

Mission Évaluation
des compétences
professionnelles
des métiers de la santé

Fédération
nationale
de spécialités
chirurgicales

DÉCEMBRE 2007

RÉFÉRENTIELS MÉTIER ET COMPÉTENCES EN CHIRURGIE



Gynécologie - Obstétrique
Orthopédie - Traumatologie
Urologie

SOMMAIRE

Préambule	4
La place des collègues professionnels à l'heure de l'évaluation des compétences	4
Référentiels métiers et compétences : les chirurgiens précurseurs	5
L'approche méthodologique utilisée	6

Référentiel métier/compétences du chirurgien en obstétrique et gynécologie 9

Les situations de soins type	11
Les situations de soins retenues	12
Dépistage et traitement des grossesses à risque d'hémorragie	13
Prise en charge des douleurs pelviennes	14
Prise en charge et intervention sur une grossesse extra-utérine	15
Prise en charge du cancer du sein	16
Les ressources en connaissances et compétences	17
Les ressources spécifiques à la spécialité en obstétrique et gynécologie	18
Les ressources communes à toutes les spécialités	20

Référentiel métier/compétences du chirurgien en orthopédie et traumatologie 23

Les situations de soins type	25
Les situations de soins retenues	26
Intervention sur une fracture ouverte de la jambe	27
Infection ostéo-articulaire de l'enfant	28
Intervention sur une instabilité chronique du genou	29
Prise en charge d'une arthrose de la hanche et d'une éventuelle arthroplastie	30
Prise en charge d'un ostéo-sarcome	31
Les ressources en connaissances et compétences	33
Les ressources spécifiques à la spécialité en orthopédie	34
Les ressources communes à toutes les spécialités	38

Référentiel métier/compétences du chirurgien en urologie _____ 41

Les situations de soins type _____ 43

Les situations de soins retenues _____ 44

Prise en charge d'une hématurie macroscopique _____ 45

Prise en charge de l'incontinence urinaire _____ 47

Prise en charge des douleurs scrotales _____ 48

Prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate _____ 50

Pyélonéphrite aiguë obstructive _____ 51

Prise en charge des dysfonctions érectiles _____ 53

Les ressources en connaissances et compétences _____ 55

Les ressources spécifiques à la spécialité en urologie _____ 56

Les ressources communes à toutes les spécialités _____ 58



Ce document a été réalisé à l'initiative de la Fédération Nationale des Collèges des Spécialités Chirurgicales.

Ces trois référentiels constituent la première étape d'une démarche plus globale concernant toutes les spécialités chirurgicales en 2007.

Ce document a pour objet de présenter en première partie les enjeux de la démarche et la méthode utilisée et en deuxième partie, pour exemple, les référentiels élaborés par les trois premiers Collèges qui ont initié ce travail.

Toute réactualisation de ces référentiels reste à l'initiative des Collèges représentant la spécialité.

Paris le 7 décembre 2007

PRÉAMBULE

La place des collèges professionnels à l'heure de l'évaluation des compétences

Georges MANTION ⁽¹⁾

À l'heure de la mise en place de l'évaluation des professionnels de santé, la définition des compétences apparaît comme un préalable indispensable.

L'élaboration de référentiels des métiers chirurgicaux a été entreprise par la Fédération des Collèges de Spécialités Chirurgicales dans le cadre de la mission ministérielle animée par Yves MATILLON et Dominique Le BCEUF en collaboration étroite avec l'Académie Nationale de Chirurgie.

Cette fédération regroupe les Collèges de quasiment toutes les spécialités chirurgicales :

- > le Collège Français de Chirurgie Générale, Viscérale et Digestive ;
- > le Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues ;
- > le Collège Français des Urologues ;
- > le Collège Français de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire ;
- > le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ;
- > le Collège Français de Chirurgie Vasculaire ;
- > le Collège Français de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique ;
- > le Collège Français d'ORL et de Chirurgie de la Cervico-faciale ;
- > le Collège Hospitalo-Universitaire Français de Chirurgie Maxillo-faciale et de Stomatologie ;
- > le Collège National Hospitalo-Universitaire de Chirurgie Pédiatrique ;
- > le Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France ;
- > le Collège des Enseignants de Neurochirurgie.

