui consiste à écouter activement [2], c'est-à-dire à attendre, vérifier, refléter et résumer, et à fournir des informations adaptées et individualisées selon la méthode « déclencher – fournir – déclencher » [3]. Pour les situations particulièrement difficiles, telles que l'annonce de mauvaises nouvelles, l'abord des (dys)fonctions sexuelles (y compris les questions relatives aux abus sexuels) et les syndromes de douleurs pelviennes ou vulvaires chroniques, des compétences plus spécifiques sont recommandées, telles que

- Le protocole SPIKES en 6 étapes (Setting / Perception / Invitation / Knowledge / Emotions / Strategy) [Cadre / Perception / Invitation / Connaissances / Émotions / Stratégie] [4].
- NURSE (Naming / Understanding / Respecting / Supporting / Exploring) [Nommer / Comprendre / Respecter / Soutenir / Explorer] [5].
- PEARLS (Partnership / Empathy / Apology / Respect / Legitimation / Support) [Partenariat / Empathie / Excuses / Respect / Légitimation / Soutien] [6].

Un autre aspect de la communication concerne le rôle du médecin au sein de l'équipe de soins. La collaboration et le partage des responsabilités dans la prestation des soins de santé imposent des exigences supplémentaires aux médecins, en particulier dans le domaine du partage des informations (médicales). La documentation des informations médicales à différents moments, dans le dossier clinique du patient, le rapport d'opération, la lettre de sortie ou de consultation, ne sert pas seulement à la prestation des soins de santé, mais constitue également une exigence médico-légale.

Il est nécessaire que le stagiaire développe :

- Des compétences pour un transfert efficace des patients, par exemple en utilisant la méthode SBAR (Situation / Background / Assessment / Recommendation) method) [*Situation / Contexte / Évaluation / Recommandation*] [7]).
- Des compétences pour la tenue des dossiers et la rédaction de rapports médicaux.

Formation et évaluation des compétences en communication et des compétences psychosociales

Tout comme d'autres compétences en obstétrique et en gynécologie, l'apprentissage et l'amélioration des compétences en communication représentent un processus continu qui repose sur la combinaison de connaissances théoriques, d'expériences tirées de situations simulées et de la pratique sur le terrain sous supervision directe (puis indirecte). L'utilisation d'un cadre ou d'un modèle structuré de compétences en communication est recommandée. Ce cadre décrit les différents éléments de la rencontre entre le médecin et le patient et les compétences spécifiques à acquérir. Les commentaires et la stimulation de l'autoréflexion sont les pierres angulaires de l'évaluation formative qui oriente la formation continue.

Formation à la communication verbale et aux compétences biopsychosociales

Les connaissances théoriques sont acquises à partir de manuels (p. ex., Obstétrique et gynécologie bio-psycho-sociale ; une approche axée sur les compétences par Paarlberg KM et Van de Wiel HB) et/ou de l'apprentissage en ligne, soit à titre individuel, soit dans le cadre de cours spécialement conçus au niveau local, national ou international (p. ex., par la Société internationale d'obstétrique et de gynécologie psychosomatique (ISPOG)).

Les jeux de rôle ou les simulations avec des patients offrent une pratique « en laboratoire » pour les situations médecin-patient et la formation en équipe, et peuvent compléter la pratique en conditions réelles avec une supervision directe et indirecte (discussion de cas). Lors de ces formations, les différents aspects de la communication, tels que l'empathie, la structure, l'expression verbale et non verbale ainsi que l'impression générale, doivent être pris en compte. Il est essentiel que les commentaires soient fournis de manière structurée et tiennent compte de la personnalité du stagiaire.

Évaluation des compétences en communication et des compétences biopsychosociales

L'observation directe représente la meilleure méthode pour enseigner et évaluer les compétences en communication. La communication verbale et non verbale peut être abordée. En outre, d'autres membres du personnel (para)médical et même les patients peuvent apporter leur contribution à l'évaluation grâce à des commentaires provenant de plusieurs sources. Si l'observation directe n'est pas possible, l'enregistrement vidéo des rencontres entre les stagiaires et les patients peut être utile.

Un portfolio doit être tenu à jour avec les commentaires provenant de différentes sources et les évaluations OSCE, mais il peut également inclure de brèves réflexions écrites du stagiaire.

Formation aux compétences de communication dans le cadre du travail en équipe

Des cours de simulation spécifiques pour la prise en charge des patients et les situations complexes sont organisés au niveau local, national ou international. Pour la communication en équipe, on recomande la méthode SBAR.

Formation et évaluation de la communication écrite

En fonction du document spécifique et du contexte local et/ou national, les critères de documentation médicale doivent être clairement énoncés et communiqués au stagiaire. La discussion des documents médicaux préparés par les stagiaires permettra de déterminer dans quelle mesure le stagiaire répond à ces critères.

Références :

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles biomedical ethics. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
2. Rogers C, Farson R. Active listening: In: Kolb D, Rubin I, MacIntyre J, editors. Organizational psychology. 3rd ed. Englewood: Prentice Hall; 1979.
3. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 2000.
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.
5. Back AL et al. Efficacy of communications skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. Arch Intern Med 2007; 167: 453—460
6. Clark W, Hewson M, Fry M, Shorey J. Communication skills reference card. St. Louis, MO: American Academy on Communication in Healthcare; 1998.
7. Institute for Healthcare improvement: www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx

Formation par simulation aux techniques gynécologiques

Auteurs : Ursula Catena, Federica Campolo, Sofia Tsiapakidou, Helder Ferreira, Attilio Di Spiezio Sardo, Giovanni Scambia, Grigoris Grimbizis, Benoit Rabischong, Vasilios Tanos, Rudi Campo

Introduction

En 2014, l'EBCOG a signé la Recommandation conjointe européenne-américaine qui stipule que, afin d'améliorer la formation des résidents et de réduire le taux de morbidité et de mortalité des patients, chaque hôpital universitaire devrait disposer d'un **« Laboratoire de simulation gynécologique ».**

Cette recommandation repose sur le fait que tous les actes diagnostiques et chirurgicaux en gynécologie exigent des compétences psychomotrices. Il est essentiel que ces compétences psychomotrices soient acquises et testées dans un environnement sûr avant d'être mises en pratique sur un patient.

En chirurgie, il a été clairement démontré que la formation en salle d'opération sans formation préalable en laboratoire augmente considérablement les taux de morbidité et de mortalité des patients. De plus, avec l'introduction des technologies modernes, la chirurgie devient de plus en plus numérique et nécessite des adaptations du modèle éducatif afin de répondre aux nouvelles compétences requises non seulement par les chirurgiens, mais aussi par les professionnels de santé en général. La complexité croissante de ces évolutions exige un fonctionnement sans faille dans la salle d'opération, où les chirurgiens, les infirmières et les autres membres du personnel de soutien peuvent travailler en synergie et avec une efficacité accrue.

La simulation est un excellent moyen d'apprendre et de le faire en toute sécurité, sans se blesser ni blesser autrui, et en offrant la possibilité d'appliquer personnellement des stratégies de résolution de problèmes [1].

Laboratoire de simulation gynécologique

Le Laboratoire de simulation gynécologique doit être conçu pour développer et améliorer les compétences essentielles à la réussite des futurs médecins obstétriciens et gynécologues. Les étudiants en obstétrique et en gynécologie, quel que soit leur niveau de formation, participent au programme de simulation et obtiennent leur diplôme mieux armés afin de réaliser des procédures complexes et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé.

1. **Procédures gynécologiques**
   Modèle : Fantôme gynécologique
   Compétences : Examen gynécologique
   Insertion d'un spéculum
   Prélèvement cytologique cervical/prélèvement HPV
   Mise en place/retrait d'un dispositif intra-utérin
   Colposcopie (avec biopsie cervicale)

2. **Chirurgie gynécologique**
   Modèle : Simulations chirurgicales avec des modèles inanimés, des coussinets d'entraînement à la suture
   Compétences : Suture avec différentes techniques et différents matériaux
   Exercices de différentes procédures chirurgicales (fermeture du col de l'utérus, traitement d'une grossesse extra-utérine, retrait ou marsupialisation de kystes)

3. **Endoscopie (laparoscopie et hystéroscopie)**

Toutes les parties prenantes, y compris les spécialistes, les stagiaires et les professionnels de santé, reconnaissent l'importance des compétences en endoscopie gynécologique. Ces compétences nécessitent une pratique approfondie avant d'être mises en œuvre sur des patientes réelles. La formation par simulation aux procédures endoscopiques gynécologiques est généralement bien accueillie et appréciée. Les bibliographies

existantes soulignent l'efficacité de la formation par simulation afin d'améliorer l'apprentissage. Parmi les avantages, on peut citer la possibilité de commentaires et d'exercices répétitifs. Les recherches montrent qu'une pratique plus longue sur simulateur est liée à de meilleurs résultats d'apprentissage. En chirurgie, les compétences techniques ont un impact direct sur les résultats cliniques, avec 2,5 fois plus de réadmissions, 3 fois plus de complications et jusqu'à 5 fois plus de décès après des interventions chirurgicales réalisées par des praticiens peu performants par rapport aux meilleurs praticiens.

Les cliniciens pratiquant la chirurgie endoscopique sans formation adéquate aux compétences psychomotrices spécifiques courent un risque plus élevé d'augmentation de la morbidité et de la mortalité des patients. Le modèle apprenti-tuteur a été utile pendant de nombreuses années, mais la complexité de la technologie chirurgicale moderne exige que des compétences spécifiques soient également enseignées en dehors du bloc opératoire.

Dans le sillage de la généralisation de la chirurgie mini-invasive et de l'évolution technologique continue et surtout en réponse à la demande d'un programme de formation approprié et nécessaire, plusieurs systèmes de formation ont été conçus et mis en place. Les différents systèmes de formation peuvent être classés en systèmes physiques et systèmes virtuels. Les **simulateurs physiques** sont par exemple les boîtes d'entraînement et les instruments laparoscopiques, tandis que les **simulateurs virtuels** sont des systèmes informatiques qui utilisent des logiciels de réalité virtuelle.

Boîtes d'entraînement laparoscopiques

Ce type de simulateur chirurgical utilise de véritables instruments chirurgicaux et du matériel vidéo généralement utilisés en salle d'opération. Il se compose généralement d'une structure en forme de boîte comprenant des ports dans lesquels peuvent être insérés des trocarts et des instruments chirurgicaux. La boîte renferme divers modèles anatomiques simulés avec des tâches qui imitent les procédures chirurgicales réelles. Les modèles de simulation à l'intérieur de la boîte sont manipulés et gérés à l'aide des informations visuelles créées par une source vidéo et un moniteur. Dans ce mode de formation, les praticiens s'exercent à des compétences telles que la manipulation des instruments, la suture et la manipulation des tissus dans un environnement contrôlé et à faible risque.

Boîtes d'entraînement hystéroscopiques

Ce type de simulateur chirurgical utilise de véritables instruments hystéroscopiques et du matériel vidéo généralement utilisés en chirurgie hystéroscopique. Il se compose généralement d'un modèle génital féminin contenant un modèle inanimé représentant la distribution dans l'espace et l'orientation des différents plans et angles d'un utérus normal.

Simulateurs

Les simulateurs présentent l'avantage d'être indépendants de l'équipement endoscopique standard, qui est assez coûteux.

Dans le cadre de la réglementation du temps de travail, le stagiaire peut suivre une formation à domicile avec, à terme, un soutien hybride

ou, à l'avenir, un soutien par le biais de programmes d'IA.

Pour les centres de formation spécialisés externes :

Modèles animaux

Ce type de simulateurs utilise des animaux vivants anesthésiés, offrant la formation endoscopique la plus réaliste sans impliquer de patients. Cependant, l'utilisation d'animaux soulève des questions éthiques et économiques.

Formation sur cadavres

Ce type de formation permet une observation et une dissection en 3 dimensions de l'anatomie humaine et offre la possibilité de consolider et de voir les différentes structures de l'anatomie pelvienne. Cependant, l'utilisation de cadavres soulève des questions éthiques et économiques.

Réalité virtuelle et simulateurs de procédures chirurgicales

La réalité virtuelle et les simulateurs de procédures chirurgicales sont tous deux très coûteux et il n'est donc pas possible de les recommander aujourd'hui comme élément nécessaire et obligatoire d'une salle de simulation gynécologique dans un hôpital.
Des établissements de formation spécifiques peuvent aujourd'hui proposer ce type de formation à chaque personne.

Les simulateurs chirurgicaux en **réalité virtuelle** représentent la dernière avancée en matière de formation chirurgicale. Des logiciels sophistiqués peuvent reproduire des procédures chirurgicales endoscopiques, ce qui permet aux stagiaires d'enregistrer leurs sessions de formation. Cette possibilité facilite l'évaluation des résultats et la comparaison avec d'autres. De plus, il est possible de mettre à jour le logiciel afin de créer des tâches et des procédures plus complexes.

Les **simulateurs de procédures chirurgicales** sont des outils de formation avancés conçus pour reproduire des procédures chirurgicales réelles. Ils utilisent plusieurs technologies, telles que la réalité virtuelle, la réalité augmentée et des modèles physiques, pour créer des environnements d'entraînement réalistes pour les chirurgiens. L'avantage de ces simulateurs est évident : la personne concernée peut acquérir une formation plus complète, englobant l'anatomie et les compétences manuelles de l'acte chirurgical dans toutes ses nuances, dans un environnement où aucune erreur n'entraîne de complications ou de conséquences.

Programme de formation

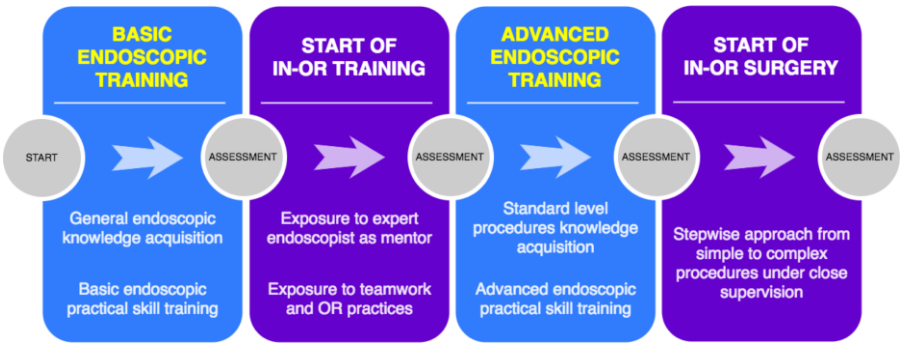
Un programme de formation gynécologique structuré doit adopter pleinement cette approche et comprendre une série d'étapes bien définies, combinant une formation en laboratoire avec une formation en salle d'opération [2-7]. À chaque phase, il convient d'effectuer une évaluation afin de vérifier si le stagiaire peut passer au niveau suivant. Les étapes suivantes peuvent être définies dans cette approche :

Formation endoscopique de base (laboratoire) : Acquisition des connaissances générales sur les principes et les techniques endoscopiques associée à une formation pratique de base aux compétences endoscopiques.

Début de la formation en salle d'opération : Une fois que le stagiaire a démontré qu'il possède les connaissances de base et les compétences pratiques nécessaires en endoscopie, la formation en salle d'opération peut débuter. Au cours de cette phase, le stagiaire peut assister un chirurgien endoscopiste expérimenté, qui agit en tant que mentor, et il se familiarise avec les pratiques de base en salle d'opération et le travail en équipe.

Formation endoscopique avancée (laboratoire) : Acquisition des connaissances relatives aux procédures standard et formation aux compétences pratiques avancées.

Début de la chirurgie en salle d'opération : Une fois la phase de laboratoire terminée, la chirurgie en direct peut être entreprise, selon une approche progressive commençant par une supervision étroite et des procédures simples, passant progressivement à une supervision moins étroite pour les procédures simples et à des procédures plus complexes.



Cette approche a pour but de former et d'évaluer autant que possible les compétences endoscopiques nécessaires dans un laboratoire, avant de passer à des patients réels en salle d'opération [8,9]. Les avantages sont triples :

- Les stagiaires sont beaucoup plus sûrs d'eux lorsqu'ils entrent en salle d'opération, convaincus d'avoir acquis les connaissances et les compétences nécessaires.
- Les mentors experts gagnent du temps en n'enseignant pas les compétences de base, peuvent bénéficier d'une aide appropriée de la part des stagiaires et se concentrer davantage sur les procédures en cours.
- Le patient bénéficie de meilleurs soins grâce à des stagiaires correctement formés et il est beaucoup moins exposé à des stagiaires inexpérimentés.

Exemple de programme de formation par simulation aux techniques endoscopiques

Les sociétés savantes ESGE et ESHRE, sous l'égide de l'EBCOG et reconnues dans le cadre du programme EU4Health, ont élaboré un programme de diplôme bien équilibré : le programme GESEA (Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment) [Formation et évaluation en chirurgie endoscopique gynécologique] [10-16], qui repose sur une approche structurée similaire à celle proposée dans le présent document : voir l'annexe pour plus de détails.

