

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

**Sujets prioritaires et
éléments clés
pour
l'évaluation des
compétences avancées
en chirurgie
Juin 2019**

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à la citation ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Pour citer ce document :

Collège des médecins de famille du Canada. *Sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation des compétences avancées en chirurgie*. Mississauga, ON: Collège des Médecins de famille du Canada; 2019.

Remerciements

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) remercie les membres du Groupe de travail sur l'évaluation des compétences avancées en chirurgie pour l'élaboration de ces sujets prioritaires et éléments clés.

- Erica Button, MD, CCFP
- George Carson, MD, FRCSC, FSOGC, CCHE
- Nichelle Desilets, MD, CCFP
- Randall Friesen, MD, FRCSC
- Brian Geller, CCFP (EM), FCFP
- Stuart Iglesias, MD, MCFP
- Stephanie Johnston, MD, FRCSC
- Mark Sugamori, MD, CCFP, FCFP
- Eric Webber, MD, FRCSC

Les membres du personnel du Département de certification et d'évaluation du CMFC ont assuré la coordination et le soutien du groupe de travail : D^{re} Lisa Fischer, D^r Roy Wyman, M^{me} Tatjana Lozanovska, et M^{me} Nadia Mangal.

Sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation des compétences avancées en chirurgie

En 2015, le Conseil d'administration du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a approuvé la création de Certificats de compétence additionnelle (CCA) dans deux nouveaux domaines : les compétences avancées en chirurgie (CC) et les compétences en chirurgie obstétricale (CCO). Cette initiative s'appuie sur le but ultime d'améliorer l'accès aux soins chirurgicaux et de maternité de haute qualité près du domicile des patients, en milieu rural.

Le Groupe de travail sur l'évaluation de la compétence avancée en chirurgie du CMFC a créé ce recueil de sujets prioritaires et d'éléments clés pour l'évaluation de la compétence entre 2017 et 2019. Ce Groupe de travail a été mis sur pied pour assurer la collaboration entre les médecins de famille qui possèdent des compétences avancées en chirurgie, les médecins de famille qui possèdent des compétences en chirurgie obstétricale, des représentants des Comités de spécialité du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, des représentants de l'Association canadienne des chirurgiens généraux et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, et un représentant de la Société de la médecine rurale du Canada.

Les objectifs de ces sujets prioritaires et éléments clés sont :

- Guider l'évaluation des connaissances et des compétences requises afin de déterminer la compétence pour décerner les Certificats de compétence additionnelle (CCA) en CC (pour les médecins de famille qui pratiquent un vaste éventail de procédures chirurgicales, y compris des césariennes) et en CCO (pour les médecins de famille qui pratiquent des césariennes et qui offrent des soins obstétriques avancés)
- Établir des normes nationales pour l'agrément par le CMFC. Tous les programmes de CC et de CCO devront montrer qu'ils évaluent ces compétences chez tous les diplômés.

Ces sujets prioritaires et éléments clés ne sont pas exhaustifs et ne représentent peut-être pas pleinement la portée du rôle d'un médecin possédant un CCA en CC. Ces rôles peuvent varier de façon appropriée selon les ressources, les options en matière de soins et les attentes de la communauté. Un médecin possédant un CCA en CC peut exercer seul ou avec plusieurs personnes possédant des compétences avancées dans une petite communauté ou dans un centre régional en partenariat avec les spécialistes.

La pratique d'un médecin possédant un CCA en CC doit aussi tenir compte des éléments suivants :

- La volonté de maintenir ou de réinstaurer des services de haute qualité le plus près possible du domicile des patients qu'il est raisonnablement possible de le faire, en tenant compte de facteurs tels que, mais sans s'y limiter, l'accessibilité, un minimum de dérangement pour le patient et sa famille, le respect des enjeux culturels et la réduction des coûts pour le système et les patients

- L'importance stratégique d'avoir un solide programme de chirurgie local afin d'assurer la viabilité des soins de maternité à proximité du domicile des patients dans les régions rurales et éloignées
- La compétence fondamentale de sélectionner des patients qui comprend la capacité de collaborer de façon efficace avec le patient, l'équipe locale et le réseau régional lors de la prise de décision concernant les soins offerts localement ou le transfert vers un niveau de soins plus élevé
- Le consensus émergent selon lequel les soins chirurgicaux dans les communautés rurales sont mieux dispensés, signalés et évalués sur le plan de la qualité, dans les réseaux régionaux qui comprennent des médecins possédant un CCA en CC ou en CCO, ainsi que des chirurgiens spécialisés. Ces réseaux reconnaissent que la compétence est un attribut fondé sur le travail d'équipe qui s'applique à la prestation de tous les services suivants : chirurgie, anesthésie, soins infirmiers et soutien institutionnel
- Le fort potentiel d'intégration de la technologie à distance pour réunir le personnel des réseaux ou des programmes régionaux afin d'assurer la prestation en équipe de soins chirurgicaux et de maternité dans les milieux ruraux
- Le paradigme émergent que les résultats des soins de santé, qu'ils soient rattachés à des praticiens ou à des programmes, reviennent en fait à la région dans son ensemble, et que la qualité des résultats est une mesure de l'efficacité du triage et du fonctionnement du réseau régional
- La nécessité pour les médecins qui possèdent un CCA en CC de gérer les situations cliniques qui exigent qu'ils fassent preuve de courage clinique et qu'ils assument le rôle (qui pourrait bien leur être attribué) de chef d'équipe et de premier répondant en chirurgie
- Le rôle des médecins qui possèdent un CCA en CC d'encourager l'éducation des médecins et de tous les membres de l'équipe et de diriger des activités d'amélioration de la qualité de façon régulière
- Le rôle des médecins qui possèdent un CCA en CC d'identifier les services chirurgicaux qui peuvent être fournis localement et qui amélioreront la qualité des soins dans la communauté, et de promouvoir ces services