Les Collèges sont constitués par des professionnels élus par leurs pairs représentant les différentes modalités d'exercice (hospitalo-universitaires, hospitaliers, libéraux). Les collèges fonctionnent jusqu'à ce jour sur la base d'un statut associatif (type loi 1901).

Ils ont une mission acceptée et reconnue de coordination, d'harmonisation et de contrôle de qualité de l'enseignement de la formation initiale et de la formation continue. Ils jouent ce rôle depuis 1970 pour les plus anciens, en excellente harmonie avec les autres institutions (Université et Conseil de l'Ordre). Un certain nombre délivre même un diplôme du Collège souvent très prisé par les plus jeunes.

Leur légitimité à établir des référentiels en vue de l'évaluation objective des compétences des métiers chirurgicaux est fondée sur leurs connaissances des besoins de la formation initiale et des objectifs évolutifs de la formation continue.

L'établissement de ces référentiels spécifiques à chaque spécialité n'a pas pour objectif, au moins initialement, d'être exhaustif ou d'avoir une valeur médico-légale.

Il s'agit à partir des situations les plus fréquemment rencontrées d'établir les bonnes règles de prise en charge sans se limiter à la connaissance purement technique de chaque métier. On peut imaginer l'intérêt de tels référentiels professionnels pour l'évaluation des compétences à l'heure de l'équivalence des diplômes européens, de l'intégration européenne de spécialistes extracommunautaires ou même pour la mise en place de passerelles entre les différentes spécialités.

À ce jour, les 12 collèges de spécialités chirurgicales ont terminé l'élaboration de leurs référentiels. À la vue des résultats, il ne paraît pas faire de doute que les autres spécialités médicales vont se sentir concernées.

Référentiels métiers et compétences : les chirurgiens précurseurs

Pr Yves MATILLON
Dominique Le BŒUF⁽²⁾

La démarche d'élaboration de référentiels de métier et compétences engagée par la Fédération des Collèges de Spécialités Chirurgicales en collaboration avec la mission « Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » présente un intérêt national.

Aujourd'hui, les premiers référentiels de métier et compétences élaborés par trois Collèges de Spécialités Chirurgicales sous l'égide de la Fédération des Collèges de Spécialités Chirurgicales sont finalisés. D'autres Collèges ont engagé la même réflexion.

De nombreux enjeux de sécurité et de qualité des soins d'une part et de développements professionnels d'autre part guident cette démarche d'évaluation des compétences médicales initiée par ce travail précurseur.

- > L'augmentation des actes invasifs de haute technicité, la judiciarisation au sein du système de santé, l'évolution des attentes des patients, la prise en compte des objectifs « assurantiels », nous amènent à une approche de responsabilité médicale en France plus individuelle.
- > La mobilité des professionnels de santé en Europe et dans le monde, incite chaque pays à prévoir des systèmes de reconnaissance et de validation de compétences quel que soit le lieu d'obtention du diplôme pour garantir à la population un accès aux soins le meilleur possible, réalisé par des professionnels compétents.
- > Les attentes de tout individu pour une évolution et un changement tout au long de la vie professionnelle en fonction de l'expérience acquise et des spécificités d'exercice, invitent les systèmes de formation à penser et mettre en place des passerelles entre spécialités.
- > Les récentes réformes engagées renforcent la régulation de la qualité des pratiques médicales. Cependant, l'évaluation des compétences des professionnels de santé ne peut être prise en compte dans les dispositifs prévus de Formation Médicale Continue, d'Évaluation des Pratiques Professionnelles et d'accréditation de la pratique pour les professions à risque même si chacun de ces dispositifs y concourt.

