

Document de référence en Gynécologie-Obstétrique à l'usage des commissions de qualification

Adopté par le Conseil National – Session du 6 avril 2012

CONTEXTE GENERAL

La nécessité d'un référentiel métier s'impose peu à peu aux différentes instances de notre pays : qu'il s'agisse des politiques, des administratifs ou des organismes régissant le monde médical (Universités, Collèges de spécialités, CNU, Ordre des Médecins). Tous ont pris conscience des changements intervenus dans les filières de formations des différents spécialistes exerçant en France. De fait, l'entrée dans les filières chirurgicales n'est plus limitée aux seuls internes reçus à l'Internat des villes de Faculté, à la suite d'un concours sélectif. Beaucoup d'autres candidats issus d'origines très diverses postulent maintenant à exercer cette activité que ce soit dans des établissements publics ou privés. L'évaluation de l'aptitude des candidats à exercer ce métier devient dès lors indispensable. La France rejoint ainsi peu à peu d'autres pays qui se sont penchés depuis longtemps sur ce problème, réfléchissant à la fois sur le cursus de formation que doit suivre le futur Gynécologue-Obstétricien, les qualités requises pour une bonne pratique professionnelle, ainsi que les moyens d'évaluer ces candidats au début et tout au long de leur parcours professionnel.

Il s'agit d'une tâche difficile, car le médecin doit :

- avoir des connaissances théoriques acquises lors de sa formation initiale, mais entretenues au cours de sa vie professionnelle compte tenu des évolutions rapides de la science.
- posséder un savoir faire, et en particulier maîtriser des techniques qui sont le véritable reflet de sa compétence.
- avoir des qualités humaines et relationnelles du fait du développement du travail en équipe ou en réseaux et de relations de plus en plus complexes avec les patients, les familles, les confrères, le personnel paramédical
- avoir des qualités lui permettant éventuellement de remplir certaines tâches plus générales : responsabilité d'enseignement, engagement syndical ou politique, manager d'équipes, chef de pôle, responsabilité administrative....

A la demande du Gouvernement et sous la direction du Pr Y. MATILLON, les Collèges des 12 disciplines chirurgicales ont commencé il y a 2 ans, à réfléchir à l'élaboration de référentiels pouvant servir de base à l'évaluation des candidats chirurgiens ou de Gynécologues obstétriciens, lors des concours de recrutement ou de titularisation ou lors des commissions d'évaluation ou d'aptitude. Ces référentiels, tous calqués sur le même modèle comportent 3 éléments distincts :

- La description de certaines situations pathologiques «type» auxquelles les chirurgiens sont fréquemment confrontés. La mise en situation de chirurgiens face à ces pathologies permettrait de juger non seulement leurs connaissances théoriques, mais aussi leurs capacités de prise en charge pratique de patients, "reflet" de leurs compétences.
- Le cursus de formation requis par un candidat, à la fois sur le plan des connaissances théoriques dont l'acquisition obligatoire, doit être validé (facile à contrôler lorsque la formation a suivi le programme du DES ou DESC, plus difficile lorsque cette formation a été acquise en dehors de France), connaissances facultatives ou annexes (DU par exemple...) et sur le plan de la pratique chirurgicale (ancienneté dans le cursus, nombre de stages dans des services formateurs, lieux de stages, nombre d'interventions réalisées....).
- Les qualités humaines, relationnelles, managériales du candidat (propres au métier de chirurgien).

REFERENTIEL DE GYNECOLOGIE

Le document qui suit est celui du référentiel de base en gynécologie-obstétrique élaboré par les Commissions de qualification pour rendre plus justes et impartiales les évaluations de demandes d'exercice dans cette discipline.

1 - Préambule

1. La qualification en gynécologie obstétrique concerne principalement les demandes de PAE, c'est-à-dire les médecins à diplôme non européen. L'application aux autres cas de figure devra se faire par assimilation sans règle strictement établie pour les médecins hors communauté européenne à diplôme européen (Hocsmann) ou pour des formations non-conformes (DREESSEN) ou pour les rares cas de médecins français demandant un changement de discipline.
2. L'origine fort diverse des candidats oblige à prendre en compte leur lieu de formation car les niveaux de formation sont extrêmement hétérogènes. De plus, il existe souvent un décalage entre l'origine et le lieu de formation.
3. Le lieu d'exercice en France dans le cadre des 3 années obligatoires de praticien attaché associé (ou équivalent) et éventuellement de la formation (poste de FFI) se fait très souvent dans de petits hôpitaux où l'activité obstétricale d'urgence est principale alors que les activités de chirurgie gynécologique classique sont faibles et l'activité de cancérologie gynécologique est nulle, voire non autorisée.