Compétences gynécologiques à acquérir (programme de base)

Compétences en consultation externe :

- Examen gynécologique
- Insertion d'un spéculum
- Réalisation d'un frottis cervical
- Mise en place/retrait d'un dispositif intra-utérin
- Colposcopie (avec biopsie)
- LLETZ du col de l'utérus
- Mise en place/retrait d'implants sous-cutanés

Compétences chirurgicales conventionnelles de base :

- Biopsie à l'aiguille sous anesthésie locale
- Ablation chirurgicale et marsupialisation d'un kyste
- Dilatation et curetage

Compétences chirurgicales conventionnelles avancées :

- Laparotomie avec adhésiolyse minimale
- Salpingo-ovariectomie par laparotomie
- Réparation vaginale antérieure
- Réparation vaginale postérieure
- Myomectomie de myome sous-séreux par laparotomie
- Colpocléisis (au moins en simulation)

Compétences endoscopiques de base :

Laparoscopie :

- Laparoscopie diagnostique
- Laparoscopie diagnostique avec test tubaire
- Adhésiolyse laparoscopique simple
- Stérilisation laparoscopique

Hystéroscopie :

- Hystéroscopie diagnostique
- Hystéroscopie diagnostique avec biopsie endométriale
- Dilatation et curetage visuels [17]

Compétences endoscopiques avancées :

Laparoscopie :

- Ablation laparoscopique d'une grossesse extra-utérine (salpingostomie) ou salpingectomie
- Aspiration laparoscopique à l'aiguille de kystes simples
- Électrocoagulation laparoscopique de l'ovaire
- Kystectomie ovarienne laparoscopique simple
- Salpingo-ovariectomie laparoscopique

Hystéroscopie :

- Résection hystéroscopique de polype
- Résection hystéroscopique de myome de type 0-1 (< 2 cm)
- Ablation hystéroscopique de l'endomètre

Références :

1. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio Sardo A, Grimbizis G, Wallwiener D, et al. Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. Gynecol Surg. 2016;13:133-7.
2. Diesen DL, Erhunmwunsee L, Bennett KM, Ben-David K, Yurcisin B, Ceppa EP, et al. Effectiveness of laparoscopic computer simulator versus usage of box trainer for endoscopic surgery training of novices. J Surg Educ. 2011;68(4):282-9.
3. Escamirosa FP, Flores RM, Garcia IO, Vidal CR, Martinez AM. Face, content, and construct validity of the EndoViS training system for objective assessment of psychomotor skills of laparoscopic surgeons. Surg Endosc. 2015;29(11):3392-403.
4. Hofstad EF, Vapenstad C, Chmarra MK, Lango T, Kuhry E, Marvik R. A study of psychomotor skills in minimally invasive surgery: what differentiates expert and nonexpert performance. Surg Endosc. 2013;27(3):854-63.
5. Munro MG. Surgical simulation: where have we come from? Where are we now? Where are we going? J Minim Invasive Gynecol. 2012;19(3):272-83.
6. Mulla M, Sharma D, Moghul M, Kailani O, Dockery J, Ayis S, et al. Learning basic laparoscopic skills: a randomized controlled study comparing box trainer, virtual reality simulator, and mental training. J Surg Educ. 2012;69(2):190-5.
7. Sroka G, Feldman LS, Vassiliou MC, Kaneva PA, Fayez R, Fried GM. Fundamentals of laparoscopic surgery simulator training to proficiency improves laparoscopic performance in the operating room-a randomized controlled trial. Am J Surg. 2010;199(1):115-20.
8. Molinas CR, Binda MM, Campo R. Dominant hand, non-dominant hand, or both? The effect of pre-training in hand-eye coordination upon the learning curve of laparoscopic intra-corporeal knot tying. Gynecol Surg. 2017;14(1):12.
9. Campo R, Wattiez A, Wallwiener D, et al. Training and education in endoscopic surgery: is there a future for endoscopy in OB&GYN training? Gynecol Surg. 2005; 2:57–65.
10. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio SA, Grimbizis G, Wallwiener D, Brucker S, Puga M, Molinas R, O'Donovan P, Deprest J, Van BY, Lissens A, Herrmann A, Tahir M, Benedetto C, Siebert I, Rabischong B, De Wilde RL (2016) Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 199:183– 186
11. Campo R, Reising C, Van Belle Y, Nassif J, O'Donovan P, Molinas CR (2010) A valid model for testing and training laparoscopic psychomotor skills. Gynecol Surg 7:133–141
12. Molinas CR, Campo R (2010) Defining a structured training program for acquiring basic and advanced laparoscopic psychomotor skills in a simulator. Gynecol Surg 7:427–435
13. Molinas CR, De Win G, Ritter O, Keckstein J, Miserez M, Campo R (2008) Feasibility and construct validity of a novel laparoscopic skills testing and training model. Gynecol Surg 5:281–290
14. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio SA, Grimbizis G, Wallwiener D, Brucker S, Puga M, Molinas CR, O'Donovan P, Deprest J, Van Belle Y, Lissens A, Herrmann A, Tahir M, Benedetto C, Siebert I, Rabischong B, De Wide RL (2016) Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. Gynecol Surg 13:133–137
15. Campo R, Molinas CR, De Wilde RL, Brolmann H, Brucker S, Mencaglia L, Odonovan P, Wallwiener D, Wattiez A (2012) Are you good enough for your patients? The European certification model in laparoscopic surgery. Facts Views Vis Obgyn 4:95–101
16. Campo R, Wattiez A, De Wilde RL, Molinas CR (2012) Training in laparoscopic surgery: from the lab to the OR. Zdrav Var 51:285–298
17. Casadio P, Raffone A, Salucci P, Raimondo D, Seracchioli R, Carugno J, Di Spiezio Sardo A (2023). Visual dilation and curettage for the fertility-sparing treatment of atypical endometrial hyperplasia/endometrial intra-epithelial neoplasia: an easy to perform in-office technique. Int J Gynecol Cancer. 1;33(5):837-838

Formation par simulation aux techniques obstétriques

Auteurs : Sofia Tsiapakidou, Fedde Scheele, Fionnuala McAuliffe

Introduction

La formation par simulation est recommandée comme élément clé du programme d'études en obstétrique et gynécologie afin d'acquérir les compétences nécessaires, telles que l'accouchement par ventouse ou par forceps, avant que ces compétences ne soient utilisées dans la pratique clinique.

Équipement

L'équipement nécessaire à la formation peut être très varié et peut certainement être peu coûteux. Voici quelques exemples d'équipements, d'outils, de modèles, de formateurs ou de mannequins, allant des options peu coûteuses aux options plus coûteuses (et donc plus avancées) : mannequins d'accouchement de base, modèles de formation gynécologique de base modifiés pour le ventouse, Kiwi, forceps, monitoring CTG, prélèvement sanguin fœtal, B-Lynch (caoutchouc mousse), mannequins néonataux/adultes pour la réanimation de base, mannequins d'accouchement avancés, simulateur pour la réparation périnéale, simulateur pour les compétences en césarienne, simulateur pour l'hystérectomie d'urgence/intrapartum, simulateur d'accouchement avancé à taille réelle, etc.

- Simulateur hybride : peut être une combinaison d'un patient (acteur) et d'un simulateur, ou une combinaison de plusieurs simulateurs différents.
- Technologies de jeu : Toutes sortes de simulateurs et de jeux sur ordinateur, ainsi que des plateformes de réalité virtuelle et augmentée, sont disponibles pour la formation médicale.
- Des présentations, vidéos et outils de mise en œuvre, y compris des algorithmes de gestion, y compris la formation en réalité virtuelle.

Tous les services d'obstétrique et de gynécologie sont tenus de fournir des mannequins d'accouchement de base pour la formation technique individuelle et des simulateurs hybrides pour la formation interprofessionnelle en équipe.

- Mannequins d'accouchement de base

Avec l'aimable autorisation de Jette Led Sørensen, Danemark

- Modèles de formation gynécologique de base modifiés pour ventouse, Kiwi, forceps, monitoring CTG, prélèvement sanguin fœtal, B-Lynch (caoutchouc mousse), etc.

Avec l'aimable autorisation de Jette Led Sørensen, Danemark *Avec l'aimable autorisation de Diogo Ayres-de-Campos, Portugal*

- Simulateur d'accouchement avancé à taille réelle

Avec l'aimable autorisation de Diogo Ayres-de-Campos, Portugal

- Simulateur hybride : peut être une combinaison d'un patient (acteur) et d'un simulateur, ou une combinaison de plusieurs simulateurs différents. Il peut s'agir, par exemple, d'un patient (acteur) avec un mannequin d'accouchement entre les jambes, ou d'un mannequin adulte pour la réanimation de base combiné à un mannequin d'accouchement de base.

Hydralab® avec l'aimable autorisation de Ruta Nadisauakiene, Lituanie

Formation en réalité virtuelle, avec l'aimable autorisation de Fionnuala McAuliffe, Irlande

Types de formation par simulation et exemples

<u>Formation aux compétences techniques individuelles</u>

- Niveau de base avec formation aux compétences de base (mannequins d'accouchement de base)
- Niveau complexe de formation aux compétences (mannequins plus avancés)

<u>Formation interprofessionnelle en équipe</u>

- Formation de base en équipe avec simulateur hybride
- Simulation haute fidélité avec simulateur d'accouchement avancé à taille réelle

<u>Simulation en obstétrique (exigences minimales)</u>

- Mannequins d'accouchement de base
- Modèles de formation de base modifiés pour ventouse, Kiwi, forceps, monitoring CTG, prélèvement sanguin fœtal, B-Lynch (caoutchouc mousse), etc.

<u>Formation interprofessionnelle en équipe</u>

- Simulateurs hybrides
- Patients (acteurs)

Avec l'aimable autorisation de Tim Draycott & Cathy Winter, PROMPT, Royaume-Uni

Avec l'aimable autorisation de Jette Led Sørensen, Danemark

Cadres de simulation

Il existe trois types de cadres de simulation, qui présentent tous des avantages et des inconvénients [8] :

- Centre de simulation (simulation hors site) ; loin de l'unité de soins réels.
- Au sein du service (simulation hors site) ; salle(s) de formation spécialement aménagée(s) pour la formation par simulation, loin de l'unité de soins, mais au sein de l'hôpital. Les installations de formation internes peuvent faire partie des services hospitaliers.
- Simulation in situ : mélange de simulation et d'environnements de travail réels, pour une formation dans des conditions de travail réelles. Ces situations peuvent être annoncées (le personnel est informé à l'avance de la simulation) ou inopinées (le personnel n'est pas informé à l'avance).

Pour déterminer le cadre de simulation préféré d'un établissement particulier, il peut être utile de prendre en compte les objectifs généraux de la formation par simulation ainsi que des facteurs locaux spécifiques, tels que la faisabilité.

Compétences obstétricales (programme de base)

Connaissances et compétences médicales générales

- *Diriger une visite de service avec une approche multidisciplinaire, gérer l'admission et la sortie des patients dans le service et la salle d'accouchement, et gérer le transfert vers un autre service*
- *Reconnaître et catégoriser les patients gravement malades, les patients septiques, les patients présentant des complications périnatales et les patients nécessitant une réanimation, et mettre en place une prise en charge adéquate.*

Compétences obstétricales de base

- Accouchement sans complication assisté
- Accouchement vaginal assisté par ventouse
- Accouchement assisté par forceps
- Accouchement par le siège
- Accouchement vaginal assisté d'une grossesse multifœtale
- Prélèvement sanguin fœtal
- Toutes les manœuvres de gestion de la dystocie
- Hémorragie post-partum
- Tamponnement intra-utérin par ballonnet
- Compression chirurgicale de l'utérus atonique
- Suture de B-Lynch

Compétences en réparation périnéale

- Épisiotomie
- Réparation d'un traumatisme génital
- Suture d'une plaie d'épisiotomie
- Suture des déchirures périnéales du 1er/2e/3e degré
- Suture d'une déchirure périnéale du 4e degré

Chirurgie obstétricale avancée

- Césarienne
- Césarienne répétée
- Césarienne chez une patiente présentant un IMC élevé
- Césarienne d'urgence
- Hystérectomie abdominale (au moins en simulation ou par le biais de stratégies d'apprentissage alternatives)
- Retrait manuel et chirurgical du placenta
- Réversion utérine manuelle (au moins en simulation ou par le biais de stratégies d'apprentissage alternatives)
- Évacuation d'un hématome vulvaire

Mannequins néonataux pour la réanimation de base

- Soutenir les premiers soins aux nouveau-nés en bonne santé/prématurés (avec un score d'Apgar faible)
- Réanimer le nouveau-né avec précision dans les 10 minutes suivant l'accouchement

Les auteurs suivants ont contribué à la version 2018 de cette section :
Jette Led Sørensen, Ruta Nadisauskiene, Tim Draycott, Diogo Ayres-de-Campos, Guid Oei, Fedde Scheele, Jessica van der Aa

Références :

1. Sørensen JL, Ostergaard D, LeBlanc V, Ottesen B, Konge L, Dieckmann P, van der Vleuten C, et al. Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. BMC medical education. 2017;17(1):20.
2. Kneebone R, Nestel D, Wetzel C, Black S, Jacklin R, Aggarwal R, Yadollahi F, Wolfe J, Vincent C, Darzi A. The

human face of simulation: patient-focused simulation training. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2006;81(10):919- 24.

3. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. MedEduc. 1986;20(4):356-65.
4. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Curriculum development for medical education. A six step approach. London: The John Hopkins University Press; 2009.
5. McEvoy A, Kane D, Hokey E, Mangina E, Higgins S, McAuliffe FM. Virtual reality training for postpartum uterine balloon insertion - a multi-center randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol MFM. 2024 Jul 15:101429. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101429.
6. Ryan GV, Callaghan S, Rafferty A, Higgins MF, Mangina E, McAuliffe F Learning Outcomes of Immersive Technologies in Health Care Student Education: Systematic Review of the Literature. .J Med Internet Res. 2022 Feb 1;24(2):e30082.
7. Dunlop K, Dillon G, McEvoy A, Kane D, Higgins S, Mangina E, McAuliffe FM. The virtual reality classroom: a randomized control trial of medical student knowledge of postpartum haemorrhage emergency management. Front Med (Lausanne). 2024 Mar 19;11:1371075. doi: 10.3389/fmed.2024.1371075
8. Kane D, Ryan G, Mangina E, McAuliffe FM A randomized control trial of a virtual reality learning environment in obstetric medical student teaching. Int J Med Inform. 2022 Dec;168:104899. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2022.104899
9. Ryan G, Rafferty A, Murphy J, Higgins MF, Mangina E, McAuliffe FM. Virtual reality learning: A randomized controlled trial assessing medical student knowledge of fetal development. Int J Gynaecol Obstet. 2023 Mar 8. doi: 10.1002/ijgo.14684.
10. McEvoy A, Kane D, Hokey E, Mangina E, Higgins S, McAuliffe FM. Virtual reality training for postpartum uterine balloon insertion - a multi-center randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol MFM. 2024 Jul 15:101429. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101429.
11.

Formation aux techniques en échographie

Auteurs : Juriy Wladimiroff, Piotr Sieroszewski, Angelique Goverde

Introduction

L'échographie s'est imposée comme un outil diagnostique important dans la pratique quotidienne de l'obstétrique et de la gynécologie. Il est absolument essentiel que les stagiaires reçoivent une formation structurée et supervisée en échographie, car c'est en fin de compte la compétence de l'échographiste, c'est-à-dire du gynécologue, qui détermine la qualité des images et donc la valeur clinique ajoutée de cette forme d'examen.
Le programme d'études de base et optionnel de la formation postuniversitaire en obstétrique et en gynécologie repose sur la pratique indépendante des compétences en échographie par le gynécologue. Cette section fournit une description concise du programme de formation aux compétences en échographie en termes de

- Connaissances et compétences en échographie que le stagiaire aura acquises à la fin de la formation, conformément au niveau de compétence décrit dans le programme de base de l'EBCOG ;
- Méthodes d'apprentissage de ces compétences ;
- Outils d'évaluation de la qualité de ces compétences.

Les éléments spécifiques ont été extraits du programme de base et regroupés selon leur dénominateur commun ou leur rubrique. Les suggestions en matière de formation et d'évaluation sont tirées des recommandations du Comité d'éducation de l'ISUOG pour la formation de base en échographie obstétricale et gynécologique [1].

Structure générale de la formation en échographie

Un programme en trois étapes est recommandé :

1. Formation théorique : aspects techniques de l'équipement, imagerie et rapports.
2. Formation pratique : sous supervision dans un cadre clinique jusqu'à l'acquisition d'un niveau d'autonomie suffisant.
3. Évaluation des performances du stagiaire : journal de bord ou recueil d'images illustrant la capacité du stagiaire à produire des images de qualité et à reconnaître des pathologies.

Programme de formation en échographie

A. Principes généraux de l'échographie

1. Principes physiques de base de l'échographie, y compris la sécurité ;
2. Transducteur, production d'images, boutons, plans de numérisation (TA et TV), mesures ;
3. Principes de base de l'échographie Doppler et du Doppler artériel ombilical ;
4. Échographie avec infusion (gel ou solution saline) : sécurité et indications ;
5. Documentation des résultats.

Les principes généraux seront appris à l'aide de manuels et/ou de modules d'apprentissage en ligne et seront discutés avec un superviseur dédié.
Les compétences pratiques concernant la manipulation des transducteurs et des appareils d'échographie, ainsi que l'échographie avec perfusion, seront mises en pratique sous la supervision directe d'un échographiste qualifié jusqu'à ce que le stagiaire ait acquis une maîtrise totale.
Évaluation : évaluation des connaissances (examen), observation clinique directe

B. Échographie en gynécologie

Évaluation de l'aspect normal et anormal de l'endomètre, du myomètre et des annexes ; application des critères échographiques pour distinguer les résultats normaux des résultats anormaux (p. ex., RMI [2], IOTA [3]).

Cette partie sera apprise selon un processus par étapes :
1. Orientation à l'aide de manuels et/ou de modules d'apprentissage en ligne
2. Expérience pratique sous supervision directe ; la supervision diminuera à mesure que l'expérience augmentera Évaluation : évaluation basée sur les connaissances (examen), observation clinique directe, portfolio d'au moins 50 cas (variété de pathologies utérines (myomètre et endomètre) et annexes)

C. <u>Échographie de la grossesse</u>

a. Premier trimestre
   1. Évaluation des résultats normaux et anormaux entre 4 et 10 semaines dans les grossesses uniques et gémellaires (y compris les grossesses extra-utérines) ;
   2. Évaluation des résultats normaux et anormaux entre 10 et 14 semaines dans les grossesses uniques et gémellaires (chorionicité) ;
   3. Datation de la grossesse

b. Deuxième trimestre et troisième trimestre
   1. Présentation fœtale
   2. Biométrie fœtale : datation, évaluation de la taille et estimation du poids fœtal
   3. Évaluation du placenta et du volume de liquide amniotique
   4. Distinction entre la taille et les schémas de croissance fœtaux normaux et anormaux, utilisation du flux Doppler de l'artère ombilicale
   5. Évaluation de la longueur du col utérin

Cette partie sera apprise selon un processus par étapes :
1. orientation à l'aide de manuels et/ou de modules d'apprentissage en ligne
2. expérience pratique sous supervision directe ; avec l'expérience, la supervision sera moins nécessaire.
Évaluation : évaluation basée sur les connaissances (examen), observation clinique directe, portfolio d'au moins 50 cas (diversité de cas au premier, deuxième et troisième trimestre).