Comment les sujets prioritaires et éléments clés ont-ils été élaborés ?

Le Groupe de travail sur l'évaluation des compétences avancées en chirurgie (composé de neuf membres) a agi comme groupe nominal, et a créé une première liste de sujets prioritaires en utilisant un sondage individuel, suivi d'une discussion en groupe et un consensus. Le sondage de validation a été envoyé à 196 médecins de famille avec un intérêt en compétences avancées en chirurgie : 48 d'entre eux ont été recommandés par le Groupe de travail et le reste provenait de la base de données de la Section des communautés de pratiques en médecine familiale du CMFC, stratifiée pour assurer une représentation équilibrée et diversifiée. Le taux de réponse au sondage a été de 19 pour cent, avec 37 questionnaires remplis. Les réponses ont été codées indépendamment et une deuxième liste de sujets prioritaires a été dressée. Les listes générées par le groupe nominal et par le groupe de référence élargi étaient très semblables, tant pour les sujets nommés que pour les priorités attribuées, avec une forte corrélation positive de 0,75. Cette liste initiale comprenait 22 sujets prioritaires.

Les éléments clés ont été élaborés et finalisés pour tous les sujets à l'aide de la technique du groupe nominal, qui comprenait quatre itérations de commentaires individuels, de multiples discussions en personne et la recherche d'un consensus. Au cours de ce processus itératif, les éléments clés pour certains sujets prioritaires ont été combinés et certains ont été supprimés s'il y avait chevauchement. La liste finale comprend 17 sujets prioritaires. Une attention concertée a été portée afin de ne pas répéter les sujets prioritaires déjà inclus dans les objectifs d'évaluation en médecine familiale, à moins qu'un accent particulier sur les compétences chirurgicales avancées n'ait été identifié durant le processus de génération d'éléments clés. On s'attend à ce que les candidats ayant obtenu un CCA en CC aient démontré l'acquisition des compétences de base en médecine de famille, y compris les [six dimensions essentielles de la compétence en termes d'habiletés](#) et les [Habiletés techniques](#).

Lors de l'élaboration de la liste des sujets prioritaires et de la liste des procédures, le Groupe de travail s'est inspiré de l'un des programmes de CAC les plus importants et les mieux établis, celui de l'Université de la Saskatchewan à Prince Albert, et du travail collaboratif national accompli au cours des dernières années par les organisations respectives des membres du groupe de travail, notamment :

- Les documents de consensus publiés pour le CC² et les CCO³

¹ Collège des médecins de famille du Canada. *Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2010.

² Caron, N., Iglesias, S., Friesen, R. Berjat V, Humber N, Falk R, et coll. A proposal for the curriculum and evaluation for training rural family physicians in enhanced surgical skills. *Can J Surg* 2015;58(6):419-421.

³ Burnett M, Iglesias S, Siverston J, Blake J, Woollard R, Ebert N, et coll. A competency-based curriculum for training rural family physicians in operative delivery. *J Obstet Gynaecol Can* 2017; 39(6):474-477.

- Le Joint Position Paper on Rural Surgery and Operative Delivery⁴
- Le Summit on Rural Surgery and Operative Delivery, à Banff (Alberta), 2016

Il ne faut pas oublier qu'étant donné l'important chevauchement entre les compétences essentielles requises pour différents sujets prioritaires, la tendance voulait que l'on évite les répétitions et que l'on énumère les éléments clés de façon sélective. Le présent est un document évolutif qui sera revu et mis à jour périodiquement pour en assurer la pertinence.

⁴ Iglesias, S, Kornelsen, J, Woollard, R, Caron N, Warnock G, Friesen R, et coll. Joint position paper on rural surgery and operative delivery. *Can J Rural Med* 2015;20(4):129-138.

Comment utiliser ces sujets prioritaires et éléments clés

Il est important de noter que le contenu du présent document est intentionnellement sélectif et non exhaustif. Les sujets prioritaires ne représentent pas une liste exhaustive de sujets qui devraient être couverts dans la formation, mais plutôt une liste sélective de domaines d'évaluation qui peuvent aider les enseignants/évaluateurs à déduire la compétence globale en matière de compétences avancées en chirurgie/chirurgie obstétricale. Les éléments clés représentent les étapes critiques ou essentielles dans la résolution d'une situation ou d'un problème clinique, de sorte que l'acquisition des compétences sous-jacentes peut être déterminée. L'extrapolation de la pratique à des activités raisonnablement connexes devrait être anticipée et est souhaitable. Tous les éléments clés font référence à des actes observables et non à des connaissances. Ils ne couvrent pas toutes les démarches nécessaires (p. ex., anamnèse, examen physique, diagnostic, prise en charge), mais seulement celles jugées critiques et dont les apprenants manquent le plus souvent.