4. L'activité de gynécologie obstétrique peut être très différenciée avec des sous spécialités d'exercice quasi exclusives qui doivent être prises en compte. C'est particulièrement le cas pour le diagnostic anténatal et la procréation médicalement assistée.
5. La démographie actuelle de la spécialité est désastreuse. Le nombre de départs en retraite excède largement le nombre des nouveaux qualifiés par la voie normale (DES). Le déficit est estimé aux alentours de 150 gynécologues obstétriciens par an en 2010. Ce déficit se prolongera à un niveau équivalent pendant encore au moins 5 ans. Au-delà, il est très probable que le déficit continuera à se creuser, mais l'absence de données sur le nombre de poste de DES dans la filière GO ne permet aucune prospective. Il faudrait que le nombre de DES soit augmenté d'au moins 60 à 80 % pour compenser les départs. De ce fait, il doit être tenu compte de cette situation démographique par l'application intelligente des critères de validation et par une aide de la Commission pour remplir les conditions de validation dans les cas limites. Mais cette attitude ne doit pas entraîner un laxisme à tout va.
6. la qualification en gynécologie obstétrique est une qualification globale qui ouvre la possibilité de tout type d'exercice privé ou public et sans restriction théorique de compétence au sein de la spécialité. Ce point est d'autant plus important que si de nombreux candidats PAE ont l'habitude de travailler sous contrôle d'un supérieur qualifié, il faut se rappeler que, dès leur qualification acquise, ils ont le droit de travailler de façon indépendante sans possibilité de recours (voire de secours), ce qui peut, le cas échéant, présenter un certain risque pour les patientes.

2 - les conditions de qualification

Elles reprennent les trois volets proposés de façon globale pour toutes les spécialités chirurgicales.

2.1 - La description de certaines situations pathologiques « type »

La réussite à l'examen ou au concours pour les PAE ne justifie pas un contrôle de connaissance. Néanmoins, en cas de doute sur les compétences, le jury peut être amené à interroger le candidat sur quatre situations types. Il peut en être de même pour les candidats d'autres « filières ».

Ce sont des situations auxquelles les GO sont fréquemment confrontés. La mise en situation des GO face à ces pathologies permet de juger non seulement leurs connaissances théoriques, mais aussi leurs capacités de prise en charge pratique de patients, "reflet" de leurs compétences".

Suite aux travaux d'une précédente Commission, 4 situations ont été retenues pour la spécialité :

- a. Dépistage et traitement des grossesses à risque d'hémorragie,
- b. Prise en charge des douleurs pelviennes,
- c. Prise en charge et intervention sur une grossesse extra-utérine,
- d. Dépistage et prise en charge du cancer du sein.

Les documents relatifs à ces situations pathologiques types sont mis en annexes de 1 à 4.

2.2 - Le cursus de formation requis par un candidat :

Le cursus de formation requis par un candidat porte à la fois sur :

- le plan des connaissances théoriques dont l'acquisition obligatoire doit être validée (facile à contrôler lorsque la formation a suivi le programme du DES ou DESC, plus difficile lorsque cette formation a été acquise en dehors de *France*) ;
- connaissances facultatives ou annexes (DU par exemple...) ;
- et sur le plan de la pratique médicale et chirurgicale (ancienneté dans le cursus, nombre de stages dans des services formateurs, lieux de stages, nombre d'interventions réalisées....).

2.2.1 - Connaissances théoriques pour les diplômes acquis hors d'Europe :

- Le standard de formation européen est de 4 à 5 ans d'études dans la spécialité.
- Certains pays disposent de formation d'un niveau comparable.
- Pour certains pays ils existent des niveaux de qualification très variables.
- Pour les autres pays, il convient de vérifier au coup par coup le niveau de formation en se basant principalement sur la durée des études et le niveau de la médecine des pays en question.

2.2.2 - Connaissances facultatives ou annexes (DU par exemple...)

2.2.2.1 Il pourra être demandé des formations complémentaires acquises en France. Le nombre peut être fixé à 3. Peuvent être reconnus dans ces formations :

- L'AFSA en GO ou en Reproduction Humaine,
- Les DU validés portant sur la stérilité, l'échographie, la mécanique obstétricale, la fœtopathologie, la chirurgie gynécologique (voie d'abord indifférente) ou l'oncologie gynécologique,
- Tout autre diplôme pouvant être considéré comme d'un niveau supérieur type M2, doctorat de sciences ...