Références :

1. ISUOG Education Committee recommendations for basic training in obstetric and gynaecological ultrasound. Ultrasound Obstet Gynaecol 2013; DOI 10.1002/uog.13208
2. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J et al A risk of malignacy index incorporating Ca125, ultrasound and menopausal status for the acurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. Br J Obstet Gynaecol 1990;97:922-929
3. Timmerman DV, Bourne TH, Collins WP et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16:500- 505.

Délégation et portfolio

Auteurs : Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Laura Spinnewijn

Introduction

Cette section décrit les moyens mis en œuvre dans le Programme paneuropéen de formation postuniversitaire en obstétrique et en gynécologie pour évaluer les progrès des stagiaires en matière de compétences. Le programme comprend 10 thèmes qui englobent diverses activités professionnelles. Une fois qu'un stagiaire a atteint la pleine compétence dans l'exercice d'une activité professionnelle spécifique, c'est-à-dire au niveau de la pratique indépendante, il se voit confier cette activité professionnelle spécifique et, à terme, l'ensemble du thème. En fonction des réglementations et lois locales, la délégation signifie que le stagiaire est déclaré compétent et autorisé à exercer l'activité professionnelle concernée sans supervision. Lorsqu'ils suivent une formation conformément à des décisions de délégation, les stagiaires doivent toujours être conscients de la possibilité de demander une supervision, même si la délégation pour la pratique indépendante a été accordée pour une activité spécifique. Cela exige une pratique réflexive de la part du stagiaire. Dans les situations à haut risque, le stagiaire est tenu de reconnaître ce risque et de demander une supervision si la sécurité du patient est en jeu. Dans certains pays, l'exercice indépendant est limité par la loi, de sorte que l'exécution de la délégation peut être adaptée à la législation locale ou régionale.
Au fil des ans, le stagiaire accumulera des délégations pour les différentes activités professionnelles ; la délégation n'est donc pas limitée au dernier jour de la formation. Le programme concret de délégation sera déterminé et adapté à l'infrastructure locale ou régionale.
Comme décrit ci-dessous, la délégation ne se limite pas à une simple évaluation et elle est documentée dans le dossier personnel du stagiaire. Ce document décrit les étapes à suivre dans le cadre de la formation afin d'aboutir à la délégation. Il fournit des lignes directrices pour l'évaluation du dossier et les décisions de délégation, y compris des outils d'évaluation.

Délégation d'activités professionnelles

Une activité professionnelle comprend toutes les tâches et tous les aspects nécessaires à l'exécution d'une telle activité dans le cadre des soins aux patients. Par exemple, l'activité professionnelle « césarienne » implique non seulement la compétence technique nécessaire pour pratiquer l'intervention chirurgicale, mais aussi d'autres compétences telles que le processus décisionnel avant l'opération, la communication avec le patient, le travail d'équipe dans la salle d'opération et les soins postopératoires. La délégation d'une activité professionnelle à un stagiaire signifie que celui-ci est considéré comme compétent dans tous les aspects de l'activité professionnelle, de sorte qu'il peut exercer cette activité de manière autonome. La délégation peut concerner un domaine de pratique restreint, comme la césarienne, ou un domaine plus large, comme les « soins intrapartum et postpartum » dans le cadre des soins maternels.

Le processus d'apprentissage d'un stagiaire, qui vise à atteindre le niveau d'une pratique autonome, repose sur une participation active à la prestation des soins, la fourniture de commentaires formatifs par les superviseurs cliniques et une réflexion sur les progrès réalisés par le stagiaire. Au fil du temps, ces activités cliniques permettront d'améliorer les compétences, et la supervision sera adaptée en conséquence. Au début de la formation, la supervision sera stricte et les superviseurs cliniques devront être présents pendant que le stagiaire effectue une activité spécifique afin de lui expliquer le processus ou d'intervenir si besoin. Au fur et à mesure que le stagiaire acquiert de l'expérience et des compétences, la supervision évoluera vers un rôle plus orienté vers l'accompagnement et le soutien, avec une diminution des interventions. Cela permet au stagiaire d'acquérir un plus grand degré d'autonomie. Lorsque le stagiaire a obtenu les compétences requises, l'activité peut lui être

déléguée et la supervision peut se faire de manière indirecte (sans être présent dans la même pièce) et à la discrétion du superviseur. Une fois que les superviseurs cliniques, informés à la fois par le portfolio et par leur propre jugement, sont convaincus que le stagiaire peut exercer l'activité sans l'intervention d'un superviseur, le stagiaire se voit confier la ***délégation*** pour cette activité spécifique selon le processus décrit ci-dessous. La stratégie de délégation est basée sur la littérature internationale [1-4].
Le développement des compétences passe par cinq niveaux : de l'observation par le stagiaire du superviseur effectuant l'activité (niveau 1) à l'exécution de l'activité de manière totalement indépendante par le stagiaire (*« le superviseur n'a pas besoin d'être présent »*). Ceci est illustré dans le tableau 1.

Tableau 1 : Cinq niveaux de compétence pour obtenir la délégation d'une activité.

Niveaux de compétence :	1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe	2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire	3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle	4 Le superviseur peut être présent au cas où	5 Le superviseur n'a pas besoin d'être présent
Stagiaire :	→ Développement des compétences du stagiaire				**Délégation** (à obtenir après décision formelle)

Portfolio

Dans le portfolio, le stagiaire consigne toutes les activités et perspectives liées à son développement afin d'étayer sa demande d'un niveau de compétence supérieur et, finalement, de délégation. Pour les décisions relatives au niveau de compétence et à l'obtention de la délégation, les données sont collectées auprès de trois sources (délégation à trois sources) :

A) Expériences d'apprentissage : décrivant les acquis d'apprentissage du stagiaire
- Journal de bord résumant l'expérience clinique, y compris diagnostics et traitements spécifiques.
- Cours ; par exemple, cours de formation aux techniques laparoscopiques, cours de gestion, etc.
- Expérience universitaire, travaux scientifiques, présentations, articles scientifiques évalués par des pairs.
- Plan de développement personnel, avec des mises à jour régulières sur les progrès réalisés dans la formation, des rapports de réflexion et des comptes rendus des discussions avec le tuteur.

B) Évaluation en vue de la délégation : *décrivant les résultats de l'évaluation du stagiaire*
- Commentaires structurés des superviseurs, des collègues et des patients ; p. ex., évaluation à 360 degrés (voir annexe 1)
- Évaluations sur le lieu de travail ; p. ex., mini-CEX, OSATS[1] Voir l'annexe 1 pour des exemples d'outils d'évaluation formelle sur le lieu de travail clinique.
- Évaluations des connaissances et des compétences ; p. ex., résultats d'examens

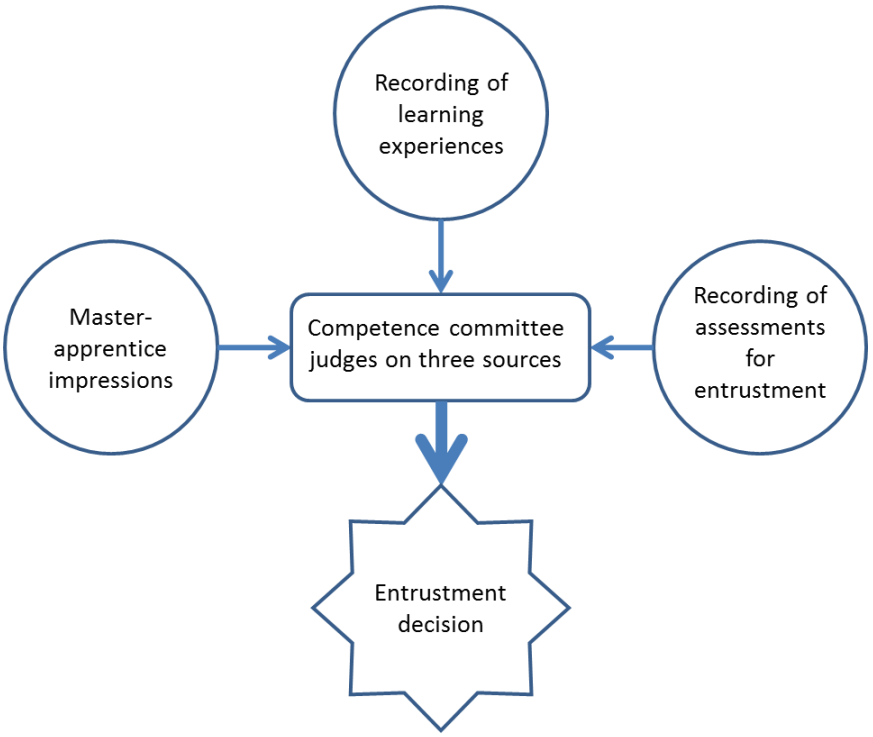
C) Le comité de compétence ajoute ses impressions professionnelles : *décrivant l'image « maître-apprenti »*
- Compte rendu succinct de la réunion du comité de compétence décrivant les impressions professionnelles, qui est ajouté au portfolio.

Processus de délégation et décision

Dans le cadre de la formalisation de la délégation, le stagiaire doit jouer un rôle actif dans la prise de décision. Toutefois, la décision finale concernant la délégation d'une activité appartient au comité de compétence. Le comité de compétence doit être préférablement composé d'au moins deux membres qui connaissent bien les performances du stagiaire et d'au moins 2 autres membres du corps enseignant clinique.

Tous les 3 à 6 mois, le stagiaire doit rédiger une demande claire et concise à l'intention du comité de compétence, dans laquelle il suggère de passer à un niveau de compétence supérieur pour une activité particulière. La demande doit être étayée par des informations figurant dans le portfolio. Sur la base des trois sources d'information, le comité de compétence détermine le niveau de compétence et donc le degré de supervision requis pour les activités professionnelles spécifiées dans la demande. Ce processus peut être particulièrement important lors du passage du niveau de compétence 3 au niveau 4, ainsi que lors du passage du niveau 4 au niveau 5 (décision de délégation). Pour les
transitions aux niveaux inférieurs, le comité de compétence peut déléguer la décision aux superviseurs cliniques afin d'éviter des procédures administratives excessives.

Figure 1 : Triple source de délégation



Ce processus peut avoir deux résultats possibles :

1. Si le comité de compétence est indécis quant au niveau de compétence atteint, des informations supplémentaires sur les performances du stagiaire sont recueillies et la décision est reportée.
2. Si le comité de compétence est parvenu à un accord sur le niveau de compétence, la décision est brièvement motivée par écrit (à consigner dans le portfolio) et l'activité est validée.

Une fois que le stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé, le comité de compétence lui accorde la délégation pour cette activité professionnelle particulière.

Dans certaines juridictions, il est légalement impossible pour un stagiaire d'exercer une activité clinique sans supervision. Dans ces cas précis, lorsque le comité de compétence estime que le stagiaire est compétent pour exercer de manière indépendante mais n'est pas autorisé à le faire pour des raisons formelles,ce dernier peut se voir accorder une délégation sur papier, à condition que cette délégation soit effective à la fin de la formation.

Les décisions du comité de compétence en matière de compétence et de délégation sont consignées dans le

portfolio, afin que le stagiaire, le corps enseignant clinique et le comité de compétence puissent vérifier à tout moment le niveau de compétence atteint et si la délégation a été accordée.

L'image de l'évaluation

Il est essentiel de souligner que l'évaluation en vue de la délégation n'est qu'une des sources sur lesquelles se fonde la décision de délégation.
En ce qui concerne l'évaluation en vue de la délégation, il convient de considérer que :

- Le processus d'évaluation de la délégation peut être envisagé comme une image composée d'un certain nombre de pixels. Plus le nombre d'évaluations est élevé, plus l'image d'évaluation comporte de pixels.
- La diversité des outils d'évaluation (voir l'annexe 1 pour des exemples) crée une diversité dans la palette de couleurs de l'image d'évaluation et, par conséquent, une image plus claire.
- Réaliser de nombreuses évaluations pour la délégation nécessite un investissement important en temps, en efforts et en ressources financières. L'évaluation en vue de la délégation doit être utile et les ressources consacrées à l'évaluation doivent être utilisées de manière économique. Ce n'est qu'en cas de nécessité, p. ex. en cas de doute sur les performances du stagiaire, que le nombre d'évaluations en vue de la délégation peut être augmenté afin d'obtenir une image plus détaillée des performances du stagiaire (évaluation séquentielle).
- Tout au long de la formation, l'évaluation peut passer d'une évaluation davantage axée sur les connaissances à une évaluation davantage axée sur les compétences dans le cadre clinique, avec des observations sur le lieu de travail, à mesure que l'autonomie dans la pratique augmente.

L'évaluation et les commentaires peuvent être utilisés à des fins de délégation, mais aussi d'apprentissage. En ce qui concerne l'évaluation et les commentaires à des fins d'apprentissage, il convient de considérer que :
Dans le processus d'apprentissage, il est nécessaire que le personnel enseignant clinique dispose d'informations sur le niveau de performance professionnelle du stagiaire afin de lui fournir des commentaires optimaux et de l'accompagner dans l'amélioration de ses compétences. Le stagiaire percevra les commentaires liés à l'apprentissage différemment de l'évaluation en vue de la délégation, car il s'agit d'un enjeu moindre. L'évaluation et les commentaires liés à l'apprentissage sont extrêmement importants pour un apprentissage et un tutorat optimaux entre le maître et l'apprenti. Il est donc recommandé de créer un environnement d'apprentissage aussi sûr que possible et de ne pas consigner dans le portfolio les évaluations et les commentaires à faible enjeu destinés à l'apprentissage. Le portfolio est destiné à contenir des informations à fort enjeu pour la délégation.
L'évaluation et les commentaires à faible enjeu pour l'apprentissage doivent être séparés de l'évaluation à fort enjeu pour la délégation, car si les deux sont combinés, les stagiaires peuvent percevoir l'évaluation et les commentaires liés à l'apprentissage comme étant à fort enjeu (un obstacle à surmonter plutôt qu'un élément dont ils peuvent tirer des enseignements).

Figure 2 : Évaluation pour la délégation et évaluation pour l'apprentissage

Assessment for entrustment

- Recorded in portfolio
- Adds to entrustment decision
- Consider frequency of assessment; too high versus too low for clear assessment image

Assessment for learning

- Not recorded in portfolio
- Focuses on trainee's development
- Aimed at supporting the learning process
- Frequency is tailored to the needs of the trainee

Détermination du calendrier de formation et des progrès du stagiaire

Chaque établissement de formation peut déterminer les objectifs de délégation de ses stagiaires au fil du temps dans un calendrier de formation (voir l'exemple du tableau 2). Le stagiaire et le comité de compétence doivent évaluer régulièrement les progrès du stagiaire au fil du temps, dans le but de respecter le calendrier. Dans le tableau, X indique l'année au cours de laquelle la délégation complète de l'activité professionnelle doit être accordée.

Tableau 2 : Exemple de calendrier de formation pour les délégations au fil du temps.

EPA imbriquées au sein d'un même thème (EPA globale)	**Année 1**	**Année 2**	**Année 3**	**Année 4**
Traiter les contractions prématurées et induire la maturation pulmonaire	x			
Assister un accouchement prématuré	x			
Assister un accouchement sans complication	x			
Gérer un accouchement avec antécédents médicaux de césarienne ou de douleurs périnatales	x			
Assister à un accouchement par le siège, au moins en simulation			x	
Assister à un accouchement vaginal dans le cas d'une grossesse multifœtale			x	
Toutes les manœuvres de gestion de la dystocie, y compris la dystocie des épaules		x		
Effectuer un accouchement vaginal assisté par ventouse		x		
Effectuer un accouchement assisté par forceps, au moins en simulation		x		
Effectuer une césarienne de convenance		x		
Effectuer une césarienne d'urgence		x		
Effectuer une césarienne répétée ou une césarienne chez une patiente présentant un IMC élevé			x	
Effectuer un retrait manuel du placenta			x	

Diplôme

Une fois que tous les EPA ont été signés et que la formation est terminée, le portfolio bien documenté peut être présenté au Comité standard pour la formation et l'évaluation (SCTA) de l'EBCOG afin d'obtenir un diplôme délivré par l'EBCOG. Le diplôme attestera que le gynécologue a été formé et habilité conformément aux normes européennes et sera signé par le président du SCTA et le président de l'EBCOG.

Références :

1. Viewpoint: Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Clinical Practice? O ten Cate, F Scheele. Academic Medicine 2007:82 (6), 542-547
2. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. CPM Van der Vleuten, LWT Schuwirth, F Scheele, EW Driessen, B Hodges. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2010:24 (6), 703-719
3. Billett, S. (2010). Learning through practice: models, traditions, orientations and approaches [Electronic version]. In S. Billett (Ed.), *Professional and practice-based learning* (pp. 1–20). Dordrecht: Springer. Retrieved December 20, 2013
4. Managing risks and benefits: key issues in entrustment decisions. Ten Cate O. Med Educ. 2017 Sep; 51(9):879-881.
5. From aggregation to interpretation: how assessors judge complex data in a competency-based portfolio. Oudkerk Pool A, Govaerts MJB, Jaarsma DADC, Driessen EW. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2017 Oct 14. doi: 10.1007/s10459-017-9793-y. [Epub ahead of print]
6. Do portfolios have a future? Driessen E. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2017 Mar;22(1):221-228.
7. Assessment of competence and progressive independence in postgraduate clinical training. MGK Dijksterhuis, M Voorhuis, PW Teunissen, LWT Schuwirth, OTJ Ten Cate, DDM Braat, F Scheele. Medical education 2009:43 (12), 1156-1165

Annexe 1 : exemples d'outils d'évaluation formelle dans le milieu clinique

Les formulaires d'évaluation présentés sont des suggestions, d'autres formulaires comportant des éléments comparables peuvent également convenir.