En tant que tels, les sujets prioritaires et leurs éléments clés ne sont pas conçus pour être utilisés dans le cadre d'une approche fondée sur des listes de contrôle lors de l'évaluation de la compétence. Il est préférable de les utiliser pour encadrer les efforts d'évaluation (p. ex., échantillonnage, observation, réflexion) au fil du temps afin d'établir le bien-fondé de la compétence globale ou de l'absence de celle-ci. Ils peuvent aussi être utiles dans les situations suivantes :

Pour les apprenants :

- Utiliser pour guider l'autoréflexion sur la compétence et pour développer un plan d'apprentissage, particulièrement avant et durant les expériences cliniques
- Utiliser comme guide pour solliciter les commentaires auprès des superviseurs et des examinateurs

Pour les superviseurs/évaluateurs :

- Comparer le contenu de ce document à ses stratégies d'évaluation et faire les ajustements nécessaires
- Utiliser comme guide pour formuler les plans d'apprentissage pour ses apprenants
- Utiliser comme évaluation guidée des apprenants, y compris pour solliciter des commentaires, développer les questions à poser aux apprenants et pour rédiger les feuilles de route
- Utiliser pour guider l'autoréflexion afin d'évaluer l'enseignement

Pour les programmes :

- Utiliser pour guider la planification d'un cursus qui fournira aux apprenants une exposition adéquate aux sujets prioritaires et habiletés techniques
- Utiliser pour guider l'élaboration de stratégies d'évaluation
- Utiliser comme normes d'évaluation pour déterminer si le résident a réussi le programme de formation ou non

Sujets prioritaires

1. [Sélection des patients/Évaluation préopératoire](#)
2. [Médecin agissant comme consultant avec des compétences avancées en chirurgie](#)
3. [Gestion de l'accouchement](#)
4. [Accouchement par césarienne](#)
5. [Prise en charge chirurgicale de l'hémorragie post-partum](#)
6. [Lacérations obstétriques complexes](#)
7. [Saignement au premier trimestre](#)
8. [Abdomen aigu](#)
9. [Endoscopie gastro-intestinale](#)
10. [Hernie inguinale et ombilicale primaire non compliquée](#)
11. [Stérilisation chirurgicale des femmes](#)
12. [Présentations périanales et périnéales aiguës \(à l'exception des cas obstétriques\)](#)
13. [Prise en charge des traumatismes](#)
14. [Accès abdominal/Accès par laparoscopie](#)
15. [Complications peropératoires](#)
16. [Prise en charge postopératoire](#)
17. [Amélioration continue de la qualité](#)

Sujet prioritaire 1 : Sélection des patients/Évaluation préopératoire

1. Lorsque vous travaillez comme médecin avec des compétences avancées en chirurgie, participez à l'élaboration des politiques de l'établissement et de la région sur la sélection des patients.
2. Lorsque vous envisagez une chirurgie ou une intervention pour un patient,
 - a) Confirmez le diagnostic indépendamment
 - b) Consultez au besoin les anesthésistes et autres membres de l'équipe afin de déterminer si l'intervention convient au patient
 - c) Réagissez en fonction de l'urgence de la situation
 - d) Décidez où les soins seront dispensés selon vos habiletés personnelles et celles de l'équipe, de même que des ressources offertes dans la localité
3. En collaboration avec le patient, évaluez les options, ainsi que les risques et bienfaits liés à la chirurgie ou l'intervention effectuée sur place ou au transfert du patient pour recevoir les soins, en tenant compte des facteurs suivants :
 - Stabilité de l'état du patient
 - Complications potentielles
 - Conditions météorologiques et facteurs géographiques
 - Délais de transfert prolongés
 - Facteurs socio-culturels, volontés du patient et de la famille, et ressources financières
 - Autonomie du patient
4. Lors de la création d'un plan pour un patient qui comprend une chirurgie ou une intervention sur place :
 - a) Identifiez les risques médicaux individuels et optimisez l'état préopératoire
 - b) Anticipez les complications et créez un plan de contingence
 - c) Élaborez, mettez en application et communiquez un plan exhaustif des soins postopératoires

Nota : Pour connaître les éléments clés sur le sujet prioritaire. [Transfert de patients](#), consulter le document [Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences pour la médecine familiale en régions rurales et éloignées p.8.](#)

Sujet prioritaire 2 : Médecin agissant comme consultant avec des compétences avancées en chirurgie

1. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'un patient,
 - a) Discutez des préoccupations du médecin traitant et de celles du patient
 - b) Confirmez le diagnostic indépendamment par une anamnèse, un examen et des analyses de laboratoire appropriées
 - c) Décidez et communiquez clairement au médecin traitant et au patient à qui revient la responsabilité continue des soins (c.-à-d. principal médecin responsable)
 - d) Communiquez le plan thérapeutique au patient et au médecin traitant