2.2.2.2 Le nombre de DU peut être éventuellement ramené à un seul si la validation du diplôme date de moins de 10 ans, deux si elle date de 10 à 15 ans et 3 si elle date de plus de 15 ans. Cette demande correspond à la justification de formation médicale continue. Les enseignements de formation médicale continue pourront être pris en compte dans l'évaluation si leur qualité et leur durée sont suffisantes. Le cas échéant, les publications scientifiques dans le journal du comité de lecture pourront être retenues.

2.2.3 - La pratique médicale et chirurgicale

Il s'agit là de l'évaluation de la pratique faite en France durant les années obligatoires pour les PAE en particulier ou pour les candidats type Hocsman et Dreesen.

2.2.3.1 - Le socle de base retenu est le suivant :

Les quotas donnés ci-dessous s'entendent en tant que premier opérateur

- Obstétrique :

- 50 gardes d'obstétrique,
- 50 césariennes,
- 30 extractions (ventouse et forceps),
- Pratique régulière des consultations de suivi de grossesse,
- 100 échographies obstétricales.

- Gynécologie :

- 25 interventions de type hystérectomies (voie indifférente), prolapsus, 25 coélioscopies avancées (endométriome profonde), 10 mammectomies ;
- 50 interventions : kyste (voie indifférente), ovariectomie, GEU (voie indifférente), coélioscopie pour stérilité ;
- 40 hystéroscopies dont 10 opératoires.

- Formation :

- Outre les 3 ans de fonctions de PAA et les Diplômes complémentaires vu plus haut,
- un stage de 6 mois en CHU est indispensable. Si le stage a été effectué comme FFI dans le cadre d'une AFS ou d'une AFSA le candidat doit fournir l'évaluation de son stage. En cas de stage non rémunéré et informel, un certificat du chef de service doit être fourni indiquant les conditions et les acquis du stage.

2.2.3.2 - Dossiers ouvrant droit à des dérogations :

Pour les praticiens exerçant leur activité en France depuis plus de 5 ans et ayant une activité très spécifique orientée : soit vers le diagnostic anténatal (activité authentifiée dans un CDPN d'au moins 18 mois), soit vers l'assistance médicale à la procréation (activité authentifiée dans un centre agréé d'au moins 18 mois), les requis peuvent être modulés dans le sens suivant :

2.2.3.2 .1 - Orientation vers le diagnostic anténatal :

- La pratique obstétricale précédemment décrite dans le tronc commun reste. Par contre il n'est pas demandé de compétence chirurgicale particulière.
- 2 diplômes sont obligatoires portant sur les sujets suivants : échographie obstétricale, fœtopathologie, grossesse à risque, mécanique obstétricale.

2.2.3.2 .2 - Orientation vers la procréation médicalement assistée :

- La pratique obstétricale précédemment décrite dans le tronc commun n'est pas indispensable mais le candidat doit prouver qu'il a acquis cette pratique précédemment en particulier dans son pays d'origine ou en France dans un poste de FFI. La compétence chirurgicale est réduite aux chirurgies mineures et hystérosopies. Le candidat doit justifier d'au moins 100 ponctions d'ovocytes et de 100 transferts embryonnaires et de la pratique courante de consultations pour infertilité.
- 2 diplômes sont obligatoires portant sur les sujets suivants : stérilité (obligatoire) et soit échographie soit chirurgie

2.2.3.3 - Cas particuliers des candidats ne remplissant pas les conditions requises en volume d'activité chirurgicale :

- Certains candidats ont de la peine à justifier les pré-requis chirurgicaux dans les hôpitaux où ils travaillent qui sont souvent de petits hôpitaux, ce d'autant que la législation ne leur permet pas en principe d'être l'opérateur principal et unique.
- Il pourra être demandé par la Commission de faire un stage de un an à raison d'un jour par semaine dans un service de Chirurgie gynécologique en CHU et le Président de la Commission pourra contacter le chef de service pour appuyer ces demandes de stage qui devront faire l'objet d'un rapport final précisant les acquis et le comportement du candidat.

2.3 - Les qualités humaines, relationnelles, managériales du candidat (propres au métier de GO) :

Les candidats devront fournir un questionnaire type d'évaluation rempli par le Chef de service de l'unité dans laquelle il travaille ainsi qu'une évaluation sur papier libre des différents Chefs de service sous l'autorité desquelles ils ont travaillé.