1. Formulaire d'observation directe en milieu clinique

2. Formulaire de commentaires multisource / observation à 360 degrés

3. Formulaire OSAT

4. Mini-CEX

Observation directe dans le cadre de la pratique clinique

Nom du stagiaire :
Nom du superviseur :

Activité professionnelle :

Date :
Signature du superviseur :
Signature du stagiaire :

Le stagiaire a démontré son expertise médicale de la manière suivante :

1	***2***	***3***	***4***	***5***
Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe	***Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***Le superviseur peut être présent au cas où***	***Le superviseur n'a pas besoin d'être présent***

Points forts :	
Points à améliorer :	

Il suffit de se concentrer sur un ou deux éléments par observation

Soins centrés sur le patient

Les résultats | ***n'ont pas répondu aux*** | ***ont répondu aux*** | ***ont dépassé les*** | attentes

Points forts :	
Points à améliorer :	

Travail d'équipe

Les résultats | ***n'ont pas répondu aux*** | ***ont répondu aux*** | ***ont dépassé les*** | attentes

Points forts :	
Points à améliorer :	

Pratique basée sur le système

Les résultats

n'ont pas répondu aux	***ont répondu aux***	***ont dépassé les***	attentes

Points forts :	
Points à améliorer :	

Développement personnel et professionnel

Les résultats

n'ont pas répondu aux	***ont répondu aux***	***ont dépassé les***	attentes

Points forts :	
Points à améliorer :	

Référence aux « Compétences générales et compétences non techniques » du programme pour un commentaire spécifique :

Soins centrés sur le patient

- Considérer le patient dans une perspective holistique, respecter la diversité et prodiguer des soins individualisés
- Communiquer avec respect et empathie, écouter activement pour favoriser la confiance mutuelle
- Assurer l'autonomisation du patient et son consentement éclairé en facilitant l'équilibre entre les recommandations basées sur des preuves et les préférences du patient dans le cadre du processus décisionnel partagé
- Faire preuve de leadership pour assurer la sécurité et la continuité des soins aux patients
- Travailler conformément aux normes éthiques et aux droits humains universels des femmes

Travail d'équipe

- Collaborer de manière respectueuse avec d'autres professionnels, tels que les infirmières et les sages-femmes et contribuer à un environnement de travail sûr et constructif
- Faciliter la prise de décision interprofessionnelle partagée, en reconnaissant et en s'appuyant sur l'expertise des autres
- Se concentrer sur les performances de l'équipe tout en respectant les normes de soins et les aspects juridiques
- Faire preuve de leadership, en particulier dans les situations critiques

Pratique basée sur le système

- Comprendre et travailler efficacement au sein de l'organisation des soins de santé, y compris son système juridique
- Comprendre et s'adapter à la diversité, au développement et à l'innovation
- Travailler selon les directives et aux normes de soins et appliquer les systèmes de sécurité des patients
- Équilibrer les résultats liés aux patients et les coûts
- Effectuer le tri et hiérarchiser les tâches en tenant compte des ressources disponibles
- Assurer la confidentialité et le confort des patients dans le cadre des soins, du milieu des soins et du contexte

Développement personnel et professionnel

- Être un apprenant tout au long de la vie et un bon modèle
- Équilibrer travail et vie privée
- Reconnaître ses compétences et ses limites personnelles
- Demander et accepter des commentaires, y réfléchir et les utiliser pour s'améliorer
- Améliorer continuellement son écoute empathique ainsi que sa communication efficace et claire
- Contribuer au progrès des soins de santé par la recherche, l'éducation et la facilitation de la mise en place de l'innovation

**Comme décrit dans la section « Compétences générales et compétences non techniques » du programme*

Observation à 360 degrés (commentaires multisource)

Sous la supervision du comité de compétence, recueillir au moins 10 formulaires auprès du personnel médical, des sages-femmes, des infirmières et du personnel administratif et intégrer les informations.

Nom du stagiaire : **Date :**
Nom du superviseur : **Signature du superviseur :**
Activité professionnelle : **Signature du stagiaire :**

Veuillez donner votre avis sur ce stagiaire. Ne pas répondre à une question si vous ne connaissez pas la réponse. Ne pas hésiter à ajouter des explications.

Le stagiaire fait preuve d'une expertise médicale :

Les résultats | ***n'ont pas répondu aux*** | ***ont répondu aux*** | ***ont dépassé les*** | attentes

Points forts :	
Points à améliorer :	

Les résultats du stagiaire en matière de « soins centrés sur le patient » ont été constatés

Les résultats | ***n'ont pas répondu aux*** | ***ont répondu aux*** | ***ont dépassé les*** | attentes

Points forts :	
Points à améliorer :	

Le « travail d'équipe » de ce stagiaire a été constaté

Les résultats | ***n'ont pas répondu aux*** | ***ont répondu aux*** | ***ont dépassé les*** | attentes

Points forts :	
Points à améliorer :	

La « pratique basée sur les systèmes » du stagiaire a été constatée

Les résultats | ***n'ont pas répondu aux*** | ***ont répondu aux*** | ***ont dépassé les*** | attentes

Points forts :	
Points à améliorer :	

Le « développement personnel et professionnel » de ce stagiaire a été constaté

Les résultats | ***n'ont pas répondu aux*** | ***ont répondu aux*** | ***ont dépassé les*** | attentes

Points forts :	
Points à améliorer :	

Référence aux « Compétences générales et compétences non techniques » du programme pour un commentaire spécifique :

Soins centrés sur le patient

- Considérer le patient dans une perspective holistique, respecter la diversité et prodiguer des soins individualisés
- Communiquer avec respect et empathie, écouter activement pour favoriser la confiance mutuelle
- Assurer l'autonomisation du patient et son consentement éclairé en facilitant l'équilibre entre les recommandations basées sur des preuves et les préférences du patient dans le cadre du processus décisionnel partagé
- Faire preuve de leadership pour assurer la sécurité et la continuité des soins aux patients
- Travailler conformément aux normes éthiques et aux droits humains

universels des femmes Travail d'équipe

- Collaborer de manière respectueuse avec d'autres professionnels, tels que les infirmières et les sages-femmes et contribuer à un environnement de travail sûr et constructif
- Faciliter la prise de décision interprofessionnelle partagée, en reconnaissant et en s'appuyant sur l'expertise des autres
- Se concentrer sur les performances de l'équipe tout en respectant les normes de soins et les aspects juridiques
- Faire preuve de leadership, en particulier dans les

situations critiques Pratique basée sur le système

- Comprendre et travailler efficacement au sein de l'organisation des soins de santé, y compris son système juridique
- Comprendre et s'adapter à la diversité, au développement et à l'innovation
- Travailler selon les directives et aux normes de soins et appliquer les systèmes de sécurité des patients
- Équilibrer les résultats liés aux patients et les coûts
- Effectuer le tri et hiérarchiser les tâches en tenant compte des ressources disponibles
- Assurer la confidentialité et le confort des patients dans le cadre des

soins, du milieu des soins et du contexte Développement personnel et professionnel

- Être un apprenant tout au long de la vie et un bon modèle
- Équilibrer travail et vie privée
- Reconnaître ses compétences et ses limites personnelles
- Demander et accepter des commentaires, y réfléchir et les utiliser pour s'améliorer
- Améliorer continuellement son écoute empathique ainsi que sa communication efficace et claire
- Contribuer au progrès des soins de santé par la recherche, l'éducation et la facilitation de la mise en place de l'innovation

OSAT de la procédure chirurgicale

Nom du stagiaire : **Date :**
Nom du superviseur : **Signature du superviseur :**
Activité professionnelle : **Signature du stagiaire :**

Évaluation objective et structurée des compétences techniques (OSATS) : échelle d'évaluation globale des performances chirurgicales[1]

Veuillez entourer le chiffre qui correspond aux résultats du stagiaire dans chaque catégorie, quel que soit son niveau de formation

	1	2	3	4	5
Respect des tissus	Utilisation fréquente d'une force inutile sur les tissus ou dommages causés par une utilisation inappropriée des instruments		Manipulation soigneuse des tissus, mais dommages accidentels occasionnels		Manipulation systématiquement appropriée des tissus, avec un minimum de dommages
	1	2	3	4	5
Temps et mouvements	Nombreux mouvements inutiles		Utilisation efficace du temps/des mouvements, mais quelques mouvements inutiles		Économie évidente des mouvements et efficacité maximale
	1	2	3	4	5
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments		Utilisation compétente des instruments, mais parfois raideur ou maladresse apparente		Connaissance évidente des instruments
	1	2	3	4	5
Déroulement de l'opération	Arrêt fréquent de la procédure et incertitude quant à la suite		A démontré une certaine capacité à planifier à l'avance avec une progression raisonnable de la procédure		Déroulement de la procédure manifestement planifié et passage sans effort d'un mouvement à l'autre
	1	2	3	4	5
Utilisation des assistants	Placement systématiquement inadéquat des assistants ou absence d'utilisation des assistants		Utilisation appropriée des assistants la plupart du temps		Utilisation stratégique des assistants à tout moment pour en tirer le meilleur parti
	1	2	3	4	5
Connaissance de la procédure spécifique	Connaissances insuffisantes. A eu besoin d'instructions spécifiques lors de la plupart des étapes		Connaissait toutes les étapes importantes de la procédure		A démontré sa connaissance de tous les aspects de l'opération

Les résultats

n'ont pas répondu aux	***ont répondu aux***	***ont dépassé les***

attentes

Points forts :	

Points à améliorer :	

[1] adapted from Hiemstra et al. J Can Chir 201

Mini-exercice d'évaluation clinique d'une consultation avec un patient (mini-CEX)

Nom du stagiaire :
Nom du superviseur :

Activité professionnelle :

Date :
Signature du superviseur :
Signature du stagiaire :

Le mini-CEX rend compte d'un exercice d'évaluation clinique, dans lequel le superviseur observe le stagiaire dans une situation de contact direct avec un patient. Le superviseur donne son avis sur l'interaction du stagiaire avec le patient, évalue globalement le fonctionnement du stagiaire dans plusieurs domaines (un sous-ensemble de domaines peut être choisi) et décrit les ajustements nécessaires à une exécution appropriée de la tâche.
Les commentaires ne portent que sur les domaines suivis. Le superviseur et le stagiaire discutent au préalable des domaines sur lesquels les commentaires seront fournis dans cette situation particulière.

Anamnèse/entretien médical

Les résultats	***n'ont pas répondu aux***	***ont répondu aux***	***ont dépassé les***	attentes

Prêter attention aux compétences générales et aux compétences non techniques :*

- *Considérer le patient dans une perspective holistique, respecter la diversité et prodiguer des soins individualisés.*
- *Communiquer avec respect et empathie, écouter activement tout en favorisant la confiance mutuelle.*

Points forts :	
Points à améliorer :	

Examen physique

Les résultats	***n'ont pas répondu aux***	***ont répondu aux***	***ont dépassé les***	attentes

Prêter attention aux compétences générales et aux compétences non techniques :*

- *Communiquer avec respect et empathie*
- *Veiller à la confidentialité et au confort du patient lors de la prestation des soins, en tenant compte du prestataire de soins, du cadre des soins et du contexte.*

Points forts :	
Points à améliorer :	

Prise de décision éclairée/conseil

Les résultats	***n'ont pas répondu aux***	***ont répondu aux***	***ont dépassé les***	attentes

Prêter attention aux compétences générales et aux compétences non techniques :*

- *Communiquer avec respect et empathie, écouter activement tout en favorisant la confiance mutuelle.*
- *Assurer l'autonomisation du patient et son consentement éclairé en facilitant l'équilibre entre les recommandations basées sur des preuves et les préférences du patient dans le cadre du processus décisionnel partagé.*

Points forts :	
Points à améliorer :	

Jugement/raisonnement clinique

Les résultats

n'ont pas répondu aux	***ont répondu aux***	***ont dépassé les***

attentes

Prêter attention aux compétences générales et aux compétences non techniques :*

- *Considérer le patient dans une perspective holistique, respecter la diversité et prodiguer des soins individualisés.*
- *Faciliter la prise de décision interprofessionnelle partagée, en reconnaissant et en s'appuyant sur l'expertise des autres.*
- *Travailler selon les directives et aux normes de soins et appliquer les systèmes de sécurité des patients.*

Points forts :	
Points à améliorer :	

Professionnalisme

Les résultats

n'ont pas répondu aux	***ont répondu aux***	***ont dépassé les***

attentes

Prêter attention aux compétences générales et aux compétences non techniques :*

- *Faire preuve de leadership pour assurer la sécurité et la continuité des soins aux patients, y compris dans les situations critiques.*
- *Travailler conformément aux normes éthiques et aux droits humains universels des femmes.*
- *Veiller à la confidentialité et au confort du patient lors de la prestation des soins, en tenant compte du prestataire de soins, du cadre des soins et du contexte.*
- *Reconnaître ses compétences et ses limites personnelles*
- *Équilibrer les résultats liés aux patients et les coûts.*

Points forts :	
Points à améliorer :	

Organisation / efficacité

Les résultats

n'ont pas répondu aux	***ont répondu aux***	***ont dépassé les***

attentes

Prêter attention aux compétences générales et aux compétences non techniques :*

- *Collaborer de manière respectueuse avec d'autres professionnels, tels que les infirmières et les sages-femmes et contribuer à un environnement de travail sûr et constructif.*
- *Effectuer le tri et hiérarchiser les tâches en tenant compte des ressources disponibles.*

Points forts :	
Points à améliorer :	

**Comme décrit dans la section « Compétences générales et compétences non techniques » du programme*

Annexe 2 : exemple de portfolio

Le portfolio sert principalement à consigner le processus de délégation des activités professionnelles pour chaque stagiaire. Il permet de rendre compte des acquis du stagiaire, tant à l'institution qui dispense la formation qu'à d'autres institutions, éventuellement dans d'autres pays, qui pourraient envisager d'embaucher le stagiaire ultérieurement. Le portfolio doit donc être un document reconnu à l'échelle internationale.

Décisions de délégation dans le portfolio

Si le portfolio est constitué par le stagiaire, les décisions de délégation sont prises par le comité de compétence. Pour chaque Délégation d'une activité professionnelle (EPA), le portfolio doit refléter les trois sources qui ont conduit à la décision de délégation :

A. Expériences d'apprentissage
B. Évaluation en vue de la délégation
C. Impressions professionnelles du comité de compétence

Ces trois sources sont expliquées plus en détail dans la section Délégation du programme EBCOG-PACT.

Thèmes

Le programme de base comprend dix thèmes. Chaque thème représente une EPA globale et comprend plusieurs activités professionnelles plus petites, appelées « EPA imbriquées ».

1. Connaissances et compétences médicales générales
2. Soins prénataux
3. Soins intrapartum et postpartum
4. Gynécologie bénigne
5. Médecine reproductive
6. Urogynécologie
7. Prémalignité et oncologie gynécologique
8. Gynécologie pédiatrique et adolescente
9. Santé sexuelle et contraception
10. Maladies du sein

Pour chaque thème, les changements dans les trois sources doivent être consignés dans le portfolio, ainsi que les changements dans les niveaux de compétence. Le portfolio appartient au stagiaire, qui doit le tenir à jour. Cependant, le comité de compétence peut suivre les progrès de chaque stagiaire dans le cadre d'un calendrier de formation spécifique. Le directeur du programme et le corps enseignant clinique sont chargés de faciliter au mieux les possibilités de formation, les évaluations, les discussions et l'évaluation du plan de développement personnel, et enfin les décisions relatives à la délégation.

Comment obtenir une délégation sur la base du portfolio :

1. Le stagiaire demande la délégation d'une activité spécifique et prépare le portfolio.
2. La demande du stagiaire est examinée par le comité de compétence
3. a. Si le comité de compétence est indécis quant au niveau de compétence atteint, des informations supplémentaires sur les performances du stagiaire sont recueillies et la décision est reportée.
   b. Si le comité de compétence est parvenu à un accord, la décision est brièvement motivée par écrit (à consigner dans le portfolio) et l'activité est validée.

s pages suivantes présentent un exemple de portfolio décrivant les trois sources de formation par thème (donc EPA). L'exemple est conforme aux exigences minimales pour un portfolio ; les portfolios réels peuvent être complétés en fonction des besoins ou circonstances locales.

Connaissances et compétences médicales générales – exemple de portfolio

A. Expériences d'apprentissage

- Services hospitaliers
- Cliniques externes
- Cours
- Simulations, p. ex. pour les compétences en communication
- Réflexion sur les progrès de la formation
- Plan de développement personnel

B. Évaluation en vue de la délégation

- Tests de connaissances : Examen européen (ou examen national)
- Examen de simulation
- Observation directe dans le cadre de la pratique
- Commentaires multisource
- OSATS

C. Comité de compétence

- Le comité de compétence inclut les impressions maître-apprenti sur le stagiaire dans le processus de décision de délégation.
- Le comité de compétence détermine le niveau de compétence atteint par le stagiaire.
- Le comité de compétence détermine si les progrès du stagiaire sont conformes aux attentes, par rapport au programme de formation (voir tableau 2).
- Le comité de compétence rédige une brève réponse à la demande de délégation du stagiaire, accompagnée de la réflexion de ce dernier, qui est consignée dans le portfolio du stagiaire.
- Lorsqu'un stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé pour toutes les EPA imbriquées dans une EPA thématique, le comité de compétence peut accorder la délégation pour l'ensemble de l'EPA thématique.