2. Lorsque votre opinion clinique ne correspond pas à celle du médecin traitant et/ou du patient,
 - a) Définissez, communiquez et documentez clairement le diagnostic et le plan de gestion proposé, ainsi que les solutions de rechange
 - b) Prenez les mesures appropriées pour résoudre la différence d'opinions dans le respect et le plus rapidement possible
 - c) Veillez aux soins continus comme indiqué, et déterminez à qui revient la responsabilité continue des soins

Sujet prioritaire 3 : Gestion de l'accouchement

1. Lorsqu'on vous consulte avant ou pendant l'accouchement pour un accouchement vaginal chirurgical ou une césarienne possible,
 - a) Évaluez complètement et indépendamment la mère et le fœtus
 - b) Répondez aux préoccupations du médecin traitant et à celles de la patiente
 - c) Élaborez un plan de gestion ponctuel en tenant compte de :
 - l'urgence de la situation
 - le bien-être de la mère et du fœtus
 - vos propres habiletés
 - les ressources disponibles (p. ex., équipe, équipement, durée du transfert)
 - d) Décidez et communiquez clairement qui est responsable des soins (c.-à-d. principal médecin responsable)
2. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'une patiente en urgence obstétrique (p. ex., hémorragie anténatale, rupture soupçonnée de l'utérus, anomalie de la fréquence cardiaque fœtale),
 - a) Restez calme, prenez le contrôle de la situation et communiquez avec assurance le plan d'action à la patiente, au médecin traitant et à l'équipe de soins
 - b) Mettez en œuvre un plan qui tient compte du bien-être de la mère et du fœtus et l'optimise, et qui utilise toutes les ressources disponibles
 - c) Commencez le transfert ponctuel lorsque cela est nécessaire
3. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'une patiente dont le travail pourrait progresser anormalement,
 - a) Réévaluez pour établir le diagnostic selon lequel le travail est commencé et confirmez ou éliminez la dystocie (c.-à-d. reconnaître les variations de ce que signifie « normal »)
 - b) Veillez à la gestion optimale du travail
 - c) Commencez l'accouchement au bon moment
4. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'une patiente pour laquelle la surveillance cardiaque fœtale est atypique ou anormale,
 - a) Obtenez et interprétez un tracé cardiaque fœtal tout en réfléchissant à la situation clinique
 - b) Veillez à la réanimation intra-utérine adéquate
 - c) Commencez rapidement l'accouchement lorsque cela est indiqué
5. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'une patiente qui présente une lacération obstétrique complexe,
 - a) Effectuez un examen approprié, à l'aide d'un éclairage, d'une analgésie et d'une exposition adéquats
 - b) Évaluez soigneusement et déterminez l'ampleur de la lésion du sphincter anal
 - c) Optimisez les soins et reconnaissez le besoin de transférer la patiente

6. Lorsque vous commencez le transfert d'une patiente qui présente une lésion périanale ou périnéale aiguë,
 - a) Assurez l'hémostase
 - b) Commencez l'antibiothérapie avant le transfert

*Voir aussi [Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité.](#)

Sujet prioritaire 4 : **Accouchement par césarienne**

1. Lorsqu'on vous consulte pour évaluer une patiente qui pourrait avoir besoin d'une césarienne,
 - a) Réévaluez complètement et indépendamment la patiente et déterminez si une césarienne est appropriée
 - b) Discutez avec la patiente de l'option de peut-être éviter la césarienne en essayant de pousser

2. Après avoir pris la décision d'effectuer une césarienne,
 - a) Décidez de faire la césarienne sur place, en fonction de l'urgence, de l'état de la mère et du fœtus, de l'âge gestationnel, des ressources chirurgicales et néonatales disponibles, de la disponibilité du transport vers un autre centre et de l'importance pour la mère d'accoucher près de chez elle
 - b) Choisissez l'incision abdominale et utérine appropriée, en fonction du scénario clinique
 - c) Assurez la surveillance continue de la mère et du fœtus
 - d) Prévoyez la possibilité d'un accouchement difficile par césarienne (p. ex., blocage de la tête après un travail prolongé, placenta antérieur, IMC élevé, chirurgie abdominale précédente) afin de concevoir un plan de gestion en équipe
 - e) Confirmez que l'équipe est prête à recevoir le nouveau-né

3. Durant une césarienne,
 - a) Modifiez le plan chirurgical au besoin (p. ex., échec de l'anesthésie, perte sanguine substantielle, présentation anormale) en collaboration avec l'équipe
 - b) Ajustez la vitesse/l'urgence de l'intervention en fonction des circonstances (p. ex., rupture de l'utérus, fréquence cardiaque fœtale anormale)
 - c) Communiquez sensiblement en reconnaissant la nature unique de la situation (p. ex., patiente éveillée, présence du partenaire)

4. Lorsqu'il est difficile d'extraire le fœtus,
 - a) Reconnaissez le besoin de prolonger l'incision et prolongez-la (p. ex., utérus, muscle, aponévrose, peau)
 - b) Employez d'autres techniques d'accouchement lorsque cela est nécessaire (p. ex., élevez la tête, extraire par le siège)
 - c) Dirigez l'équipe pour recevoir l'aide nécessaire