Dans ce contexte, la lettre de mission du Ministre de la Santé et des Solidarités a mandaté la mission pour l'année 2007 sur les propositions suivantes :

- > contribuer, en lien avec les Collèges de chirurgie, à l'élaboration de référentiels métiers et de compétences nécessaires pour garantir la qualité de l'exercice médical ;
- > élargir cette démarche modélisée dans un second temps aux spécialités médicales ;
- > mettre en lien ces productions avec la maîtrise d'ouvrage que doit assurer le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) dans le cadre de sa mission de « veille à la compétence », telle que décrite dans la loi de mars 2002 ;
- > contribuer avec les établissements de santé (publics ou privés) à développer la mise en œuvre de la régulation de la compétence médicale en poursuivant les travaux

⁽¹⁾ Président de la Fédération des Collèges de Spécialités Chirurgicales - Professeur de Chirurgie Générale - CHU Besançon, georges.mantion@ufc-chu.univ-fcomte.fr

⁽²⁾ Mission évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, mission.compétences@wanadoo.fr

déjà menés par le groupe de travail inter-fédérations et en approfondissant les expériences existantes dans les pays étrangers;

- > poursuivre le travail de « recherche et développement » avec les organisations qui ont la responsabilité de cette régulation dans leur pays respectif, et notamment au Royaume-Uni, au Canada, en Hollande, compte tenu de l'actualité de ce sujet dans les différents pays de l'Union européenne.

L'élaboration de référentiels métiers et compétences représente le socle d'un futur dispositif d'évaluation des compétences médicales.

« La validation a priori des compétences reconnues d'un praticien et l'entretien de celles-ci tout au long de l'activité professionnelle sont une condition sine qua non de la qualité de l'exercice médical. La compétence du médecin a des conséquences directes sur la santé et sur la vie de ses patients. Il est donc essentiel de formaliser par des critères prédéfinis que la confiance que l'on accorde à un médecin est justifiée » (CNOM, 2000).

Les référentiels de compétences poursuivent trois objectifs:

- > la reconnaissance, la valorisation et l'entretien d'un niveau de professionnalisme au regard de l'usager: « Dans une société qui se veut toujours plus transparente, tout professionnel doit pouvoir prouver sa compétence (...) » Ce thème renvoie à la question de la certification et recertification médicale (dans leur sens anglo-saxon, c'est-à-dire la reconnaissance positive du maintien d'un niveau de compétence au regard de critères prédéterminés par la profession);
- > une meilleure gestion prévisionnelle des emplois et des compétences tant d'un point de vue individuel que collectif, c'est-à-dire « des rôles, des positions, des compétences respectives (...) pour accroître l'efficacité du système de soins ». Ce thème renvoie à la question de la gestion des « carrières » et des trajectoires professionnelles tant à l'hôpital qu'en ville: « qu'attend-on d'un professionnel? Quelles sont ses missions? »
- > la prise en compte de l'évolution des prises en charge vers des approches de plus en plus interdisciplinaires nécessite que les rôles de chacun soient mieux définis et donc mieux reconnus et accompagnés si nécessaire dans leurs

évolutions, pour favoriser le partage des compétences et de fait améliorer la qualité et la sécurité des soins avant d'envisager la création de nouveaux métiers;

La mise en œuvre d'une procédure de validation des compétences pour les professionnels de santé est donc source de « valorisation » et de « transparence » de la qualité de l'exercice professionnel médical.

Les référentiels métiers et compétences en sont les outils de base indispensables.

L'approche méthodologique utilisée

Guy Le BOTERF⁽³⁾

Les usages attendus des référentiels

Les usages retenus pour les référentiels des spécialités de chirurgie ont été les suivants:

- > informer sur le métier de la spécialité et contribuer à le valoriser;
- > contribuer à élaborer des critères de qualification homogènes pour assurer aux patients une qualité de soins identique sur tout le territoire et constituer une base d'habilitation:
 - pour l'ensemble des médecins en formation initiale de spécialité,
 - pour les médecins demandant à changer de spécialité,
 - pour les médecins étrangers provenant de pays hors Union européenne;
- > garantir que le chirurgien est, dans sa spécialité, un médecin complet;
- > orienter les cursus de formation initiale et continue.