Étape dans la réalisation de l'EPA :	En cours	En cours	En cours	Réalisée	Réalisée
Niveau de compétence : **Activité (programme de base)**	***1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe***	***2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***4 Le superviseur peut être présent au cas où***	***5 Le supervise ur n'a pas besoin d'être présent***
Réaliser l'anamnèse et l'examen physique					
Prescrire les examens complémentaires appropriés					
Diriger une visite de service					
Réaliser les interventions thérapeutiques de base					
Effectuer la prise en charge de la douleur					
Reconnaître et catégoriser les patients en phase aiguë					
Communiquer de manière appropriée et recourir à la prise de décision partagée et au consentement éclairé					
Documenter les données du patient de manière appropriée					
Gérer les soins périopératoires de base					
Démontrer une compréhension de la sexologie					
Démontrer une compréhension des aspects biopsychosociaux de l'obstétrique et de la gynécologie					

Démontrer une compréhension des femmes âgées fragiles présentant de multiples comorbidités et une polypharmacie					

Signer l'EPA

Nom	
Hôpital	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse de courriel	
Signature	

Soins prénataux – exemple de portfolio

A. Expériences d'apprentissage
- Services hospitaliers
- Cliniques externes
- Cours
- Simulations, p. ex. pour les compétences en communication
- Réflexion sur les progrès de la formation
- Plan de développement personnel

B. Évaluation en vue de la délégation
- Tests de connaissances : Examen européen (ou examen national)
- Examen de simulation
- Observation directe dans le cadre de la pratique
- Commentaires multisource
- OSATS

C. Comité de compétence
- Le comité de compétence inclut les impressions maître-apprenti sur le stagiaire dans le processus de décision de délégation.
- Le comité de compétence détermine le niveau de compétence atteint par le stagiaire.
- Le comité de compétence détermine si les progrès du stagiaire sont conformes aux attentes, par rapport au programme de formation (voir tableau 2).
- Le comité de compétence rédige une brève réponse à la demande de délégation du stagiaire, accompagnée de la réflexion de ce dernier, qui est consignée dans le portfolio du stagiaire.
- Lorsqu'un stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé pour toutes les EPA imbriquées dans une EPA thématique, le comité de compétence peut accorder la délégation pour l'ensemble de l'EPA thématique.

Étape dans la réalisation de l'EPA :	En cours	En cours	En cours	Réalisée	Réalisée
Niveau de compétence : **Activité (programme de base)**	***1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe***	***2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***4 Le superviseur peut être présent au cas où***	***5 Le supervise ur n'a pas besoin d'être présent***
Réaliser une échographie vaginale pour déterminer la viabilité embryonnaire/fœtale, l'âge et la localisation de la grossesse					
Réaliser une échographie vaginale pour déterminer s'il s'agit d'une grossesse monofœtale ou multifœtale et la chorionicité					
Réaliser une échographie vaginale pour mesurer la longueur du col de l'utérus					
Réaliser une échographie pour diagnostiquer une présentation anormale					
Réaliser une biométrie fœtale et mesurer le liquide amniotique					
Réaliser un examen Doppler de l'artère ombilicale					
Fournir des informations et des conseils concernant le diagnostic et ses implications sur les problèmes les plus importants liés à la grossesse					
Traiter la plupart des complications du début de la grossesse					

Traiter la plupart des complications du milieu et de la fin de la grossesse					

Signer l'EPA

Nom	
Hôpital	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse de courriel	
Signature	

Soins intrapartum et postpartum – exemple de portfolio

A. Expériences d'apprentissage
- Services hospitaliers
- Cliniques externes
- Cours
- Simulations, p. ex. pour les compétences en communication
- Réflexion sur les progrès de la formation
- Plan de développement personnel

B. Évaluation en vue de la délégation
- Tests de connaissances : Examen européen (ou examen national)
- Examen de simulation
- Observation directe dans le cadre de la pratique
- Commentaires multisource
- OSATS

C. Comité de compétence
- Le comité de compétence inclut les impressions maître-apprenti sur le stagiaire dans le processus de décision de délégation.
- Le comité de compétence détermine le niveau de compétence atteint par le stagiaire.
- Le comité de compétence détermine si les progrès du stagiaire sont conformes aux attentes, par rapport au programme de formation (voir tableau 2).
- Le comité de compétence rédige une brève réponse à la demande de délégation du stagiaire, accompagnée de la réflexion de ce dernier, qui est consignée dans le portfolio du stagiaire.
- Lorsqu'un stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé pour toutes les EPA imbriquées dans une EPA thématique, le comité de compétence peut accorder la délégation pour l'ensemble de l'EPA thématique.

Étape dans la réalisation de l'EPA :	En cours	En cours	En cours	Réalisée	Réalisée
Niveau de compétence : **Activité (programme de base)**	***1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe***	***2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***4 Le superviseur peut être présent au cas où***	***5 Le supervise ur n'a pas besoin d'être présent***
Traiter les contractions prématurées et induire la maturation pulmonaire					
Assister un accouchement prématuré					
Assister un accouchement sans complication					
Déterminer la faisabilité du travail					
Effectuer un monitoring CTG					
Effectuer un prélèvement du cuir chevelu fœtal au moins en simulation					
Gérer l'échec de la progression du travail					
Gérer un cas avec un liquide amniotique teinté de méconium					
Gérer un cas avec une fièvre intrapartum					
Gérer un accouchement avec des antécédents médicaux de césarienne ou de douleurs périnatales					
Assister à un accouchement par le siège, au moins en simulation					
Assister à un accouchement vaginal dans le cas d'une grossesse multifœtale					

Toutes les manœuvres de gestion de la dystocie, y compris la dystocie des épaules					
Effectuer un accouchement vaginal assisté par ventouse					
Effectuer un accouchement assisté par forceps, au moins en simulation					
Effectuer une césarienne de convenance					
Effectuer une césarienne d'urgence					
Effectuer une césarienne répétée ou une césarienne chez une patiente présentant un IMC élevé					
Traiter la mastite post-partum (avec abcès), la rétention urinaire et le processus thromboembolique					
Traiter l'hémorragie post-partum (HPP) avec des médicaments					
Effectuer un retrait manuel du placenta					
Procéder à un tamponnement intra-utérin par ballonnet et, au moins en simulation, à la compression chirurgicale d'un utérus atonique (suture de B-Lynch), à la réversion utérine et à l' hystérectomie abdominale					
Poser l'indication d'une embolisation artérielle pour une HPP					
Suture d'une plaie d'épisiotomie et d'une déchirure périnéale du 1er et du 2e degré					
Suture d'une déchirure périnéale du 3e degré et, au moins en simulation, d'une déchirure périnéale du 4e degré					
Procéder à l'évacuation de l'hématome vulvaire					
Réanimer le nouveau-né avec précision dans les 10 premières minutes suivant l'accouchement (en attendant l'arrivée du pédiatre), au moins en simulation					

Signer l'EPA

Nom	
Hôpital	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse de courriel	
Signature	

Gynécologie bénigne – exemple de portfolio

A. Expériences d'apprentissage
- Services hospitaliers
- Cliniques externes
- Cours
- Simulations, p. ex. pour les compétences en communication
- Réflexion sur les progrès de la formation
- Plan de développement personnel

B. Évaluation en vue de la délégation
- Tests de connaissances : Examen européen (ou examen national)
- Examen de simulation
- Observation directe dans le cadre de la pratique
- Commentaires multisource
- OSATS

C. Comité de compétence
- Le comité de compétence inclut les impressions maître-apprenti sur le stagiaire dans le processus de décision de délégation.
- Le comité de compétence détermine le niveau de compétence atteint par le stagiaire.
- Le comité de compétence détermine si les progrès du stagiaire sont conformes aux attentes, par rapport au programme de formation (voir tableau 2).
- Le comité de compétence rédige une brève réponse à la demande de délégation du stagiaire, accompagnée de la réflexion de ce dernier, qui est consignée dans le portfolio du stagiaire.
- Lorsqu'un stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé pour toutes les EPA imbriquées dans une EPA thématique, le comité de compétence peut accorder la délégation pour l'ensemble de l'EPA thématique.

Étape dans la réalisation de l'EPA :	En cours	En cours	En cours	Réalisée	Réalisée
Niveau de compétence : **Activité (programme de base)**	***1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe***	***2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***4 Le superviseur peut être présent au cas où***	***5 Le supervise ur n'a pas besoin d'être présent***
Effectuer une biopsie à l'aiguille sous anesthésie locale					
Effectuer une échographie vaginale pour obtenir une image générale de l'utérus et des annexes					
Effectuer une échographie vaginale pour diagnostiquer des anomalies intra-utérines					
Effectuer une échographie vaginale pour diagnostiquer des anomalies des annexes					
Proposer une contraception aux femmes adultes en bonne santé, y compris la mise en place d'un DIU					
Proposer une contraception aux patientes présentant un problème de santé ou une maladie concomitante					
Conseiller les patientes atteintes de condylomes					
Conseiller sur l'endométriose et la traiter					
Conseiller sur les fibromes et les traiter					
Conseiller sur les pathologies annexielles et les traiter					
Conseiller en cas d'abcès tubo-ovarien					

Conseiller sur la ménorragie et la dysménorrhée et les traiter à l'aide de médicaments					
Conseiller sur les saignements utérins anormaux et les traiter					

Conseiller sur les maladies sexuellement transmissibles et les maladies inflammatoires pelviennes et les traiter					
Conseiller sur les pertes vaginales et la vulvovaginite et les traiter					
Conseiller sur les douleurs abdominales/pelviennes et les traiter					
Conseiller sur les troubles de la ménopause et les traiter					
Conseiller sur le syndrome prémenstruel et le traiter					
Conseiller sur les kystes de Bartholin et les abcès vulvaires et les traiter					
Effectuer une stérilisation par laparoscopie					
Effectuer une dilatation et un curetage par aspiration ou avec une curette émoussée en cas de fausse couche et savoir comment évacuer une grossesse à terme					
Effectuer une aspiration laparoscopique à l'aiguille d'un kyste					
Effectuer une électrocoagulation laparoscopique de l' ovaire					
Effectuer une kystectomie ovarienne laparoscopique simple					
Effectuer une salpingo-ovariectomie laparoscopique					
Effectuer une adhésiolyse laparoscopique simple					
Effectuer une résection hystéroscopique de polype					
Effectuer une résection hystéroscopique de myomes de type 0-1 (< 4 cm)					
Effectuer une salpingo-ovariectomie par laparotomie					
Effectuer une myomectomie d'un myome sous-séreux par laparotomie					
Effectuer une laparotomie avec adhésiolyse minimale					

Signer l'EPA

Nom	
Hôpital	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse de courriel	
Signature	

Médecine reproductive – exemple de portfolio

A. Expériences d'apprentissage
- Services hospitaliers
- Cliniques externes
- Cours
- Simulations, p. ex. pour les compétences en communication
- Réflexion sur les progrès de la formation
- Plan de développement personnel

B. Évaluation en vue de la délégation
- Tests de connaissances : Examen européen (ou examen national)
- Examen de simulation
- Observation directe dans le cadre de la pratique
- Commentaires multisource
- OSATS

C. Comité de compétence
- Le comité de compétence inclut les impressions maître-apprenti sur le stagiaire dans le processus de décision de délégation.
- Le comité de compétence détermine le niveau de compétence atteint par le stagiaire.
- Le comité de compétence détermine si les progrès du stagiaire sont conformes aux attentes, par rapport au programme de formation (voir tableau 2).
- Le comité de compétence rédige une brève réponse à la demande de délégation du stagiaire, accompagnée de la réflexion de ce dernier, qui est consignée dans le portfolio du stagiaire.
- Lorsqu'un stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé pour toutes les EPA imbriquées dans une EPA thématique, le comité de compétence peut accorder la délégation pour l'ensemble de l'EPA thématique.

Étape dans la réalisation de l'EPA :	En cours	En cours	En cours	Réalisée	Réalisée
Niveau de compétence : **Activité (programme de base)**	***1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe***	***2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***4 Le superviseur peut être présent au cas où***	***5 Le supervise ur n'a pas besoin d'être présent***
Évaluer la (sous-)fertilité masculine et féminine					
Conseiller sur les facteurs pronostiques pour la grossesse en général					
Conseiller sur la probabilité de grossesse en cours, d'avortement spontané et de grossesse extra-utérine associés aux différents traitements de la fertilité					
Conseiller sur les techniques de procréation assistée (IUI, FIV, ICSI)					
Traiter l'anovulation groupe II de l'OMS / induire l'ovulation					
Traiter le SHO intial (traitement d'urgence)					
Effectuer une laparoscopie diagnostique avec test tubaire					
Effectuer une hystéroscopie diagnostique avec test tubaire					
Effectuer une échographie transvaginale avec compte des follicules et mesure folliculaire					
Effectuer une échographie transvaginale avec évaluation des follicules et du liquide intrapéritonéal					

Signer l'EPA

Nom	
Hôpital	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse de courriel	
Signature	

Urogynécologie – exemple de portfolio

A. Expériences d'apprentissage
- Services hospitaliers
- Cliniques externes
- Cours
- Simulations, p. ex. pour les compétences en communication
- Réflexion sur les progrès de la formation
- Plan de développement personnel

B. Évaluation en vue de la délégation
- Tests de connaissances : Examen européen (ou examen national)
- Examen de simulation
- Observation directe dans le cadre de la pratique
- Commentaires multisource
- OSATS

C. Comité de compétence
- Le comité de compétence inclut les impressions maître-apprenti sur le stagiaire dans le processus de décision de délégation.
- Le comité de compétence détermine le niveau de compétence atteint par le stagiaire.
- Le comité de compétence détermine si les progrès du stagiaire sont conformes aux attentes, par rapport au programme de formation (voir tableau 2).
- Le comité de compétence rédige une brève réponse à la demande de délégation du stagiaire, accompagnée de la réflexion de ce dernier, qui est consignée dans le portfolio du stagiaire.
- Lorsqu'un stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé pour toutes les EPA imbriquées dans une EPA thématique, le comité de compétence peut accorder la délégation pour l'ensemble de l'EPA thématique.

Étape dans la réalisation de l'EPA :	En cours	En cours	En cours	Réalisée	Réalisée
Niveau de compétence : **Activité (programme de base)**	***1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe***	***2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***4 Le superviseur peut être présent au cas où***	***5 Le supervise ur n'a pas besoin d'être présent***
Orienter les patientes souffrant de stress et/ou d'incontinence par impériosité vers un physiothérapeute spécialisé dans le plancher pelvien ou un autre spécialiste médical					
Diagnostiquer une fistule recto-vaginale					
Conseiller une réparation apicale, antérieure et postérieure du vagin					
Effectuer la mise en place d'un pessaire et réaliser des soins continus					
Effectuer une colpocléisis					
Effectuer une réparation antérieure et postérieure simple du vagin					

Signer l'EPA

Nom	
Hôpital	
Adresse	
Numéro de téléphone	

Adresse de courriel	
Signature	

Prémalignité – exemple de portfolio

A. Expériences d'apprentissage

- Services hospitaliers
- Cliniques externes
- Cours
- Simulations, p. ex. pour les compétences en communication
- Réflexion sur les progrès de la formation
- Plan de développement personnel

B. Évaluations formelles

- Tests de connaissances : Examen européen (ou examen national)
- Examen de simulation
- Observation directe dans le cadre de la pratique
- Commentaires multisource
- OSATS

C. Comité de compétence

- Le comité de compétence inclut les impressions maître-apprenti sur le stagiaire dans le processus de décision de délégation.
- Le comité de compétence détermine le niveau de compétence atteint par le stagiaire.
- Le comité de compétence détermine si les progrès du stagiaire sont conformes aux attentes, par rapport au programme de formation (voir tableau 2).
- Le comité de compétence rédige une brève réponse à la demande de délégation du stagiaire, accompagnée de la réflexion de ce dernier, qui est consignée dans le portfolio du stagiaire.
- Lorsqu'un stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé pour toutes les EPA imbriquées dans une EPA thématique, le comité de compétence peut accorder la délégation pour l'ensemble de l'EPA thématique.

Étape dans la réalisation de l'EPA :	En cours	En cours	En cours	Réalisée	Réalisée
Niveau de compétence : **Activité (programme de base)**	***1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe***	***2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***4 Le superviseur peut être présent au cas où***	***5 Le supervise ur n'a pas besoin d'être présent***
Effectuer un dépistage cervical (frottis PAP)					
Effectuer une colposcopie					
Effectuer une excision à grande boucle de la zone de transformation cervicale					

Signer l'EPA

Nom	
Hôpital	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse de courriel	
Signature	

Oncologie gynécologique – exemple de portfolio

A. Expériences d'apprentissage
- Services hospitaliers
- Cliniques externes
- Cours
- Simulations, p. ex. pour les compétences en communication
- Réflexion sur les progrès de la formation
- Plan de développement personnel

B. Évaluation en vue de la délégation
- Tests de connaissances : Examen européen (ou examen national)
- Examen de simulation
- Observation directe dans le cadre de la pratique
- Commentaires multisource
- OSATS

C. Comité de compétence
- Le comité de compétence inclut les impressions maître-apprenti sur le stagiaire dans le processus de décision de délégation.
- Le comité de compétence détermine le niveau de compétence atteint par le stagiaire.
- Le comité de compétence détermine si les progrès du stagiaire sont conformes aux attentes, par rapport au programme de formation (voir tableau 2).
- Le comité de compétence rédige une brève réponse à la demande de délégation du stagiaire, accompagnée de la réflexion de ce dernier, qui est consignée dans le portfolio du stagiaire.
- Lorsqu'un stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé pour toutes les EPA imbriquées dans une EPA thématique, le comité de compétence peut accorder la délégation pour l'ensemble de l'EPA thématique.

Étape dans la réalisation de l'EPA :	En cours	En cours	En cours	Réalisée	Réalisée
Niveau de compétence : **Activité (programme de base)**	***1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe***	***2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***4 Le superviseur peut être présent au cas où***	***5 Le supervise ur n'a pas besoin d'être présent***
Effectuer une échographie vaginale pour diagnostiquer une maladie trophoblastique gestationnelle					
Effectuer une biopsie de l'endomètre					
Conseiller les patientes sur les diagnostics de cancer gynécologique et leurs implications					

Signer l'EPA

Nom	
Hôpital	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse de courriel	
Signature	

Gynécologie pédiatrique et adolescente – exemple de portfolio

A. Expériences d'apprentissage

- Services hospitaliers
- Cliniques externes
- Cours
- Simulations, p. ex. pour les compétences en communication
- Réflexion sur les progrès de la formation
- Plan de développement personnel

B. Évaluation en vue de la délégation

- Tests de connaissances : Examen européen (ou examen national)
- Examen de simulation
- Observation directe dans le cadre de la pratique
- Commentaires multisource
- OSATS

C. Comité de compétence

- Le comité de compétence inclut les impressions maître-apprenti sur le stagiaire dans le processus de décision de délégation.
- Le comité de compétence détermine le niveau de compétence atteint par le stagiaire.
- Le comité de compétence détermine si les progrès du stagiaire sont conformes aux attentes, par rapport au programme de formation (voir tableau 2).
- Le comité de compétence rédige une brève réponse à la demande de délégation du stagiaire, accompagnée de la réflexion de ce dernier, qui est consignée dans le portfolio du stagiaire.
- Lorsqu'un stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé pour toutes les EPA imbriquées dans une EPA thématique, le comité de compétence peut accorder la délégation pour l'ensemble de l'EPA thématique.