5. Après un résultat inattendu ou négatif,
 - a) Reconnaissez l'impact émotionnel sur la mère, le partenaire et la famille et offrez-leur le soutien approprié (p. ex., maintenez la communication avec l'équipe qui s'occupe du nouveau-né, organisez le suivi approprié)
 - b) Débriefez et réfléchissez à l'impact émotionnel sur vous-même, sur l'équipe et sur la communauté, et obtenez les services de soutien appropriés

Sujet prioritaire 5 : Prise en charge chirurgicale de l'hémorragie post-partum

1. Lorsqu'on vous consulte pour prendre en charge une patiente qui présente une hémorragie post-partum,
 - a) Restez calme et prenez le contrôle de la situation
 - a) Réanimatez la patiente et optimisez la gestion médicale
 - b) Envisagez toutes les causes de saignement et traitez les étiologies traitables
 - c) Ne sous-estimez pas la perte sanguine
 - d) Prévoyez, prévenez et gérez l'état de choc

2. Chez une patiente qui présente une hémorragie post-partum qui ne répond pas à la gestion préliminaire,
 - a) Assurez la réanimation continue tout en vous préparant pour la chirurgie
 - b) Décidez de l'intervention chirurgicale en fonction de l'étiologie, de l'urgence, des ressources disponibles et de votre niveau de compétences
 - c) Communiquez clairement l'urgence d'intervenir à l'équipe et à la patiente
 - d) Commencez le processus de transfert lorsque nécessaire
 - e) Utilisez une gamme appropriée de techniques chirurgicales

*Voir aussi [Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité.](#)

Sujet prioritaire 6 : Lacérations obstétriques complexes

1. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'une patiente qui présente une lacération obstétrique possible,
 - a) Assurez l'analgésie, le positionnement, l'exposition et l'éclairage appropriés, en salle d'opération si nécessaire
 - b) Examinez systématiquement le canal de naissance, y compris avec un examen rectal et un examen circonférentiel du col de l'utérus pour identifier toutes les lésions en portant une attention particulière aux déchirures du quatrième degré
 - c) Surveillez les saignements continus et reconnaissez l'hémorragie post-partum

2. Lorsqu'une lacération obstétrique nécessite une intervention chirurgicale,
 - a) Établissez correctement que vous avez les habiletés nécessaires pour réparer les blessures complexes (p. ex. déchirures du quatrième degré) et envisagez de consulter tôt en vue d'un transfert possible
 - b) Réparez les déchirures et les structures anatomiques touchées à l'aide de la technique et des instruments chirurgicaux appropriés
 - c) Si un transfert est prévu, assurez l'analgésie appropriée, l'hémostase et la réanimation

3. Lorsque vous élaborez un plan postopératoire,
 - a) Prévenez la constipation pour éviter que la réparation ne se brise (p. ex. prescrivez des laxatifs)
 - b) Prescrivez l'analgésie multimodale adéquate
 - c) Renseignez la patiente au sujet des conséquences à long terme potentielles

Sujet prioritaire 7 : Saignement au premier trimestre

1. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'une patiente qui présente un saignement présumé au premier trimestre,
 - a) Évaluez la patiente complètement (p. ex., hCG, âge gestationnel, Rh), y compris examen au spéculum (c.-à-d., ne vous fiez pas exclusivement à la technologie et aux résultats de laboratoire) afin d'inclure ou d'exclure la grossesse
 - b) Confirmez l'âge gestationnel et l'emplacement de la grossesse tout en envisageant la possibilité d'une grossesse hétérotopique
 - c) Confirmez et respectez les attentes de la patiente à l'égard de cette grossesse
2. Chez une patiente qui présente une grossesse à localisation indéterminée ou dont la viabilité est incertaine, envisagez de retarder l'intervention si la patiente est stable et organisez un suivi étroit.
3. Chez une patiente ayant reçu un diagnostic de grossesse intra-utérine non viable, envisagez la gestion médicale plutôt que chirurgicale (c.-à-d., ne vous pressez pas au bloc opératoire).
4. Chez une patiente ayant reçu un diagnostic de grossesse extra-utérine,
 - a) Prévoyez et surveillez les pertes sanguines et possiblement une hémorragie occulte
 - b) Posez un diagnostic rapidement et instaurez la gestion médicale ou chirurgicale
 - c) Discutez avec la patiente de l'impact des choix thérapeutiques sur la fertilité future et le risque accru de récurrence
5. Durant une dilatation et un curetage, répondez rapidement et de manière appropriée à une perforation de l'utérus soupçonnée ou réelle.
6. Chez une patiente ayant été traitée pour un saignement durant le premier trimestre,
 - a) Renseignez la patiente pour que la personne puisse reconnaître les complications postopératoires et à long terme, et la nécessité du suivi
 - b) Reconnaissez et parlez de l'impact émotionnel lié à une perte de grossesse