La méthode de travail

Les référentiels des spécialités de chirurgie ont été élaborés en utilisant la méthodologie mise au point par le cabinet LE BOTERF Conseil. Les principes directeurs ont été les suivants:

⁽³⁾ Directeur du cabinet le Boterf Conseil, expert en gestion et développement des compétences professionnelles. guyleboterf@wanadoo.fr

Disposer d'un langage commun simple et opératoire

Dans un souci de clarté, les définitions suivantes ont été retenues :

- > *Métier* : ensemble des situations de soins à gérer et corpus associé de ressources (connaissances, savoir-faire, méthodes de raisonnement, etc.);
- > *Situation de soins* : une activité de prise en charge devant déboucher sur un résultat attendu et comportant un ensemble de critères de réalisation souhaitables de cette activité.
- > *Processus de prise en charge* : l'ensemble des cinq moments à assurer dans la gestion d'une situation de soins : réaliser un diagnostic, décider d'une stratégie d'intervention, réaliser l'intervention au bloc opératoire, effectuer un suivi postopératoire immédiat, effectuer un suivi en différé.
- > *Pratique professionnelle réelle* : le déroulé de choix, de décisions et d'actions mis effectivement en œuvre par un chirurgien pour gérer une situation de soins aux différents moments du processus de prise en charge.
- > *Ressources* : les savoirs médicaux scientifiques et techniques, les gestes chirurgicaux, l'expérience pratique, les raisonnements cliniques, les savoir-faire relationnels... pouvant être combinés et mobilisés dans la mise en œuvre des pratiques professionnelles.

Distinguer « être compétent » et « avoir des compétences »

La méthode retenue est fondée sur la distinction à faire entre « être compétent » et « avoir des compétences » :

- > **être compétent**, c'est être capable d'agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. C'est donc mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinatoire appropriée de « ressources » ;
- > **avoir des compétences**, c'est avoir des ressources (connaissances scientifiques et techniques, gestes opératoires, savoir-faire relationnels avec les patients, savoir-faire de coopération avec les collègues, méthodes de raisonnement clinique...) pour agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. Avoir des ressources est donc une condition nécessaire, mais non suffisante pour être reconnu comme compétent.

Des référentiels reliant les situations de soins et les ressources à posséder

Cette approche a comme conséquence de construire des référentiels qui :

- > prennent comme point de départ et mettent en évidence les principales situations de soins que doit savoir gérer un chirurgien, non seulement au moment de l'intervention sur le bloc opératoire, mais dans les phases amont et aval de l'intervention chirurgicale proprement dite ;
- > identifient les principales « ressources » (connaissances scientifiques, gestes chirurgicaux, savoir-faire relationnels, raisonnement clinique...) que doit posséder et savoir mobiliser le chirurgien dans les diverses situations de soins qui se présenteront. Deux types de ressources ont été distingués :
 - les ressources spécifiques à la spécialité concernée (urologie, orthopédie, obstétrique...),
 - les ressources communes à toutes les spécialités chirurgicales.

Aussi bien pour les situations de soins que pour les ressources, il a été décidé de ne pas viser l'exhaustivité, mais de choisir des situations particulièrement significatives et complexes et des ressources essentielles. L'hypothèse retenue a été de considérer que, si un chirurgien savait gérer avec pertinence et compétence les situations retenues, il pourrait très probablement en faire de même pour d'autres qui se présenteront. La gestion de ces situations a été considérée comme significative de sa compétence.

Des référentiels prospectifs

Les référentiels ont été élaborés en prenant en compte les évolutions probables de l'exercice des spécialités concernées et s'intègrent dans une démarche d'actualisation régulière de ceux-ci.

Une méthode de travail en trois temps

L'élaboration des référentiels s'est effectuée en mettant en œuvre une méthode comportant trois étapes :

- > étape 1 : explicitation des résultats attendus, appropriation de l'approche méthodologique et adoption d'un langage commun par tous les chirurgiens référents ;
- > étape 2 : élaboration des référentiels par des groupes métiers constitués par spécialité de chirurgie ;
- > étape 3 : validation des référentiels avec la Fédération des Collèges Français de Spécialités Chirurgicales.



R

éférentiels métier/compétences du chirurgien en **obstétrique** et **gynécologie**

Référentiel actualisé le 1^{er} juin 2007





Les situations de soins types

Les situations de soins retenues

Les critères de sélection⁽¹⁾

Quatre situations de soins types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- > faire partie du cœur de métier du chirurgien en obstétrique et gynécologie ;
- > représenter une variété suffisante de situations⁽¹⁾ ;
- > représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un chirurgien, peuvent permettre d'inférer que ce chirurgien peut être qualifié de compétent.

