

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 en chirurgie obstétricale

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 en chirurgie obstétricale*. 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 en chirurgie obstétricale 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 en chirurgie obstétricale

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 à des soins chirurgicaux et de maternité de haute qualité en milieux ruraux près du domicile des patients.

Le Groupe de travail sur l'évaluation de la compétence en chirurgie obstétricale 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 pour la chirurgie générale et pour l'obstétrique et gynécologie, 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 large 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 CCO. 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 CCO 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 CCO 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 la sélection des patients qui comprend la capacité à collaborer de façon efficace avec le patient, l'équipe locale et le réseau régional lors de la prise de décision quant à la prestation de soins 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 des réseaux régionaux qui comprennent des médecins possédant un CCA 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 CCO 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 CCO 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 CCO d'identifier les services chirurgicaux qui peuvent être fournis localement et qui amélioreront la qualité des soins au sein de 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 à titre de groupe nominal, et a créé une première liste de sujets prioritaires en utilisant un sondage individuel, suivi par 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 12 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 CCO 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 [Habilités techniques](#).¹

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 les 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), en 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 patientes/Évaluation préopératoire](#)
2. [Médecin agissant comme consultant avec des compétences en chirurgie obstétricale](#)
3. [Gestion de l'accouchement](#)
4. [Accouchement par césarienne](#)
5. [Accès abdominal \(adapté pour la chirurgie obstétricale\)](#)
6. [Stérilisation chirurgicale des femmes \(adaptée pour la chirurgie obstétricale\)](#)
7. [Lacérations obstétriques complexes](#)
8. [Prise en charge chirurgicale de l'hémorragie post-partum](#)
9. [Saignement au premier trimestre](#)
10. [Complications peropératoires](#)
11. [Prise en charge postopératoire](#)
12. [Amélioration continue de la qualité](#)

Sujet prioritaire 1 : Sélection des patientes/Évaluation préopératoire

1. Lorsque vous travaillez comme médecin avec des compétences en chirurgie obstétricale, participez à l'élaboration des politiques de l'établissement et de la région sur la sélection des patientes.
2. Lorsque vous envisagez une chirurgie ou une intervention pour une patiente,
 - a) Confirmez le diagnostic indépendamment
 - b) Consultez au besoin les anesthésistes et autres membres de l'équipe afin de déterminer si l'intervention convient à la patiente
 - 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 la patiente, évaluez les options, ainsi que les risques et bienfaits liés à la chirurgie ou l'intervention effectuée sur place ou au transfert de la patiente pour recevoir les soins, en tenant compte des facteurs suivants :
 - Stabilité de l'état de la patiente
 - Complications potentielles
 - Conditions météorologiques et facteurs géographiques
 - Délais de transfert prolongés
 - Facteurs socio-culturels, volontés de la patiente et de la famille, et ressources financières
 - Autonomie de la patiente
4. Lors de la création d'un plan pour une patiente 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 en détail les éléments clés sur le sujet prioritaire. **Transfert des patients**, consulter le document [*Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences pour la médecine familiale en régions rurales et éloignées pg.8.*](#)

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

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

2. Lorsque votre opinion clinique ne correspond pas à celle du médecin traitant et/ou de la patiente,
 - a) Définissez, communiquez et documentez clairement votre 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 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 qu'une 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 : Accès abdominal (adapté pour la chirurgie obstétricale)

1. Chez une patiente qui s'apprête à accoucher par césarienne,
 - a) Choisissez entre l'incision médiane et l'incision de Pfannenstiel 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. vidanger la vessie, optimiser la position de la patiente) 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 optez pour l'électrochirurgie, choisissez les applications appropriées, ce qui améliorera tant l'efficacité que la sécurité.

Sujet prioritaire 6 : Stérilisation chirurgicale des femmes (adaptée pour l'obstétrique chirurgicale)

1. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'une patiente qui demande la stérilisation chirurgicale durant la césarienne ou pendant le temps post-partum,
 - 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. Lorsqu'on vous consulte au sujet d'une patiente qui demande la stérilisation chirurgicale durant une césarienne d'urgence 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.
3. Lorsque vous effectuez la stérilisation chirurgicale, identifiez l'anatomie appropriée (p. ex. ligament rond c. trompe de Fallope).
4. Après la stérilisation chirurgicale, vérifiez que le rapport de pathologie est apparié aux échantillons chirurgicaux attendus.

Sujet prioritaire 7 : 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 dépistez 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 8 : **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) Amorcez 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 9 : 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 qu'elle 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 10 : 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 correctement
 - 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 à la patiente 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 11 : Prise en charge postopératoire

1. Pour toutes les patientes en postopératoire,
 - a) Rendez les notes d'opération facilement disponibles pour la consultation
 - b) Communiquez à l'équipe de soins, à la patiente et à sa famille tous les plans de suivi et comment reconnaître les complications
2. Chez une patiente dont l'évolution postopératoire est inattendue,
 - a) Revoyez les notes opératoires
 - b) Réévaluez/réexaminez la patiente, 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 (p. ex., caractéristiques démographiques, âge, comorbidités)
3. Lorsque vous prenez soin d'une patiente 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 à la patiente 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 12 : Amélioration continue de la qualité

L'application des compétences en chirurgie obstétricale 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 à titre d'outil d'amélioration des soins auprès des patientes
 - 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		
----------------	--	-----	--	--