Sujet prioritaire 8 : Abdomen aigu

1. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'un patient pour lequel on soupçonne un abdomen aigu qui pourrait nécessiter une intervention chirurgicale,
 - a) Réévaluez indépendamment tous les organes, à l'aide des analyses appropriées
 - b) Réévaluez et reconnaissez les changements, souvent subtils, qui influent sur la décision de faire la chirurgie
 - c) Analgésiez le patient de manière appropriée
 - d) Reconnaissez les situations potentiellement mortelles (p. ex., rupture d'anévrisme abdominal) et gérez-les rapidement
 - e) Reconnaissez les présentations cliniques atypiques dans les populations particulières (p. ex., appendicite chez les jeunes enfants et les femmes enceintes) et gérez-les en conséquence
 - f) Décidez entre la gestion opératoire et non opératoire et instaurez le traitement en temps voulu, y compris la décision d'opérer sur place ou de transférer le patient en urgence

*Nota : Voir aussi: [Les sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation en médecine familiale \(Douleur abdominale\)pg. 60](#)

Sujet prioritaire 9 : Endoscopie gastro-intestinale

1. Durant une endoscopie gastro-intestinale (GI), reconnaissez les scénarios cliniques ou les lésions spécifiques dont les soins nécessaires excèdent vos compétences et les ressources disponibles, et recommander le patient à des soins plus poussés.
2. Chez un patient qui passe une coloscopie,
 - a) Communiquez l'importance de bien préparer les intestins en vue de l'intervention
 - b) Notez adéquatement la qualité de l'examen (p. ex., intubation du cæcum, détection de polypes)
 - c) Reconnaissez les lésions et situations pour lesquelles les soins nécessaires excèdent vos habiletés et les ressources disponibles, et recommandez le patient à des soins plus poussés
 - d) Prenez les mesures appropriées lorsque les intestins sont inadéquatement préparés
 - e) Reconnaissez et gérez les difficultés à effectuer l'examen (p. ex., insufflation insuffisante ou inappropriée, sédation inadéquate, positionnement du patient)
 - f) Reconnaissez les complications (p. ex., perforation, saignement majeur) et gérez-les rapidement

Sujet prioritaire 10 : Hernie inguinale et ombilicale primaire non compliquée

1. Lorsqu'on vous consulte pour un patient pour lequel on soupçonne une hernie inguinale ou ombilicale,
 - a) Utilisez les techniques d'examen précises pour confirmer la présence d'une hernie (p. ex., position debout, Valsalva)
 - b) Corrélisez les observations physiques aux symptômes (p. ex. souvent, les hernies ne causent pas de douleur abdominale)
 - c) Utilisez l'imagerie seulement lorsqu'elle est indiquée
 - d) Distinguez les hernies primaires et non compliquées des hernies compliquées (p. ex. étranglement intestinal) et organisez les soins urgents lorsque la situation l'exige
2. Chez tous les patients pour lesquels la réparation d'une hernie est envisagée,
 - a) Sélectionnez la technique appropriée selon les facteurs liés au patient (p. ex. obésité) et de vos propres habiletés
 - b) Créez un plan de gestion en vue des constatations peropératoires inattendues
3. Durant la réparation d'une hernie inguinale,
 - a) Identifier correctement les structures en raison de la complexité de l'anatomie dans cette région
 - b) Reconnaissez une hernie par glissement et altérez l'approche chirurgicale

Sujet prioritaire 11 : Stérilisation chirurgicale des femmes

1. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'une patiente qui demande la stérilisation chirurgicale durant la césarienne, pendant le temps post-partum, ou à un temps éloigné,
 - a) Conseillez adéquatement la patiente, en tenant compte de divers facteurs (p. ex., relation actuelle et stabilité de la relation, aspects culturels, âge, parité), des risques et des bienfaits de l'intervention (p. ex., nature permanente, risque de grossesse extra-utérine, taux d'échec) et des résultats attendus
 - b) Discutez de toutes les techniques non chirurgicales et chirurgicales (ligature des trompes c. salpingectomie)
2. Lorsque vous planifiez la stérilisation chirurgicale à temps éloigné, conseillez à la patiente de continuer à utiliser une méthode de contraception appropriée jusqu'à ce que la chirurgie soit terminée.
3. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'une patiente qui demande la stérilisation chirurgicale durant une césarienne urgente sans avoir eu la chance de parler avec elle de la stérilisation, envisagez de repousser la stérilisation pour lui permettre de recevoir les conseils adéquats, et lui donner suffisamment de temps pour réfléchir.
4. Lorsque vous effectuez la stérilisation chirurgicale,
 - a) confirmez que la patiente n'est pas enceinte avant de commencer
 - b) à identifier l'anatomie appropriée (p. ex. ligament rond c. trompe de Fallope).
5. Après la stérilisation chirurgicale, vérifiez que le rapport de pathologie est apparié aux échantillons chirurgicaux attendus.