Ces situations types sont les suivantes :

SITUATIONS TYPES	CARACTÉRISTIQUES
Dépistage et traitement des grossesses à risque d'hémorragie	Urgence thérapeutique à la fois médicale et chirurgicale (cause principale de la mortalité maternelle).
Prise en charge des douleurs pelviennes (endométriose)	Problématique fréquente représentant de 15 à 30 % des consultations en gynécologie.
Prise en charge et intervention sur une grossesse extra-utérine	Urgence vitale fréquente imposant une connaissance importante de stratégies thérapeutiques complexes devant tenir compte du contexte de la patiente et des possibilités du plateau technique.
Prise en charge du cancer du sein	Cancer féminin le plus fréquent imposant une décision pluridisciplinaire et permettant d'évaluer la capacité d'une prise en charge globale d'une patiente.

⁽¹⁾ Les situations de soins retenues ne sont, bien entendu, pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors des moments prévus d'actualisation du référentiel.

Dépistage et traitement des grossesses à risque d'hémorragie

SITUATION 1

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ 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

- ▶ 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

- ▶ en faisant face à l'urgence d'une hémorragie;
- ▶ en diagnostiquant son importance et son origine (délivrance incomplète? lésion identifiable?...) par révision utérine et 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 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

- ▶ 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

- ▶ 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.

Prise en charge des douleurs pelviennes

SITUATION 2

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ 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.

DÉCIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION

- ▶ 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 cœlioscopique 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.

RÉALISER L'INTERVENTION CHIRURGICALE

- ▶ 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).

EFFECTUER UN SUIVI POSTOPÉRAIRE IMMÉDIAT

- ▶ 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).

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ 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.

Prise en charge et intervention sur une grossesse extra-utérine

SITUATION 3

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ 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

- ▶ 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

- En cas d'intervention chirurgicale, mener l'opération:**
 - ▶ en suivant les pratiques relevant d'une compétence chirurgicale validée (en particulier en cœliochirurgie);
 - ▶ en s'assurant de l'adéquation du plateau technique.
- En cas de traitement médical, conduire ce traitement:**
 - ▶ en prenant en compte les recommandations de la profession.

EFFECTUER UN SUIVI IMMÉDIAT

- ▶ en suivant l'évolution de l'état médical de la patiente, et en particulier de la douleur.
- En cas de traitement médicamenteux:**
 - ▶ en suivant régulièrement les effets thérapeutiques et le retentissement général.
- En cas d'intervention chirurgicale:**
 - ▶ en vérifiant l'efficacité du traitement;
 - ▶ en expliquant à la patiente les gestes qui ont été effectués et leurs conséquences.

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ 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.

Prise en charge du cancer du sein

SITUATION 4

EFFECTUER UN DÉPISTAGE

- ▶ 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

- ▶ 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

- ▶ 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

- ▶ en suivant les recommandations et les protocoles validés.

EFFECTUER UN SUIVI IMMÉDIAT

- ▶ 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

- ▶ 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.



Les ressources en connaissances et compétences⁽²⁾

⁽²⁾ Les ressources indiquées ne constituent pas une liste exhaustive de connaissances et compétences, mais identifient celles qui sont particulièrement requises pour exercer le métier de chirurgien en urologie, et donc pour gérer les situations de soins qui se présenteront.

Les ressources spécifiques à la spécialité en obstétrique et gynécologie

Les pré-requis de base

■ Être affilié au Collège de sa spécialité chirurgicale afin de garantir une mise à jour régulière de sa compétence par la formation continue.

Les savoirs scientifiques et techniques validés

■ Avoir acquis les connaissances théoriques et techniques concernant:

> l'obstétrique

- la physiologie de la grossesse,
- la surveillance de la grossesse normale et pathologique,
- le mécanisme de l'accouchement,
- les urgences obstétricales,
- la pathologie associée à la grossesse,
- le diagnostic anténatal et médecine fœtale,
- la pathologie maternelle et grossesse,
- les pathologies gravidiques ;

> la gynécologie

- la gynécologie générale,
- la vulve,
- la statique pelvienne,
- le sein,
- la cancérologie.