Étape dans la réalisation de l'EPA :	**En cours**	**En cours**	**En cours**	**Réalisée**	**Réalisée**
Niveau de compétence : **Activité (programme de base)**	***1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe***	***2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***4 Le superviseur peut être présent au cas où***	***5 Le supervise ur n'a pas besoin d'être présent***
Adapter la communication au niveau de l'enfant					
Effectuer un examen gynécologique précis chez un enfant et un adolescent					
Prodiguer des soins d'urgence au niveau de la vulve/du vagin/du périnée/du rectum chez l'enfant et l'adolescent					

Signer l'EPA

Nom	
Hôpital	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse de courriel	
Signature	

Santé sexuelle et contraception – exemple de portfolio

A. Expériences d'apprentissage
- Services hospitaliers
- Cliniques externes
- Cours
- Simulations, p. ex. pour les compétences en communication
- Réflexion sur les progrès de la formation
- Plan de développement personnel

B. Évaluation en vue de la délégation
- Tests de connaissances : Examen européen (ou examen national)
- Examen de simulation
- Observation directe dans le cadre de la pratique
- Commentaires multisource
- OSATS

C. Comité de compétence
- Le comité de compétence inclut les impressions maître-apprenti sur le stagiaire dans le processus de décision de délégation.
- Le comité de compétence détermine le niveau de compétence atteint par le stagiaire.
- Le comité de compétence détermine si les progrès du stagiaire sont conformes aux attentes, par rapport au programme de formation (voir tableau 2).
- Le comité de compétence rédige une brève réponse à la demande de délégation du stagiaire, accompagnée de la réflexion de ce dernier, qui est consignée dans le portfolio du stagiaire.
- Lorsqu'un stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé pour toutes les EPA imbriquées dans une EPA thématique, le comité de compétence peut accorder la délégation pour l'ensemble de l'EPA thématique.

Étape dans la réalisation de l'EPA :	En cours	En cours	En cours	Réalisée	Réalisée
Niveau de compétence : **Activité (programme de base)**	***1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe***	***2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***4 Le superviseur peut être présent au cas où***	***5 Le supervise ur n'a pas besoin d'être présent***
Recueillir des antécédents sexuels précis					
Recueillir des antécédents axés sur les dysfonctions sexuelles					
Fournir des informations et des conseils sur le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles					
Fournir des informations et des conseils sur la contraception, y compris l'utilisation de la contraception d'urgence					
Mise en place d'un dispositif intra-utérin					
Mise en place d'implants contraceptifs sous-cutanés					
Compétences en matière de stérilisation par laparoscopie					
Compétences en matière de conseil et de pratique de l'interruption médicale et chirurgicale de grossesse					

Signer l'EPA

Nom	
Hôpital	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse de courriel	
Signature	

Maladie du sein – exemple de portfolio

A. Expériences d'apprentissage
- Services hospitaliers
- Cliniques externes
- Cours
- Simulations, p. ex. pour les compétences en communication
- Réflexion sur les progrès de la formation
- Plan de développement personnel

B. Évaluation en vue de la délégation
- Tests de connaissances : Examen européen (ou examen national)
- Examen de simulation
- Observation directe dans le cadre de la pratique
- Commentaires multisource
- OSATS

C. Comité de compétence
- Le comité de compétence inclut les impressions maître-apprenti sur le stagiaire dans le processus de décision de délégation.
- Le comité de compétence détermine le niveau de compétence atteint par le stagiaire.
- Le comité de compétence détermine si les progrès du stagiaire sont conformes aux attentes, par rapport au programme de formation (voir tableau 2).
- Le comité de compétence rédige une brève réponse à la demande de délégation du stagiaire, accompagnée de la réflexion de ce dernier, qui est consignée dans le portfolio du stagiaire.
- Lorsqu'un stagiaire a atteint le niveau de compétence le plus élevé pour toutes les EPA imbriquées dans une EPA thématique, le comité de compétence peut accorder la délégation pour l'ensemble de l'EPA thématique.

Étape dans la réalisation de l'EPA :	En cours	En cours	En cours	Réalisée	Réalisée
Niveau de compétence : **Activité (programme de base)**	***1 Le superviseur effectue l'activité, le stagiaire observe***	***2 Le superviseur explique l'activité au stagiaire***	***3 Le superviseur intervient de manière ponctuelle***	***4 Le superviseur peut être présent au cas où***	***5 Le supervise ur n'a pas besoin d'être présent***
Effectuer un examen précis des seins					

Signer l'EPA

Nom	
Hôpital	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse de courriel	
Signature	

Gestion de la qualité et reconnaissance de la formation

Auteurs : Juriy Wladimiroff, Angelique Goverde, Fedde Scheele

Introduction

Afin de garantir une formation optimale en obstétrique et en gynécologie générale, il est nécessaire de mettre en place un système interne de gestion de la qualité rigoureux et un système externe de reconnaissance de la formation. Ces deux systèmes doivent être étroitement liés.
La combinaison de la gestion interne de la qualité et de la reconnaissance externe de la formation combine l'amélioration continue de la qualité dans un cycle court à des contrôles de conformité aux normes, qui doivent être répétés tous les 5 ans.

Gestion interne de la qualité

Pour la gestion interne de la qualité, une structure de gouvernance claire avec des responsabilités bien définies pour le programme de formation est obligatoire. La gestion interne de la qualité implique les mesures prises au sein de l'institut de formation et vise à l'amélioration continue de la formation, selon un cycle planifier-faire-vérifier-agir. Ce cycle interne de qualité couvre plusieurs aspects :

- Description d'un plan de formation local basé sur le PACT, adapté au contexte local : le programme local.
- Suivi de la manière dont le plan de formation local est traduit dans le travail quotidien : le programme en action. Des entretiens avec les stagiaires qui terminent leur alternance peuvent fournir des informations utiles à cette fin.
- Suivi du climat éducatif, qui peut être mesuré à l'aide du questionnaire D-RECT [1].
- Suivi et discussion des performances didactiques du personnel, qui peuvent être mesurées à l'aide du système EFFECT [2].
- Développement de plans d'amélioration et de suivi des problèmes de formation qui ont été soulevés.

Le système interne de gestion de la qualité est adaptable et peut fonctionner à court terme. Il fournit des informations utiles à un organisme d'accréditation externe, ce qui en fait un système transparent.

Reconnaissance externe de la formation

La reconnaissance externe de la formation est assurée soit par des organismes nationaux d'accréditation, soit par le comité d'accréditation et de visite de l'EBCOG.
Cette reconnaissance externe de la formation a pour but :

- L'harmonisation de la formation dans toute l'Europe.
- L'assurance qualité : chaque nouvel obstétricien et nouveau gynécologue en Europe est correctement formé pour les compétences de base et son domaine d'intérêt, et il est capable d'exercer en toute sécurité et de manière indépendante.
- Une autorité consultative : fournir des conseils sur les questions soulevées dans le cadre du programme de formation.

La reconnaissance externe de la formation utilise :

- La documentation requise par le système national ou par l'EBCOG. La documentation doit donner un aperçu :
    - Du nombre de stagiaires par rapport au nombre de superviseurs
    - Du nombre de procédures par rapport au nombre de stagiaires
    - Des installations de formation
    - De l'organisation de la formation par simulation
    - Du développement du corps enseignant, de la formation des formateurs
    - Des programmes de formation individuels pour les stagiaires ; matières fondamentales et matières optionnelles

- De la place des compétences générales et des compétences non techniques dans la formation
- De l'organisation et la qualité de l'évaluation afin de valider les activités professionnelles déléguées
- Des portfolios des stagiaires
- De la participation des stagiaires à des programmes de recherche et à des audits cliniques
- Des responsabilités et les rôles des stagiaires dans l'enseignement au sein de l'équipe de soins de santé

- Des rapports d'un système visant à l'amélioration continue du programme de formation.
- Des visites de reconnaissance dans un cycle de 5 ans (ou approximativement), au cours desquelles les stagiaires jouent un rôle actif.

Références :

1. Boor K, Van Der Vleuten C, Teunissen P, Scherpbier A, Scheele F. Development and analysis of D-RECT, an instrument measuring residents' learning climate. Med Teach. 2011;33(10):820-7.
2. Fluit C, Bolhuis S, Grol R, Ham M, Feskens R, Laan R, Wensing M. Evaluation and feedback for effective clinical teaching in postgraduate medical education: validation of an assessment instrument incorporating the CanMEDS roles. Med Teach. 2012;34(11):893-901
3. Vaižgėlienė E, Padaiga Ž, Rastenytė D, Tamelis A, Petrikonis K, Kregždytė R, Fluit C. Validation of the EFFECT questionnaire for competence-based clinical teaching in residency training in Lithuania. Medicina (Kaunas). 2017;53(3):173-178.

Perfectionnement des enseignants

Auteurs : Angelique Goverde, Živa Novak Antolič, Fedde Scheele

Introduction

Le développement du corps professoral est considéré comme un instrument essentiel afin de dispenser une formation postuniversitaire de haute qualité. Le développement des connaissances, des compétences et des attitudes dans l'éducation des adultes permettra aux médecins spécialistes de devenir des formateurs cliniques aptes à dispenser une formation postuniversitaire efficace et efficiente.

Rôles et responsabilités des formateurs cliniques

La formation postuniversitaire étant avant tout une « formation sur le terrain », les formateurs cliniques font face à plusieurs défis. Le formateur clinique a les responsabilités et les rôles suivants :

- assurer des soins aux patients en toute sécurité
- créer un environnement d'apprentissage stimulant
- utiliser des outils pédagogiques, tels que les commentaires, pour améliorer la pratique réflexive du stagiaire
- suivre et évaluer le processus d'apprentissage du stagiaire
- poursuivre son développement professionnel en tant qu'éducateur

Développement professionnel continu des formateurs

Les formateurs doivent recevoir une formation formelle en matière d'enseignement et d'évaluation postuniversitaires. Cette formation doit inclure au minimum les informations ou les modules suivants :

- Comment enseigner sur le lieu de travail (p. ex., en clinique, dans les services hospitaliers)
- Comment enseigner à des individus, en petits groupes et dans le cadre de cours magistraux
- Comment fournir des commentaires efficaces
- Comment utiliser des méthodes d'évaluation formative pour aider les stagiaires
- Comment identifier et aider les stagiaires en difficulté
- Comment utiliser et documenter les évaluations sur le lieu de travail

Les formateurs cliniques sont tenus de mettre à jour leurs compétences cliniques ainsi que leurs compétences en matière de formation. En fonction du rôle spécifique du médecin spécialiste au sein de l'équipe pédagogique, il est recommandé de suivre au moins deux jours de formation tous les cinq ans.

Dans les pays qui ont un système d'évaluation sommative pendant ou à la fin de la formation (par exemple, examen local ou national), les formateurs cliniques qui participent au comité d'examen doivent être formés à la rédaction de questions d'examen et à la conception d'un examen validé.
Pour les « directeurs de programme », des cours spécifiques axés sur la gestion de la formation médicale postuniversitaire sont nécessaires.

L'EBCOG peut apporter son soutien aux cours de développement du corps professoral.

Annexe :
Le GESEA, un exemple de programme de formation et d'évaluation structuré et validé en chirurgie gynécologique endoscopique et robotique

Le programme GESEA (Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment) [Certification Européenne en Endoscopie Gynécologique]

Avec l'introduction de l'endoscopie, des techniques d'imagerie avancées et de la robotique, la chirurgie moderne devient de plus en plus numérique et nécessite des adaptations du modèle éducatif afin de répondre aux nouvelles compétences requises non seulement par les chirurgiens, mais aussi par les professionnels de santé en général. La complexité croissante de ces évolutions exige un fonctionnement sans faille dans la salle d'opération, où les chirurgiens, les infirmières et les autres membres du personnel de soutien peuvent travailler en synergie et avec une efficacité accrue.

Le programme de formation GESEA est bien établi et délivre une certification aux chirurgiens gynécologues. Il compte plus de 16 000 membres en e-learning et a délivré plus de 5 000 certificats à ce jour.

Le GESEA est un programme structuré de formation et d'évaluation en chirurgie gynécologique endoscopique et robotique dans lequel les connaissances théoriques, les compétences psychomotrices et les compétences chirurgicales sont acquises, validées et certifiées. Il est essentiel que les **compétences psychomotrices** soient acquises et testées dans un environnement sûr avant la formation en salle d'opération. Cela améliore les soins aux patients et augmente considérablement **l'efficacité de la formation et la compétence chirurgicale** du chirurgien.

Le GESEA a intégré la laparoscopie, l'hystéroscopie et la robotique dans un programme éducatif et de validation unique. Il est basé sur la certification des connaissances et des compétences psychomotrices avant d'entrer dans le parcours clinique, menant à un diplôme de chirurgie gynécologique mini-invasive ou de chirurgie reproductive. Le troisième niveau du programme propose différentes sous-spécialités ou domaines d'intérêt particulier de la chirurgie de haut niveau, avec leur diplôme validé correspondant.

Aujourd'hui, les modules de certification et de diplôme du programme éducatif GESEA pour les chirurgiens gynécologues sont normalisés et mis en œuvre dans des Centres de diplôme à travers l'Europe et au-delà.

EU4Health est le plus grand programme de santé de l'UE qui fournit un financement par le biais du programme GESEA4EU afin de normaliser la formation en endoscopie gynécologique et en robotique.
GESEA4EU est un projet de deux ans basé sur le GESEA qui a débuté en février 2023. Ce projet transfrontalier innovant rassemble 16 partenaires de 8 pays européens. Il permettra de normaliser l'offre de formation au programme GESEA déjà proposée aux chirurgiens dans les 12 centres GESEA existants et de l'étendre en vue de répondre aux besoins de formation d'autres professionnels de la santé, notamment les infirmières et le personnel non clinique.
Au cours du projet, 27 modules d'apprentissage seront développés et des essais sont en cours dans 12 centres du réseau existant. En outre, 9 nouveaux centres sont en cours d'identification dans les pays de l'UE dans lesquels les modules d'apprentissage seront testés.

Ces modules seront intégrés au programme GESEA qui sera mis en œuvre dans toute l'Europe et seront promus par le Conseil européen et le Collège européen d'obstétrique et de gynécologie.

Figure 1 : Les principes du programme GESEA.

Le programme GESEA (Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment) est un programme éducatif structuré pour l'endoscopie gynécologique. Il forme et certifie les **connaissances** *et les* compétences pratiques *préalables aux* **compétences chirurgicales**.

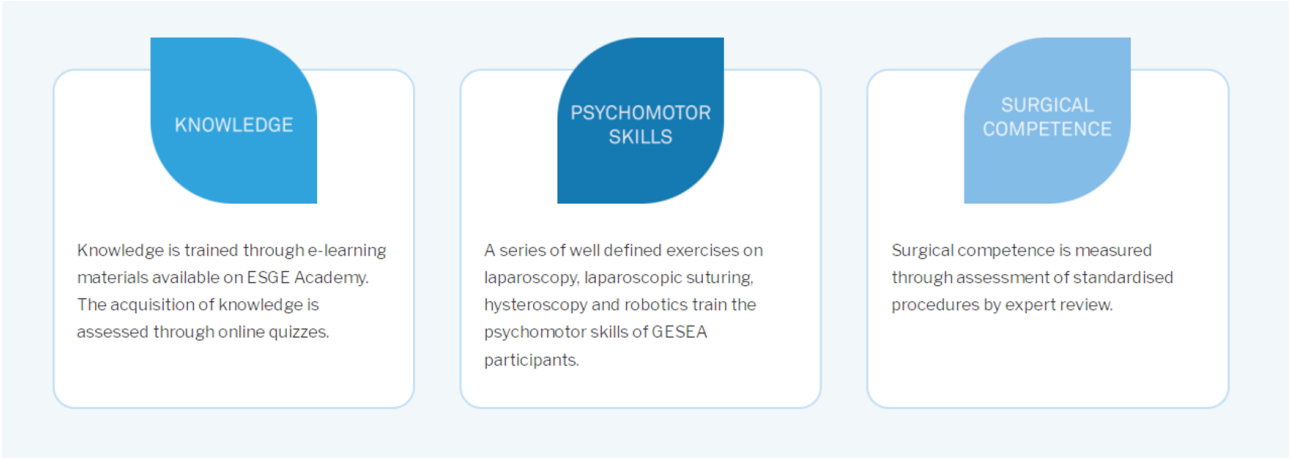


Figure 2 : Différents niveaux du programme GESEA

Le niveau 1 est le niveau d'entrée universel, on trouve ensuite 2 parcours principaux. Au niveau 2, il enseigne et évalue les connaissances et les compétences chirurgicales nécessaires pour devenir chirurgien gynécologique mini-invasif (MIGS) ou chirurgien endoscopique reproductif (ECRES).
Les deux parcours comprennent une dimension robotique (Robotique).