Annexe 1

Dépistage et traitement des grossesses à risque d'hémorragie

| | |
|--|---|
| Réaliser un diagnostic | <ul style="list-style-type: none">• en prévoyant et en prévenant ce risque le plus en amont de la grossesse ;• en interrogeant la patiente sur les antécédents hémorragiques éventuels (dentaires, chirurgicaux, familiaux, lors d'accouchements précédents...) et sur les prises de médicaments ;• en effectuant l'examen clinique et les examens complémentaires (bilan d'hémostase...) et échographie (présence de fibrome...) ; en formalisant l'évaluation du risque, dans une approche éventuellement pluridisciplinaire ;• en communiquant avec la patiente et la famille sur la prise en charge et ses risques. |
| Décider de l'indication et d'une stratégie d'intervention | <ul style="list-style-type: none">• en décidant des traitements préventifs et de la stratégie à suivre lors de la grossesse et de l'accouchement ;• en évaluant les possibilités du plateau technique : adéquation entre le risque et la nécessité de prise en charge par des moyens spécialisés ;• en prévoyant les moyens de transfusion (et le cas de refus de transfusion) ;• en organisant les ressources nécessaires à la prévention au cours de l'accouchement. |
| Réaliser l'intervention chirurgicale | <ul style="list-style-type: none">• en faisant face à l'urgence d'une hémorragie ; en diagnostiquant son importance et son origine (délivrance incomplète, lésion identifiable ...) par révision utérine et par vérification du col sous valves ;• en réalisant les gestes techniques dans une maîtrise du temps et en s'adaptant à l'évolution clinique ;• en décidant en temps utile des gestes et thérapeutiques appropriés (provoquer la contraction de l'utérus, ligature ou embolisation d'artère, hystérectomie ?...);• en gérant la communication avec la patiente et la famille du point de vue des conséquences médicales et médico-légales possibles. |
| Effectuer un suivi postopératoire immédiat | <ul style="list-style-type: none">• en suivant l'état médical de la patiente, la douleur et l'évolution ;• en expliquant à la patiente et à son entourage les gestes qui ont été effectués et leurs conséquences. |
| Effectuer un suivi en temps différé | <ul style="list-style-type: none">• en menant l'analyse critique pluridisciplinaire de la prise en charge ;• en tirant toutes les conséquences en termes de modification des pratiques ;• en communiquant les événements porteurs de risques. |

Annexe 2

Prise en charge des douleurs pelviennes

| | |
|---|--|
| <p>Réaliser un diagnostic</p> | <ul style="list-style-type: none"> • en prenant le temps d'un interrogatoire précisant l'intégralité de l'histoire médicale, en s'aidant éventuellement de questionnaires préétablis ; • en analysant le contexte psychologique et familial associé ; • en procédant à l'examen clinique complet, en tenant compte des recommandations ; • en prescrivant des examens complémentaires en fonction de l'examen clinique ; • en étendant éventuellement l'exploration à l'ensemble des organes du bassin. |
| <p>Décider de l'indication et d'une stratégie d'intervention</p> | <ul style="list-style-type: none"> • en expliquant et dialoguant avec la patiente, prenant en compte ses priorités et le projet du couple : soulager, sauvegarder la possibilité d'une nouvelle grossesse ; • en évaluant l'impact des symptômes sur la vie des patientes : arrêt de la vie sexuelle, problèmes dans le couple par disparition ou espacement des rapports, impact sur l'exercice d'une activité professionnelle (en s'aidant éventuellement d'un questionnaire) ; • en fonction du bénéfice attendu tout en soulignant les risques (dysurie, troubles digestifs et également le taux de récurrence) ; • en précisant les limites de la voie coelioscopique et le risque de conversion en laparotomie ; • en proposant une stratégie thérapeutique médicale et/ou chirurgicale, associée au ratio bénéfices/risques et en informant sur des effets secondaires possibles des traitements (ménopause transitoire) ; • en adressant éventuellement après explication à d'autres spécialistes. |
| <p>réaliser l'intervention thérapeutique</p> | <ul style="list-style-type: none"> • en évaluant la nécessité d'une thérapeutique médicale en préopératoire ; • en sachant savoir adresser la patiente à des centres spécialisés ou se faire aider de chirurgiens de spécialité complémentaire, si l'intervention nécessite des gestes chirurgicaux importants ; • en sachant renoncer à une chirurgie mutilante si la patiente n'est pas prévenue ; • en adaptant les gestes chirurgicaux en fonction des options et des priorités de la patiente (privilégier la fertilité). |
| <p>Effectuer un suivi postopératoire immédiat</p> | <ul style="list-style-type: none"> • en suivant l'état médical de la patiente, la douleur et l'évolution des symptômes ; • en expliquant à la patiente les gestes qui ont été effectués ; • en analysant et suivant le retentissement général des thérapeutiques (recours possible à des questionnaires). |
| <p>Effectuer un suivi en temps différé</p> | <ul style="list-style-type: none"> • en menant l'analyse critique pluridisciplinaire de la prise en charge ; • en tirant toutes les conséquences en termes de modification des pratiques ; • en suivant les évolutions sur le long terme. |