■ Principales modalités d'acquisition

- les cours d'apports théoriques et les enseignements qualifiants,
- les congrès et enseignements spécifiques,
- les stages de courte durée.

Expérience pratique validée et maîtrise des gestes chirurgicaux

■ Avoir acquis la maîtrise des interventions et des actes techniques dans les domaines suivants:

- consultation (en particulier échographie, colposcopie, hystérocopie);
- consultation spécialisée en obstétrique, en gynécologie médicale, en infertilité et en oncologie;
- activités de garde;
- orthogénie (méthodes médicamenteuses et instrumentales);
- cœliochirurgie gynécologique;

- chirurgie laparotomique;
- myomectomie;
- chirurgie vaginale;
- chirurgie de l'incontinence urinaire et du prolapsus génital;
- chirurgie du sein (pathologies bénignes et malignes);
- diagnostic anténatal;
- accouchement par voie basse en présentation céphalique, podalique et grossesses multiples;
- accouchement instrumental;
- césarienne.

■ Modalité d'acquisition pratique:

- le service: participation aux activités de soins, présentation et discussion des dossiers au staff, suivi des malades hospitalisées, supervision des observations, gardes de spécialité...;
- le bloc opératoire;
- la consultation: réflexion diagnostique, information du patient...;
- les stages de mise en pratique validés:
 - en situation d'aide à un praticien expérimenté,
 - en situation d'acteur principal accompagné.

■ Modalités de validation:

- en particulier pour l'oncologie gynécologique:
 - passage dans des stages validant en oncologie gynécologique et mammaire,
 - avoir fait un certain nombre d'interventions (en situation d'aide et en situation d'acteur aidé),
 - être accrédité dans le site ou service pour ce type de chirurgie,
 - continuer à garantir un nombre minimum d'interventions annuelles,
 - avoir validé des courbes d'apprentissage pour des techniques particulières (ganglions sentinelles...);
- en particulier pour la grossesse extra-utérine:
 - avoir validé les compétences chirurgicales (DES de chirurgie obstétricale et gynécologique)
 - avoir validé les actes opératoires réalisés au cours des stages,
 - pour la cœliochirurgie, avoir réalisé un nombre minimal d'interventions;
- pour les médecins ayant déjà une pratique professionnelle: validation (visite sur site, évaluation des comptes rendus opératoires en tenant compte du type et du nombre d'intervention et différencier les situations en tant qu'aide, d'opérateur assisté ou opérateur principal non assisté);
- pour les médecins en sortie de formation initiale: stages de mise en pratique validés par un carnet de stages attestant le nombre d'interventions en situation d'aide et en situation d'acteur principal accompagné.

Les ressources communes à toutes les spécialités

Les pré-requis de base

- Maîtrise de la langue française;
- Reconnaissance par l'Ordre des médecins du titre de Docteur en médecine;
- Déontologie professionnelle et éthique médicale.

Savoirs médicaux scientifiques et techniques validés

- Avoir acquis les connaissances de base théoriques et techniques en chirurgie concernant:
 - l'anatomie chirurgicale;
 - l'acte opératoire (méthodologie chirurgicale);
 - la pathologie générale;
 - les urgences chirurgicales;
 - la physiologie et la pathologie obstétricales.

Savoir-faire de raisonnement clinique et de décision

- Être capable de:
 - effectuer une synthèse clinique et para-clinique des démarches de diagnostic;
 - prendre des décisions opératoires individuellement et collectivement;
 - adopter en cours d'intervention des changements de stratégie apparaissant nécessaire;
 - mener des actions dans l'urgence.
- Modalités de validation: présentation de cas cliniques:
 - en staff: présentation de cas;
 - en réunions scientifiques ou pédagogiques;
 - en séminaires ou en congrès.

Savoir-faire d'information et de communication avec les patients

- Être capable de:
 - établir une relation d'écoute empathique avec un patient;
 - délivrer une information claire et adaptée aux caractéristiques (personnelles, sociales, culturelles...) du patient, de sa famille et de son entourage;
 - annoncer avec tact et humanité des pronostics ou des événements négatifs (handicap, décès, tumeur cancéreuse...);
 - reformuler (une demande, des symptômes, un diagnostic, une stratégie d'intervention...) dans les mots du patient pour s'assurer de sa compréhension;

- vérifier ce qui a été communiqué à un patient avant d'engager un dialogue avec lui ;
- respecter le discours d'un patient, notamment en cas d'échec thérapeutique ;
- respecter l'intimité des patients ;
- aider un patient à prendre sa décision en lui présentant la balance des bénéfices et des risques.