Sujet prioritaire 12 : Présentations périanales et périnéales aiguës (à l'exception des cas obstétricaux)

1. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'un patient avec présentation périanale ou périnéale aiguë,
 - a) Réévaluez le patient complètement et indépendamment
 - b) Évaluez complètement l'ampleur de la lésion, l'abcès associé le cas échéant, et la nécessité et l'urgence d'une intervention chirurgicale
 - c) Créez un diagnostic différentiel vaste (p. ex., possibilité de violence sexuelle, ITS) et prenez-le en charge en conséquence
 - d) Optimisez la gestion des comorbidités (p. ex., maladie inflammatoire de l'intestin, diabète, cancer)

2. Lorsque vous gérez une présentation périanale ou périnéale aiguë,
 - a) Reconnaissez que ces présentations sont souvent plus complexes, plus importantes et/ou urgentes qu'elles en ont d'abord l'air (p. ex. compensation chez les jeunes patients en bonne santé ; septicémie précoce) et amorcez rapidement la gestion nécessaire
 - b) Reconnaissez et ne sous-estimez pas l'intensité de la douleur et fournissez l'analgésie adéquate pour la situation, ce qui nécessitera souvent une anesthésie générale ou rachidienne en salle d'opération
 - c) Veillez à ce que les conditions optimales soient en place pour l'intervention chirurgicale (p. ex., éclairage, rétraction, ressources), y compris le transfert au bloc opératoire
 - d) Réévaluez continuellement l'anatomie (p. ex., extension des espaces contigus, distorsion du tissu en raison d'une infection) pour assurer la gestion chirurgicale optimale (p. ex. éviter les blessures au sphincter anal)

3. Chez un patient qui a reçu une intervention périanale ou périnéale, reconnaissez la nature délicate de la lésion et informez le patient à quoi s'attendre en période postopératoire, aux soins nécessaires et au rétablissement (p. ex., reconnaissez l'inconfort social, fournissez des laxatifs, conseillez-le quant au moment de reprendre les activités sexuelles).

Sujet prioritaire 13 : Prise en charge des traumatismes

Dans les régions rurales et éloignées, les traumatismes créent des défis uniques et exigent la prise de décisions concernant la gestion immédiate sur place et le transfert du patient à des soins de niveau supérieur. L'équipe de chirurgie locale a un rôle à jouer, y compris l'anesthésie et les soins infirmiers, pour fournir des soins urgents sur place pendant que l'équipe évalue le transfert. Cela est optimal avec le soutien des équipes de traumatisme régionales et provinciales.

1. Participez à la planification des soins aux traumatisés et appuyez l'équipe dans le contexte d'un réseau ou d'un programme régional.
2. Chez tous les patients traumatisés,
 - a) Approchez la gestion de manière exhaustive et systématique
 - b) Soyez prêt à assumer le rôle de chef d'équipe et de premier intervenant chirurgical
 - c) Effectuez les interventions qui s'inscrivent dans les attentes du réseau régional et provincial et qui conviennent à vos propres habiletés

Note : Les habiletés d'ATLS sont présumées des exigences de base. *Voir aussi *Polytraumatismes* dans [les Éléments clés des sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en médecine d'urgence](#) et *Traumatismes* dans les [Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences pour la médecine familiale en régions rurales et éloignées](#)

Sujet prioritaire 14 : Accès abdominal/Accès par laparoscopie

1. Chez un patient qui s'apprête à subir une chirurgie abdominale,
 - a) Choisissez la « voie d'accès » qui convient le mieux (c.-à-d. laparoscopie ou chirurgie ouverte) avant de décider de l'incision en fonction de l'anamnèse et de l'examen (p. ex., chirurgies précédentes, obésité, constatations intra-abdominales les plus probables)
 - b) Créez les conditions optimales pour l'accès abdominal (p. ex., vider l'estomac, vidanger la vessie, optimiser la position du patient) en collaboration avec l'équipe de soins, surtout les anesthésistes
 - c) Prévoyez et reconnaissez le besoin de modifier la taille et l'emplacement de l'incision

2. Lorsque vous planifiez une intervention par laparoscopie,
 - a) Prévoyez la réponse physiologique au CO₂ dans le pneumopéritoine et les complications potentielles liées au pneumopéritoine (p. ex., acidose, hypotension, hypoxie)
 - b) Discutez avec le patient et l'équipe de la possibilité de devoir convertir à une intervention ouverte

3. Lorsque vous optez pour l'électrochirurgie, choisissez les applications appropriées, ce qui améliorera tant l'efficacité que la sécurité.

4. Durant une chirurgie par laparoscopie,
 - a) Veillez à pénétrer de façon sécuritaire dans la cavité péritonéale
 - b) Surveillez les observations ou événements inattendus et prenez-les en charge de manière indiquée, à l'aide d'un diagnostic différentiel vaste (p. ex., perte du pneumopéritoine, dysfonctionnement de l'équipement, anatomie)
 - c) Mettez fin à l'intervention ou passez à une intervention ouverte, lorsque la situation le justifie

Sujet prioritaire 15 : Complications peropératoires

1. Durant une chirurgie,
 - a) Surveillez continuellement le progrès de l'intervention afin de reconnaître les complications qui se développent
 - b) Vérifiez l'anatomie à toutes les étapes de l'intervention
 - c) Ajustez le plan chirurgical (p. ex., mettez fin à la chirurgie, utilisez une approche différente) lorsque l'intervention ne progresse pas comme prévu
 - d) Facilitez la communication franche avec l'équipe opératoire durant toute l'intervention