Annexe 3

Prise en charge et intervention sur une grossesse extra-utérine

| | |
|---|---|
| Réaliser un diagnostic | <ul style="list-style-type: none">• en menant un interrogatoire approfondi à la recherche d'antécédents (chirurgie des trompes, tabagisme, infections génitales) ;• en procédant à l'examen clinique pour le diagnostic différentiel ;• en prescrivant les examens complémentaires (échographie, BHCG,...) et le bilan pré-thérapeutique. |
| Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique | <ul style="list-style-type: none">• en dialoguant avec la patiente pour s'assurer de sa compréhension, de ses choix personnels en termes de fertilité, de contraception, et de son mode de vie ;• en informant la patiente du ratio risques/bénéfices des thérapies possibles (traitements médicamenteux, intervention chirurgicale conservatrice ou non). |
| Réaliser l'intervention chirurgicale ou le traitement | <ul style="list-style-type: none">• <u>en cas d'intervention chirurgicale, mener l'opération</u> :<ul style="list-style-type: none">○ en suivant les pratiques relevant d'une compétence chirurgicale validée (en particulier en coelochirurgie).○ en s'assurant de l'adéquation du plateau technique.• <u>en cas de traitement médical, conduire ce traitement</u> :<ul style="list-style-type: none">○ en prenant en compte les recommandations de la profession. |
| Effectuer Un suivi immédiat | <ul style="list-style-type: none">• en suivant l'évolution en particulier de la douleur et de l'état médical de la patiente ;• <u>en cas de traitement médicamenteux</u> : 5 jours<ul style="list-style-type: none">○ en suivant régulièrement les effets thérapeutiques et le retentissement général.• <u>en cas d'intervention chirurgicale</u> :<ul style="list-style-type: none">○ en vérifiant l'efficacité du traitement ;○ en expliquant à la patiente les gestes ;○ leurs conséquences. |
| Effectuer un suivi temps différé | <ul style="list-style-type: none">• en évaluant les demandes de la patiente (fertilité, contraception) ;• en assurant les relations et la communication avec le réseau soignant [médecin traitant en particulier) ;• en effectuant une analyse critique pluridisciplinaire de la prise en charge ;• en tirant toutes les conséquences en termes de modification des pratiques. |

Annexe 4

Prise en charge du cancer du sein

| | |
|---|--|
| Effectuer un dépistage | <ul style="list-style-type: none">• en proposant un dépistage individuel en consultation en fonction du niveau de risque familial et des antécédents ;• en contribuant au dépistage de la population féminine selon les recommandations en vigueur (mammographie recommandée tous les deux ans à partir de 50 ans). |
| Réaliser un diagnostic | <ul style="list-style-type: none">• en prenant le temps d'un interrogatoire précisant l'intégralité de l'histoire médicale et en recherchant les antécédents personnels et familiaux, en s'aidant éventuellement de questionnaires préétablis ;• en analysant le contexte psychologique et familial associé ;• en procédant à l'examen clinique complet, en tenant compte des recommandations ;• en prescrivant des examens complémentaires à visée diagnostique et pré-thérapeutique ;• en étendant l'exploration au bilan d'extension ;• en validant le diagnostic de manière pluridisciplinaire (RCP). |
| Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique | <ul style="list-style-type: none">• en expliquant et dialoguant avec la patiente, prenant en compte ses priorités et le projet du couple ;• en présentant le ratio risques/bénéfices ;• en établissant une stratégie thérapeutique pluridisciplinaire ;• en l'expliquant à la patiente et en obtenant son accord. |
| Réaliser l'intervention thérapeutique | <ul style="list-style-type: none">• en suivant les recommandations et les protocoles validés. |
| Effectuer un suivi immédiat | <ul style="list-style-type: none">• en suivant l'état médical de la patiente et l'évolution ;• en expliquant à la patiente les gestes qui ont été effectués ;• en analysant et suivant le retentissement général des thérapeutiques ;• sur le plan personnel et physiologique. |
| Effectuer un suivi en temps différé | <ul style="list-style-type: none">• en menant l'analyse critique pluridisciplinaire de la prise en charge ;• en analysant les résultats ;• en évaluant l'évolution à plus long terme et en prenant les décisions en cas de changements. |