Savoirs et savoir-faire de communication avec les collègues et les divers acteurs intervenant dans les lieux de soins

■ Être capable de :

- partager et diffuser dans les délais appropriés les informations utiles concernant le patient, en fonction de l'intérêt du patient et indépendamment des liens hiérarchiques ;
- prendre des décisions en concertation avec les collègues et le personnel de soins ;
- rendre compte, par oral et par écrit, des résultats d'un diagnostic et des traitements ou opérations réalisés ;
- assurer la traçabilité des informations, en particulier la mise à jour du dossier médical ;
- actualiser son information en étudiant les consignes, les informations, les dossiers.

Savoirs et savoir-faire de coopération

■ Avoir acquis la connaissance :

- de l'organisation et le fonctionnement de la consultation, des urgences, du bloc opératoire et des unités de soins.

■ Être capable de :

- se situer dans une équipe en situant bien son rôle et en prenant en compte et respectant le rôle des autres membres de l'équipe ;
- travailler en coopération avec les autres professionnels de la santé ;
- participer à des activités ou projets transversaux au sein de l'établissement et dans le cadre de réseaux ;
- reconnaître ses limites ;
- adresser un patient à un autre collègue, en fonction de ses limites de compétence, des moyens du plateau technique disponible ou de la relation médecin-malade.

Savoirs et savoir-faire procéduraux

■ Avoir acquis la connaissance :

- des protocoles d'organisation des soins ;
- des recommandations concernant les pratiques cliniques.

■ Être capable de:

- mettre en œuvre avec discernement les protocoles d'organisation des soins;
- mettre en œuvre avec discernement les recommandations sur les pratiques cliniques;
- vérifier que les protocoles sont réactualisés, diffusés et connus de l'ensemble des acteurs intervenant sur le parcours de soins.

Savoirs et savoir-faire en méthodologie de recherche clinique

■ Avoir acquis la connaissance:

- des principes élémentaires de la recherche clinique, en particulier pour la gestion des données cliniques.

■ Être capable de:

- développer une autoévaluation et une réflexion critique sur sa pratique en vue de l'améliorer.

■ Principales modalités d'acquisition:

- les séances de bibliographie avec analyse critique des articles;
- les staffs de présentation de dossier, avec confrontation de points de vue et d'opinions;
- l'enseignement aux stagiaires, avec évaluation de sa qualité pédagogique;
- les publications supervisées dans un esprit pédagogique par des aînés;
- les rencontres intercentres (« professeur invité »...).

Savoirs de base concernant l'environnement professionnel et institutionnel

■ Avoir acquis la connaissance:

- du contexte institutionnel dans lequel se déroule la pratique;
- du rôle des diverses institutions et instances intervenant sur les parcours de soins;
- des bases de la gestion hospitalière, de la gestion des ressources humaines, de la gestion des réclamations et des plaintes;
- du coût des examens et des appareillages préconisés.

Groupe de travail	
Référentiels métier et compétences des gynécologues obstétriciens	
Anne-Sophie BATZ	Présidente de l'Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation
Dr Nadia BERKANE	Praticien Hospitalier, Hôpital Tenon, AP-HP
Pr Émile DARAÏ	Secrétaire Général CNGOF, CHU TENON
Dr Jean THEVENOT	Clinique Ambroise Paré-Toulouse, Administrateur CNGOF

Mission Évaluation
des compétences
professionnelles
des métiers de la santé

Fédération
nationale
de spécialités
chirurgicales



R

éférentiels métier/compétences du chirurgien en **orthopédie** et **traumatologie**

Référentiel actualisé le 2 juillet 2007





Les situations de soins types

Les situations de soins retenues

Les critères de sélection⁽¹⁾

Cinq situations de soins types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- > faire partie du cœur de métier du chirurgien en orthopédie ;
- > représenter une variété suffisante de situations ;
- > représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un chirurgien, peuvent permettre d'inférer que ce chirurgien peut être qualifié de compétent et apte à résoudre ces situations il saura résoudre la majorité de celles de son exercice habituel.