2. En présence d'une complication peropératoire,
 - a) Examinez les causes potentielles (liées à l'intervention ou autre) et prenez-les en charge adéquatement
 - b) Restez calme et communiquez clairement
 - c) Demandez l'opinion de l'équipe et des experts-conseils
 - d) Appliquez les principes chirurgicaux de base et le transfert des habiletés
 - e) Reconnaissez la gravité de la situation et prenez en charge la complication de façon appropriée (p. ex., mettez fin à l'intervention et organisez des soins alternatifs)

3. Après une intervention au cours de laquelle une complication est survenue,
 - a) Divulgez les complications et les résultats potentiellement indésirables au patient et à sa famille
 - b) Reconnaissez et abordez l'impact des complications sur vous-même et sur l'équipe (surtout en cas de résultat négatif)
 - c) Utilisez des stratégies d'amélioration continue de la qualité pour réduire la probabilité qu'une situation semblable se reproduise

Sujet prioritaire 16 : Prise en charge postopératoire

1. Pour tous les patients en postopératoire,
 - a) Rendez les notes d'opération facilement disponibles pour la consultation
 - b) Communiquez à l'équipe de soins, au patient et à sa famille tous les plans de suivi et comment reconnaître les complications

2. Chez un patient dont l'évolution postopératoire est inattendue,
 - a) Revoyez les notes opératoires
 - b) Réévaluez/réexaminez le patient, et demandez les analyses appropriées afin d'identifier certaines complications précises
 - c) Créez un diagnostic différentiel vaste et un plan de gestion qui tient compte des complications courantes, des variations du rétablissement normal et du contexte individuel (p. ex., caractéristiques démographiques, âge, comorbidités)

3. Lorsque vous prenez soin d'un patient qui présente des complications postopératoires,
 - a) Déterminez le besoin et l'urgence de réopérer
 - b) Mobilisez les ressources locales et régionales, et envisagez un transfert si la situation l'indique
 - c) Consultez un collègue tôt, lorsque cela est indiqué

4. Après un résultat chirurgical inattendu,
 - a) Divulgez les complications et les résultats potentiellement indésirables au patient et à sa famille
 - b) Reconnaissez et abordez l'impact des complications sur vous-même et sur l'équipe (surtout en cas de résultat négatif)
 - c) Utilisez des stratégies d'amélioration continue de la qualité pour réduire la probabilité qu'une situation semblable se reproduise

Sujet prioritaire 17 : Amélioration continue de la qualité

L'application des compétences avancées en chirurgie doit s'inscrire dans le contexte d'un réseau régional de soins, qui inclut soutien, éducation et amélioration continue de la qualité.

1. Quand vous fournirez des soins chirurgicaux,
 - a) Participez à l'amélioration continue de la qualité en tant qu'outil d'amélioration des soins auprès des patients
 - b) Engagez-vous activement dans le processus local et régional d'amélioration continue de la qualité
 - c) Incorporez dans votre pratique les recommandations des revues systématiques des processus régionaux intégrés
 - d) Examinez systématiquement tous les cas pour vous assurer qu'ils répondent aux normes prédéfinies et adhèrent au protocole et aux résultats attendus
 - e) Examinez les incidents critiques pour découvrir des occasions d'améliorer la qualité des soins

2. Demandez de la formation pour les médecins et pour l'équipe (y compris des simulations et des scénarios factices).

Liste d'habiletés techniques pour les compétences avancées en chirurgie et les compétences en chirurgie obstétricale

Interventions	Compétences avancées en chirurgie		Compétences en chirurgie obstétricale	
	Liste A	Liste B	Liste A	Liste B
Gastro-intestinale :				
Appendicectomie	Oui			
Réparation d'une hernie inguinale et ombilicale primaire non compliquée	Oui			
Coloscopie y compris polypectomie	Oui			
Oesophagoduodénoscopie	Oui			
Ligature d'hémorroïdes		Oui		
Laparoscopie diagnostique	Oui			

Appareil reproducteur :

Accouchement vaginal assisté	Oui (ventouses)	Application de forceps à la partie basse	Oui (ventouses)	Application de forceps à la partie basse
Dilatation et curetage (premier trimestre et post-partum)	Oui		Oui	
Réparation de déchirure du périnée du troisième degré	Oui		Oui	
Réparation de déchirure du périnée du quatrième degré		Oui		Oui
Lacérations obstétricales (à l'exception des lacérations du périnée des troisième et quatrième degrés)	Oui		Oui	
Ligature des trompes post-partum		Oui		Oui
Stérilisation durant la césarienne	Oui		Oui	
Accouchement par césarienne	Oui		Oui	
Enlèvement manuel du placenta	Oui		Oui	
Gestion chirurgicale de la grossesse extra-utérine	Oui			Oui
Sutures de compression pour l'HPP	Oui		Oui	
Vasectomie		Oui		
Stérilisation par laparoscopie (occlusion ou salpingectomie)	Oui			
Circoncision non néonatale		Oui		
Tamponnade intra-utérine par ballonnet (p. ex. Bakri)	Oui		Oui	

Les extrémités :

Libération du tunnel carpien		Oui		
Drainage complexe d'un abcès	Oui			Oui
Réparation complexe d'une plaie (lambeaux et greffons)		Oui		
Accès avancé (cathéter central)		Oui		

Autre :

Amygdalectomie		Oui		
----------------	--	-----	--	--