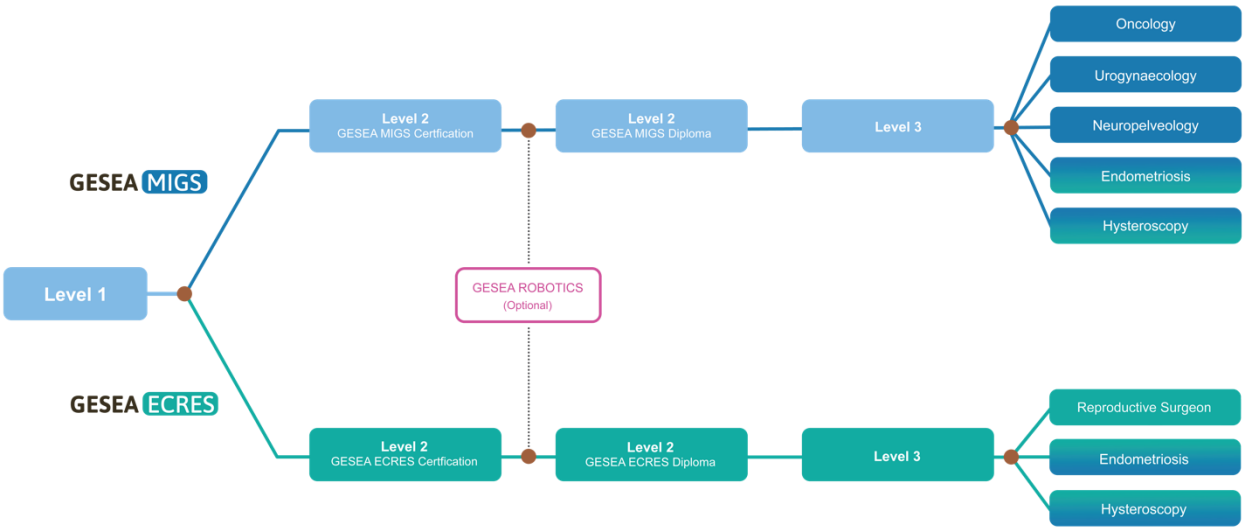


Figure 3 : Les différents parcours d'apprentissage pour les 3 niveaux d'expertise

	E-learning	Psychomotor skills	Certification	Experience	Diploma
LEVEL 1					
GESEA Universal Entry Gate Basic Endoscopy Training	✓	✓	Level 1 Certification		
LEVEL 2					
GESEA MIGS	✓	✓	Level 2 MIGS Certification	✓	Level 2 MIGS Diploma
GESEA ECRES	✓	✓	Level 2 ECRES Certification	✓	Level 2 ECRES Diploma
GESEA ROBOTICS	✓	✓	Level 2 Robotics Certification	✓	Level 2 Robotics Diploma
LEVEL 3					
MIGS – Oncology	✓			✓	Level 3 Oncology **Diploma**
MIGS – Urogynaecology	✓			✓	Level 3 Urognaecology **Diploma**
MIGS – Neuropelveology	✓			✓	Level 3 Neuropelveology **Diploma**
MIGS & ECRES – Endometriosis	✓			✓	Level 3 Endometriosis **Diploma**
MIGS & ECRES – Hysteroscopy	✓			✓	Level 3 Hysteroscopy **Diploma**
ECRES – Reproductive surgeon	✓			✓	Level 3 Reproductive Surgeon **Diploma**

Le programme éducatif GESEA est structuré en trois niveaux de compétence qui s'appuient progressivement les uns sur les autres. Il faut remplir les critères de chaque niveau avant de pouvoir accéder au niveau suivant et progresser.

Le **premier niveau** représente la porte d'entrée universelle GESEA pour la formation de base aux compétences psychomotrices en endoscopie. Le programme éducatif GESEA vise à fournir aux médecins les connaissances et les compétences nécessaires en vue de commencer leur formation en salle d'opération. Le certificat de niveau 1 est le même pour les deux parcours.

Le **deuxième niveau** du programme de formation GESEA prépare les médecins aux procédures endoscopiques MIGS ou ECRES de niveau 2 en salle d'opération. Les deux parcours comportent des modules d'apprentissage communs et spécifiques, avec des certifications et des diplômes distincts. Pour les deux parcours, le certificat/diplôme en robotique est facultatif.

Le **troisième niveau** du programme éducatif GESEA est le niveau expert et se concentrera sur des sous-spécialités telles que l'oncologie, la chirurgie de l'endométriose difficile, la chirurgie reproductive avancée ainsi que l'hystéroscopie de niveau expert.

Glossaire

Évaluation
Le processus consistant à porter un jugement sur la performance d'un stagiaire dans le cadre d'une activité professionnelle. Il convient de distinguer l'« évaluation pour l'apprentissage » (également appelée évaluation formative, c'est-à-dire qui guide l'apprentissage futur, rassure et favorise la réflexion) de l'évaluation pour la délégation (également appelée évaluation sommative, c'est-à-dire qui porte un jugement sur la compétence ou la capacité à accéder à des niveaux de responsabilité plus élevés).
Les formes d'évaluation comprennent les évaluations cliniques (telles que les OSATS, l'observation directe dans la pratique clinique), les examens, la simulation, les évaluations multisources (à 360 degrés) et les auto-évaluations réflexives.

Évaluateur
La personne qui évalue la performance d'un stagiaire dans le cadre d'une activité professionnelle.

Audit clinique
Il s'agit d'un outil cyclique d'amélioration de la qualité visant à examiner la pratique clinique par rapport à des normes explicites basées sur des preuves et à introduire des changements afin d'améliorer les soins et les résultats pour les patients lorsque les normes ne sont pas respectées. Des cycles d'audit de suivi peuvent être utilisés pour confirmer une amélioration progressive de la pratique clinique.

Faculté clinique, superviseur clinique, formateur clinique
Le groupe de médecins spécialistes (ou médecin spécialiste) qui encadrent le travail clinique d'un stagiaire. Un membre de la faculté clinique peut assumer le rôle de tuteur.

Tronc commun
La partie du programme d'études obligatoire pour tous les stagiaires.

Compétence
La capacité à intégrer des connaissances, des aptitudes, des attitudes et des comportements afin de les appliquer dans des situations spécifiques (activités professionnelles) sur le lieu de travail.

Comité de compétence
Le groupe de personnes au sein d'un établissement ou d'un service de formation qui détermine le niveau de compétence d'un stagiaire pour une activité professionnelle spécifique et qui lui confie des activités professionnelles. Un comité de compétence est composé d'au moins deux membres du corps enseignant qui connaissent bien les performances du stagiaire et d'au moins deux autres membres du corps enseignant clinique.

Programme de base
Le programme de base est la partie commune du programme EBCOG-PACT obligatoire pour tous les stagiaires. Il décrit les objectifs finaux de la formation, qui ont été déterminés par consensus européen.
Voir également programme et programme optionnel/option.

Programme
Programme éducatif.

Programme optionnel
Le programme optionnel décrit les résultats de la formation pour des domaines d'intérêt spécifiques au sein de la spécialité d'obstétrique et de gynécologie ; ces résultats sont plus approfondis que ceux du programme de

base. Par conséquent, la formation dans le cadre d'un programme optionnel vise à atteindre un niveau de compétence plus élevé dans ce domaine d'intérêt spécifique.
Voir également programme et base/programme de base.

Superviseur pédagogique
Voir : tuteur

Formateur
Le rôle professionnel visant à la formation et à l'éducation, ou une personne ayant un intérêt particulier pour la formation et l'éducation, qui a acquis des connaissances et des compétences en matière d'éducation grâce à une formation spécifique.

Activité professionnelle déléguée, EPA
L'activité professionnelle (isolée ou globale) pour laquelle le stagiaire peut atteindre le niveau de compétence requis afin d'exercer de manière indépendante, tel que défini par le comité de compétence.
Voir également délégation, activité professionnelle déléguée imbriquée et activité professionnelle.

Délégation
L'approbation formelle attestant que le stagiaire a atteint le niveau de compétence requis pour exercer de manière indépendante et qu'il est autorisé à exercer une activité sans supervision.
Dans certains pays, la délégation formelle n'est accordée qu'à la fin de la formation pour des raisons législatives.

Faculté
Le groupe de médecins spécialistes d'un service participant à la formation.
Voir également faculté clinique.

Perfectionnement des enseignants
La formation structurée dans le domaine éducatif du personnel clinique/des superviseurs/des formateurs participant à la formation médicale. Également appelée formation des formateurs.

Commentaires
La réflexion sur les performances, identification des points forts et des points faibles.

Évaluation formative
Voir : évaluation

Pratique indépendante
L'exécution de soins médicaux dans un contexte spécifique sans supervision (directe ou indirecte), où la personne qui dispense les soins assume la responsabilité principale.

Culture juste
L'approche systémique des incidents, dans laquelle il existe une responsabilité partagée pour maintenir la sécurité des patients, permettant aux professionnels de santé d'apprendre sans crainte de représailles

Journal de bord
Le document dans lequel le stagiaire consigne ses activités pendant sa formation, telles que le nombre de procédures, etc.
Voir également portfolio.

Modèle maître-apprenti
La situation de travail dans laquelle un médecin inexpérimenté (apprenti, *c'est-à-dire* stagiaire) travaille et

acquiert de l'expérience sous la surveillance étroite et la supervision d'un médecin (sous-)spécialiste expérimenté (maître, c'est-à-dire formateur, tuteur, superviseur clinique), en se basant sur des concepts d'apprentissage par imitation et de mentorat.

Médecin spécialiste
Le médecin spécialiste est un médecin qui a suivi une formation postuniversitaire dans une spécialité médicale spécifique.

Mentor
La personne qui apporte son soutien, ses conseils et un point de vue objectif sur la manière dont le stagiaire peut se développer et progresser dans son environnement de travail, souvent en posant des questions pour aider le stagiaire à trouver sa propre solution. Les mentors ne doivent pas nécessairement avoir des connaissances spécialisées dans le domaine d'activité du médecin.

Évaluation/commentaires multisource (à 360 degrés) :
L'outil utilisé pour recueillir les opinions des collègues sur les performances cliniques et le comportement professionnel d'une personne. Les stagiaires sont encouragés à recueillir l'avis d'un maximum de collègues différents (*p. ex.*, spécialistes, stagiaires, infirmières, sages-femmes, secrétaires, *etc.*).

Activité professionnelle imbriquée, EPA imbriquée
L'activité spécifique et bien définie, décrite par les tâches et les aspects nécessaires à son exécution dans le contexte des soins aux patients, dans le cadre d'une activité professionnelle globale (déléguée).
Voir également thème.

Portfolio
Le document dans lequel le stagiaire consigne son évolution et ses progrès tout au long de la formation. Le portfolio contient la documentation relative à l'expérience d'apprentissage (dont le journal de bord et le plan de développement personnel), les formulaires d'évaluation, les procès-verbaux de la commission de compétence décrivant les impressions professionnelles et les décisions de délégation.
Voir également journal de bord.

Activité professionnelle
Une activité spécifique, décrite par des tâches médicales et les compétences générales nécessaires à son exécution dans le contexte des soins aux patients. L'activité professionnelle en tant que thème général décrit un groupe d'activités professionnelles spécifiques plus petites, appelées « activités professionnelles imbriquées ».
Voir également activité professionnelle déléguée, activité professionnelle imbriquée.

Directeur de programme
Le directeur de programme est responsable de la coordination, du suivi et de l'évaluation du programme de formation dispensé au sein de son département.
Également appelé coordinateur de programme.

Amélioration de la qualité
L'amélioration de la qualité dans le domaine des soins de santé désigne les efforts déployés pour améliorer les résultats pour les patients, la prestation des soins et le développement professionnel au sein d'un système complexe et dynamique en constante évolution. Elle implique le diagnostic des problèmes au sein d'un système de santé, dans le but de traiter les problèmes identifiés à l'aide de la gestion du changement, puis de mesurer l'amélioration

Simulation
Toute activité éducative qui utilise des aides pour reproduire/imiter un scénario clinique. Les exemples incluent : simulateurs laparoscopiques, mannequins pelviens ou abdominaux et exercices d'entraînement aux techniques

obstétricales.

Sous-spécialité
Un domaine spécifique de la médecine pour lequel un programme de formation standardisé est défini dans un centre officiellement agréé à cet effet. Les activités professionnelles d'une sous-spécialité représentent les activités les plus complexes et les plus approfondies de la spécialité. Les médecins qui ont suivi avec succès un tel programme de formation standardisé sont appelés sous-spécialistes.

Évaluation sommative
Voir : évaluation

Superviseur ou superviseur clinique
Le médecin spécialiste qui supervise le travail d'un stagiaire.

Supervision
La supervision du travail d'un stagiaire.

Thème
Le nom donné à une activité professionnelle globale déléguée (EPA), qui décrit des sujets spécifiques liés aux soins des patients dans le domaine d'une spécialité médicale.

Stagiaire
Un stagiaire est un médecin inscrit à un programme officiel de formation postuniversitaire afin d'obtenir une qualification de spécialiste.
Également appelé résident.

Formateur
La personne, qui n'est pas nécessairement un médecin spécialiste, supervisant un moment spécifique de l'enseignement dispensé au stagiaire.

Reconnaissance de la formation
Le résultat du processus d'audit externe de la qualité d'un programme de formation médicale d'un département.

Tuteur
Le médecin spécialiste guidant le processus d'apprentissage de stagiaires individuels. Un tuteur est responsable de la supervision et de la gestion globales des progrès éducatifs d'un stagiaire. Un tuteur offre une supervision pédagogique et des conseils de carrière, procède à des évaluations et fournit des commentaires réguliers et continus (tous les 3 à 6 mois).
Également appelé superviseur pédagogique.

Contributeurs à la révision 2025

Membres du SCTA sous la direction de la présidente Fionnuala McAuliffe :

Karen Rose, Anna Aabakke, Angelique Goverde, Fedde Scheele, Alexandra Kristufkova, Sofia Tsiapakidou, Helena Bartels, Mark Formosa, Anabela Serranito, Annalisa Tancredi, Ursula Catena, Goknur Topcu

Membres du bureau et membres exécutifs de l'EBCOG et de la section obstétrique et gynécologie de l'UEMS (en janvier 2025)

Président
Professeur Frank Louwen

Secrétaire général
Professeur Helle Karro

Président élu
Professeur assoc. (Hon.) Sambit Mukhopadhyay

Trésorier
Professeur Piotr Sieroszewski

Membres exécutifs de l'EBCOG
Professeur assoc. Anna Aabakke
Dr Ferry Boekhorst
Professeur assoc. Alexandra Kristufkova
Professeur Luigi Nappi
Professeur Fionnuala McAuliffe

Présidente du Comité permanent sur la formation et l'évaluation (SCTA)
Professeur Fionnuala McAuliffe

Président du Comité permanent sur la reconnaissance de la formation (SCTR)
Dr Petr Velebil

Président du Comité permanent des examens/Directeur des examens
Professeur Ioannis E. Messinis

Président du Comité permanent sur les normes de soins et les prises de position (SCSCPS)
Dr Tahir Mahmood

Réseau européen des stagiaires en obstétrique et en gynécologie (ENTOG)
Dr Sofia Tsiapakidou

Association européenne d'urogynécologie (EUGA)
Professeur Stavros Athanasiou

Association européenne de médecine périnatale (EAPM)
Professeur Diogo Ayres-de-Campos

Société européenne de gynécologie oncologique (ESGO)
Dr Maja Pakiz

Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE)
Dr Tatjana Motrenko Simic; Professeur Antonios Makrigiannakis
Dr Borut Kovacic (Embryologie)

Association européenne de gynécologie pédiatrique et adolescente (EURAPAG)
Professeur Zoran Stankovic

Société européenne d'endoscopie gynécologique (ESGE)
Dr Ursula Catena

Fédération européenne de colposcopie (EFC)
Professeur Jana Zodzika

Société européenne de contraception et de santé reproductive (ESCRH)
Professeur Johannes Bitzer

Société internationale d'obstétrique et de gynécologie psychosomatique (ISPOG)
Professeur Sibil Tschudin

Société internationale pour l'étude des maladies vulvo-vaginales (ISSVD)
Dr Pedro Vieira Baptista

Association européenne des sages-femmes
Prof Victoria Vivilaki

Webmaster
Dr Jure Klanjšček

Président du comité scientifique du congrès de Francfort
Dr Nuno Nogueira Martins

Bureau central
Kate Thorman

Secrétariat des examens
Alexandros Peristeropoulos

Délégués nationaux EBCOG & UEMS Section Ob/Gyn

Autriche
Professeur Wolfgang Umek
Dr Philipp Foessleitner

Belgique
Dr Femke Delporte
Dr Mathieu Luyckx

Bulgarie
Professeur Emil Kovachev
Professeur Ivan Kostov

Croatie
Professeur Miroslav Kopjar

Chypre
Dr Afrodite Elisseou
Professeur Gabriel Kalakoutis

République tchèque
Professeur Marian Kacerovský
Professeur Vladimir Dvorak

Danemark
Professeur assoc. Anna Aabakke
Professeur assoc. Hanne Brix Westergaard

Estonie
Professeur Helle Karro
Dr Piret Veerus

Finlande
Professeur Marjo Tuppurainen
Professeur Paivi Polo

France
Professeur Joelle Belaisch Allart
Professeur Philippe Descamps

Allemagne
Professeur Dr méd. Dr h.c. Frank Louwen
Dr Klaus Doubek

Grèce
Dr Nicolas Linardos
Professeur Alexandros Rodolakis

Hongrie
Professeur Nandor Acs

Islande
Dr Matthildur Sigurdardottir

Irlande
Dr Michael Robson
Professeur Fionnuala McAuliffe

Israël (Observateur)
Professeur Ron Maymon

Italie
Professeur Luigi Nappi
Dr Giuseppe Trojano
Dr Annalisa Tancredi

Lettonie
Dr Lasma Lidaka
Professeur Dace Rezeberga

Lituanie
Professeur Zana Bumbuliene
Professeur Diana Ramasauskaite

Malte
Mme Isabelle Saliba

Pays-Bas
Professeur Fedde Scheele
Dr Angelique J. Goverde

République de Macédoine du nord
Professeur Gligor Tofoski

Norvège
Dr Ragnar Kvie Sande
Dr Birgitte Sanda

Pologne
Professeur Sebastian Kwiatkowski
Professeur nadzw. Piotr Sieroszewski

Portugal
Professeur Teresa Almeida Santos
Professeur Helder Ferreira

Roumanie
Professeur Daniel Muresan
Professeur Radu Vladareanu

Répblique slovaque
Professeur assoc. Alexandra Kristufkova
Dr Mikulas Redecha

Slovénie
Professeur Borut Kobul
Professeur Lili Steblovnik

Suède
Professeur
Professeur assoc. Mehreen Zaigham

Suisse
Professeur Johannes Bitzer
Professeur Gabriele Merki

Turquie
Professeur Cansun Demir

Ukraine
Professeur Vyacheslav Kaminskyy
Dr Dmytro Ledin

Royaume-Uni
Dr Ranee Thakar
Professeur Stergios K. Doumouchtsis

Contributeurs à la version 2018

Ce projet a été réalisé grâce à la contribution de nombreux acteurs et individus :

Gestion de projet
Fedde Scheele
Jessica van der Aa

Comité de projet
Angelique Goverde
Tahir Mahmood
Jacky Nizard
Anna Aabakke

Compétences et connaissances
Chiara Benedetto
Annalisa Tancredi
Jaroslav Feyereisl
Petr Velebil

Contribution sociétale
Peter Hornnes
Annette Settnes
Anna Aabakke
Betina Ristorp Andersen
Joyce Hoek-Pula
Britt Myren
Noortje Jonker
Petra Kunkeler
Hans van der Schoot

Stratégie pédagogique et évaluation
Rudi Campo
Yves van Belle
Helder Ferreira
Jette Led Sørensen
Sibil Tschudin
Juriy Wladimiroff

Examen
Rolf Kirschner

Réseau européen des stagiaires en obstétrique et en gynécologie

Anna Aabakke

Agnieszka Horała (Pologne)
Goknar Topçu (Turquie)
Laura Spinnewijn (Pays-Bas)
Jure Klanjšček (Slovénie)
Vladimír Dvořák (République slovaque)

Appendix – menopause quick guide

QUICK GUIDE TO

KEY MENOPAUSE TERMS

MENOPAUSE

the permanent cessation of menstruation resulting from loss of ovarian follicular activity: may be natural or induced

TYPES OF MENOPAUSE

NATURAL

recognized to have occurred when a woman has had 12 consecutive months without periods (amenorrhea) due loss of ovarian follicular activity for which no other obvious pathological or physiological cause is present and occurs on average at the age of 51 years. Menopause occurs with the final menstrual period and thus is known with certainty only in retrospect one year after the event.

INDUCED

the cessation of menstruation which follows either surgical removal of both ovaries (with or without hysterectomy) or iatrogenic ablation of ovarian function (e.g. by chemotherapy or radiation). Surgical menopause can be timed precisely.

PREMATURE OR EARLY

menopause occurring much earlier than the average age of 51 years. Thus, menopause before the age of 40 is commonly referred to as premature menopause, although primary ovarian insufficiency (POI) is currently considered to be a better term to denote the loss of ovarian function, as it does not specify definitive failure. Menopause that occurs between 40 and 45 years is termed early menopause.

STAGES OF MENOPAUSE

PREMENOPAUSE

the entire reproductive period from menarche to the final menstrual period

PERIMENOPAUSE

includes the period of time beginning with the first clinical, biological and endocrinological features of the approaching menopause, including vasomotor symptoms and menstrual irregularity, and ends 12 months after the last menstrual period

MENOPAUSAL TRANSITION

the time before the final menstrual period, when variability in the menstrual cycle usually is increased

POSTMENOPAUSE

the time dating from the menopause

EMAS

Infographic designed by Dr Margaret Rees & Dr Claire Hardy

©

MENOPAUSE CURRICULUM FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS

A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement

Highlights

Managing perimenopausal and postmenopausal health is a key issue for all areas of healthcare, not just gynecology.

Training programs for healthcare professionals worldwide should include menopause and postmenopausal health in their curriculum.

The curriculum should include assessment, diagnosis and evidence-based management strategies.

MENOPAUSE

the permanent cessation of menstruation resulting from loss of ovarian follicular activity: may be natural or induced

Curriculum content

There are several key areas training should include:

- Menopause terminologies
- Menopause symptoms
- Clinical assessment and screening
- Staying healthy in the menopause
- Menopause symptom treatment options
- Long-term health and treatments
- Delivering menopause healthcare

Delivery

Ideally covered by:

Lectures

E-learning

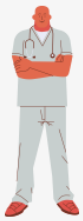
Placements

Accredited menopause experts

Healthcare professionals should provide an evidence-based approach for assessment and management and refer to specialist services as required.

Summary

Women should have access to accurate information, and be able to seek advice on how to optimize the management of their natural or induced menopause and the years beyond.



Some people require additional attention, with involvement of specialist services. These include women with chronic disease, premature ovarian insufficiency or early menopause or pre-existing disability, as well as transgender and gender-nonconforming people.

Infographic designed by Dr Claire Hardy ©

Page 9. and 33.

Subspecialty	Sous-spécialité
Electives	Options
Core	Base

Page 11. and 35.

Treatment (Tx)	**Traitement (Tx)**
Indication for treatment (Ind)	**Indication du traitement (Ind)**
Information (Info)	**Informations (Info)**
Diagnosis (Dx)	**Diagnostic (Dx)**
Problem Identification (Px)	**Identification du problème (Px)**

Page 62.

BASIC ENDOSCOPIC TRAINING	FORMATION DE BASE EN ENDOSCOPIE
START OF IN-OR TRAINING	DÉBUT DE LA FORMATION EN SALLE D'OPÉRATION
ADVANCED ENDOSCOPIC TRAINING	FORMATION AVANCÉE EN ENDOSCOPIE
START OF IN-OR SURGERY	DÉBUT DE LA CHIRURGIE EN SALLE D'OPÉRATION
START	DÉBUT
ASSESSMENT	ÉVALUATION
General endoscopic knowledge acquisition	Acquisition de connaissances générales en endoscopie
Basic endoscopic practical skill training	Formation pratique aux compétences de base en endoscopie
Exposure to expert endoscopist as mentor	Exposition à un endoscopiste expert en tant que mentor
Standard level procedures knowledge acquisition	Acquisition de connaissances sur les procédures standard
Stepwise approach from simple to complex procedures under close supervision	Approche progressive des procédures simples aux procédures complexes sous étroite supervision
Basic endoscopic practical skill training	Formation pratique aux compétences de base en endoscopie
Exposure to teamwork and OR practices	Exposition au travail en équipe et aux pratiques en salle d'opération
Advanced endoscopic practical skill training	Formation pratique avancée en endoscopie

Page 76.

Recording of learning experiences	Enregistrement des expériences d'apprentissage
Master-apprentice impressions	Impressions du mentor et du stagiaire
Competence committee judges on three sources	Le comité de compétence évalue trois sources
Recording of assessments for entrustment	Enregistrement des évaluations pour la délégation
Entrustment decision	Décision de délégation

Page 77.

Assessment information as pixels	Informations d'évaluation sous forme de pixels

Page 78.

Assessment for entrustment	Évaluation en vue de la délégation
Recorded in portfolio	Enregistrée dans le portfolio
Adds to entrustment decision	Ajoutée à la décision de délégation
Consider frequency of assessment; too high versus too low for clear assessment image	Prendre en compte la fréquence des évaluations ; trop élevée ou trop faible afin d'obtenir une image claire de l'évaluation
Assessment for learning	Évaluation pour l'apprentissage
Not recorded in portfolio	Non enregistrée dans le portfolio
Focuses on trainee's development	Se concentre sur le développement du stagiaire
Aimed at supporting the learning process	Vise à soutenir le processus d'apprentissage
Frequency is tailored to the needs of the trainee	La fréquence est adaptée aux besoins du stagiaire

Page 110.

KNOWLEDGE	CONNAISSANCES
Knowledge is trained through e-learning materials available on ESGE Academy. The acquisition of knowledge is assessed through online quizzes.	Les connaissances sont acquises grâce à des supports d'apprentissage en ligne disponibles sur ESGE Academy. L'acquisition des connaissances est évaluée à l'aide de quiz en ligne.
PSYCHOMOTOR SKILLS	COMPETENCES PSYCHOMOTRICES
A series of well defined exercises on laparoscopy, laparoscopic suturing, hysteroscopy and robotics train the psychomotor skills of GESEA participants.	Une série d'exercices bien définis sur la laparoscopie, la suture laparoscopique, l'hystéroscopie et la robotique permettent de former les compétences psychomotrices des participants au programme GESEA.
SURGICAL COMPETENCE	COMPETENCES CHIRURGICALES
Surgical competence is measured through assessment of standardised procedures by expert review.	Les compétences chirurgicales sont évaluées à l'aide de procédures standardisées et examinées par des experts.
Level 1	Niveau 1
GESEA MIGS	GESEA MIGS
Level 2 GESEA MIGS Certification	Niveau 2 Certification GESEA MIGS
Level 3 GESEA MIGS Diploma	Niveau 3 Diplôme GESEA MIGS
Level 3	Niveau 3
Oncology	Oncologie
Urogynaecology	Urogynécologie
Neuropelveology	Neuropelveologie
Endometriosis	Endométriose
Hysteroscopy	Hystéroscopie
GESEA ECRES	GESEA ECRES
Level 2 GESEA ECRES Certification	Niveau 2 Certification GESEA ECRES
Level 2 GESEA ECRES Diploma	Niveau 2 Diplôme GESEA ECRES
Level 3	Niveau 3
Reproductive Surgeon	Chirurgien de la reproduction
Endometriosis	Endométriose
Hysteroscopy	Hystéroscopie

Page 111.

E-learning	Apprentissage en ligne
Psychomotor skills	Compétences psychomotrices
Certification	Certification
Experience	Expérience
Diploma	Diplôme
LEVEL 1	NIVEAU 1
GESEA Universal Entry Gate Basic Endoscopy Training	Formation de base en endoscopie Portail d'entrée universel GESEA
Level 1 Certification	Certification de niveau 1
LEVEL 2	NIVEAU 2
GESEA MIGS	GESEA MIGS
Level 2 MIGS Certification	Certification MIGS niveau 2
Level 2 MIGS Diploma	Diplôme MIGS niveau 2
GESEA ECRES	GESEA ECRES
Level 2 ECRES Certification	Certification ECRES niveau 2
Level 2 ECRES Diploma	Diplôme ECRES niveau 2
GESEA ROBOTICS	ROBOTIQUE GESEA
Level 2 Robotics Certification	Certification en robotique niveau 2
Level 2 Robotics Diploma	Diplôme en robotique niveau 2
LEVEL 3	NIVEAU 3
MIGS - Oncology	MIGS - Oncologie
Level 3 Oncology Diploma	Diplôme en oncologie niveau 3
MIGS - Urogynaecology	MIGS - Urogynécologie
Level 3 Urogynaecology Diploma	Diplôme en urogynécologie niveau 3
MIGS - Neuropelveology	MIGS - Neuropelveologie
Level 3 Neuropelveology Diploma	Diplôme en neuropelveologie niveau 3
MIGS & ECRES - Endometriosis	MIGS & ECRES - Endométriose
Level 3 Endometriosis	Endométriose niveau 3
MIGS & ECRES - Hysteroscopy	MIGS & ECRES - Hystéroscopie
Level 3 Hysteroscopy Diploma	Diplôme en hystéroscopie niveau 3
ECRES - Reproductive surgeon	ECRES - Chirurgien de la reproduction
Level 3 Reproductive Surgeon Diploma	Diplôme de chirurgien de la reproduction niveau 3

Page 122

QUICK GUIDE TO KEY MENOPAUSE TERMS	GUIDE RAPIDE DES TERMES CLÉS DE LA MÉNOPAUSE
MENOPAUSE	MÉNOPAUSE
the permanent cessation of menstruation resulting from loss of ovarian follicular activity: may be natural or induced	cessation définitive des menstruations résultant de la perte de l'activité folliculaire ovarienne : peut être naturelle ou provoquée
TYPES OF MENOPAUSE	TYPES DE MÉNOPAUSE
NATURAL	NATURELLE
recognized to have occurred when a woman has had 12 consecutive months without periods (amenorrhea) due loss of ovarian follicular activity for which no other obvious pathological or physiological cause is present and occurs on average at the age of 51 years. Menopause occurs with the final menstrual period and thus is known with certainty only in retrospect one year after the event.	reconnue comme telle lorsqu'une femme n'a pas eu de règles pendant 12 mois consécutifs (aménorrhée) en raison de la perte de l'activité folliculaire ovarienne, sans autre cause pathologique ou physiologique apparente, et survient en moyenne à l'âge de 51 ans. La ménopause survient avec les dernières règles et n'est donc connue avec certitude qu'un an après l'événement.

INDUCED	INDUITE
the cessation of menstruation which follows either surgical removal of both ovaries (with or without hysterectomy) or iatrogenic ablation of ovarian function (e.g. by chemotherapy or radiation). Surgical menopause can be timed precisely.	cessation des menstruations qui suit soit l'ablation chirurgicale des deux ovaires (avec ou sans hystérectomie), soit l'ablation iatrogène de la fonction ovarienne (p. Ex. par chimiothérapie ou radiothérapie). La ménopause chirurgicale peut être datée avec précision.
PREMATURE OR EARLY	PRÉMATURÉE OU PRÉCOCE
menopause occurring much earlier than the average age of 51 years. Thus, menopause before the age of 40 is commonly referred to as premature menopause, although primary ovarian insufficiency (POI) is currently considered to be a better term to denote the loss of ovarian function, as it does not specify definitive failure. Menopause that occurs between 40 and 45 years is termed early menopause.	ménopause survenant bien avant l'âge moyen de 51 ans. Ainsi, la ménopause avant l'âge de 40 ans est communément appelée ménopause prématurée, bien que l'insuffisance ovarienne primaire (IOP) soit actuellement considérée comme un terme plus approprié pour désigner la perte de la fonction ovarienne, car cela n'indique pas de défaillance définitive. La ménopause qui survient entre 40 et 45 ans est appelée ménopause précoce.
PREMENOPAUSE	PRÉMÉNOPAUSE
the entire reproductive period from menarche to the final menstrual period	Toute la période reproductive entre la ménarche et la dernière menstruation
PERIMENOPAUSE	PÉRIMÉNOPAUSE
includes the period of time beginning with the first clinical, biological and endocrinological features of the approaching menopause, including vasomotor symptoms and menstrual irregularity, and ends 12 months after the last menstrual period	comprend la période commençant avec les premiers signes cliniques, biologiques et endocrinologiques de l'approche de la ménopause, y compris les symptômes vasomoteurs et les irrégularités menstruelles, et se termine 12 mois après la dernière menstruation
MENOPAUSAL TRANSITION	TRANSITION MÉNOPAUSIQUE
the time before the final menstrual period, when variability in the menstrual cycle usually is increased	période précédant la dernière menstruation, durant laquelle le cycle menstruel est généralement plus irrégulier
POSTMENOPAUSE	POSTMÉNOPAUSE
the time dating from the menopause	période suivant la ménopause
Infographic designed by Dr Margaret Rees & Dr Claire Hardy	Infographie conçue par le Dr Margaret Rees et le Dr Claire Hardy
MENOPAUSE CURRICULUM FOR HEALTHCARE EMAS PROFESSIONALS	PROGRAMME DE FORMATION SUR LA MÉNOPAUSE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE L'EMAS
A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement	Déclaration de position de la Société européenne de ménopause et d'andropause (EMAS)
Highlights	Points forts
Managing perimenopausal and postmenopausal health is a key issue for all areas of healthcare, not just gynecology.	La prise en charge de la santé pendant la périménopause et la postménopause représente un enjeu majeur pour tous les domaines de la santé, et pas seulement pour la gynécologie.
Training programs for healthcare professionals worldwide should include menopause and postmenopausal health in their curriculum.	Les programmes de formation destinés aux professionnels de santé du monde entier devraient inclure la ménopause et la santé postménopausique.
The curriculum should include assessment, diagnosis and evidence-based management strategies.	Le programme devrait inclure l'évaluation, le diagnostic et les stratégies de prise en charge fondées sur des données probantes.
MENOPAUSE the permanent cessation of menstruation resulting	MÉNOPAUSE cessation définitive des menstruations résultant de

from loss of ovarian follicular activity: may be natural or induced	la perte de l'activité folliculaire ovarienne : peut être naturelle ou provoquée
Curriculum content	Contenu du programme
There are several key areas training should include: - Menopause terminologies - Menopause symptoms - Clinical assessment and screening - Staying healthy in the menopause - Menopause symptom treatment options - Long-term health and treatments - Delivering menopause healthcare	La formation devrait porter sur plusieurs domaines clés : - Terminologie de la ménopause - Symptômes de la ménopause - Évaluation clinique et dépistage - Rester en bonne santé pendant la ménopause - Options de traitement des symptômes de la ménopause - Santé et traitements à long terme - Prestation de soins de santé liés à la ménopause
Delivery Ideally covered by Lectures E-learning Placements Accredited menopause experts	Prestation Idéalement couvert par Cours Apprentissage en ligne Stages Experts accrédités en matière de ménopause
Healthcare professionals should provide an evidence-based approach for assessment and management and refer to specialist services as required.	Les professionnels de santé doivent fournir une approche fondée sur des preuves pour l'évaluation et la prise en charge et orienter les patientes vers des services spécialisés si besoin.
Summary Women should have access to accurate information, and be able to seek advice on how to optimize the management of their natural or induced menopause and the years beyond. Some people require additional attention, with involvement of specialist services. These include women with chronic disease, premature ovarian insufficiency or early menopause or pre-existing disability, as well as transgender and gender-nonconforming people.	Résumé Les femmes devraient avoir accès à des informations précises et devraient pouvoir demander conseil sur la manière d'optimiser la prise en charge de leur ménopause naturelle ou induite et des années qui suivent. Certaines personnes ont besoin d’une attention particulière et doivent être orientées vers des services spécialisés. Il s'agit notamment des femmes atteintes d'une maladie chronique, d'une insuffisance ovarienne prématurée ou d'une ménopause précoce, ou présentant un handicap préexistant, ainsi que des personnes transgenres et non conformes au genre.
Infographic designed by Dr Claire Hardy	Infographie conçue par le Dr Claire Hardy