Ces situations types sont les suivantes :

SITUATIONS TYPES	CARACTÉRISTIQUES
Intervention sur une fracture ouverte de la jambe	Traumatologie. Urgences et prévention de séquelles. <i>Capacités d'analyse et d'adaptation.</i>
Intervention sur une infection ostéo-articulaire de l'enfant	Syndromes inflammatoires et infectieux. <i>Capacité d'enquête et de synthèse.</i>
Intervention sur l'instabilité chronique du genou	Séquelles en traumatologie. <i>Culture et interférences.</i>
Prise en charge d'une arthrose de la hanche et d'une éventuelle arthroplastie	Dégénérescence articulaire et complications dues au matériel prothétique. <i>Interférence du matériel.</i>
Prise en charge d'un ostéosarcome	Affection fréquente chez l'enfant et chez le jeune adulte. Coopération pluridisciplinaire. <i>Capacités d'échanges et de confrontation.</i>

⁽¹⁾ Les situations de soins retenues ne sont, bien entendu, pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors des moments prévus d'actualisation du référentiel. Il serait nécessaire, en particulier, de faire figurer, à travers quelques situations les plus courantes, ce que tout chirurgien orthopédiste doit savoir faire face à des problèmes pédiatriques, dans les urgences auxquelles il peut avoir à faire face.

Intervention sur une fracture ouverte de la jambe

SITUATION 1

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ en ouvrant le pansement et en explorant les lésions apparentes pour décider d'examen complémentaires à partir des informations collectées;
- ▶ en assurant les mesures temporaires de stabilisation, de nettoyage et prophylaxie;
- ▶ en analysant par un bilan clinique loco-régional et général les conséquences du traumatisme sur l'ensemble de l'appareil et sur son fonctionnement futur;
- ▶ en s'assurant des manques et du caractère suffisant de l'imagerie disponible;
- ▶ en commandant les examens complémentaires jugés nécessaires vasculaires (artériographie) ou neurologique.

DÉCIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION

- ▶ en discutant avec le patient sur son mode de vie et ses activités;
- ▶ en anticipant les conséquences sur les fonctionnements locomoteurs;
- ▶ en prenant en compte ses propres limites de compétences (réparations vasculaires, par exemple), les moyens du plateau technique et les aides disponibles pour envisager d'éventuelles coopérations ou transferts.

RÉALISER L'INTERVENTION CHIRURGICALE

- ▶ en veillant à la disponibilité des équipements et matériels nécessaires (ancillaires);
- ▶ en effectuant les actes nécessaires (parage, stabilisation de l'os, couverture de la fracture, réparation éventuelle des lésions vasculaires et neurologiques);
- ▶ en coopérant éventuellement avec d'autres spécialités chirurgicales et des microchirurgiens;
- ▶ en vérifiant en fin d'opération la vitalité du pied (pied chaud et coloré).

EFFECTUER UN SUIVI POSTOPÉRAIRE IMMÉDIAT

- ▶ en suivant l'état médical du patient: douleur, évolution du membre opéré... ;
- ▶ en expliquant au patient les gestes qui ont été pratiqués;
- ▶ en analysant et suivant le retentissement général de l'opération;
- ▶ en planifiant pour le court, moyen et long terme, en particulier l'éventualité d'une greffe osseuse, d'un rallongement secondaire ou d'une amputation.

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en effectuant avec le staff le bilan des interventions permettant de confirmer et de faire évoluer la stratégie, de discuter les décisions à prendre, de procéder à un transfert éventuel.

Infection ostéo-articulaire de l'enfant

SITUATION 2

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ en associant de façon réactive et en parallèle l'ensemble des gestes et décisions;
- ▶ en confirmant l'infection, sa localisation articulaire avec d'éventuels épanchements articulaires ou péri-articulaire;
- ▶ en procédant aux examens biologiques et d'imagerie;
- ▶ en débouchant sur la suspicion d'infection ostéo-articulaire;
- ▶ en initiant les traitements immédiats de l'infection avant d'avoir la certitude sur l'indication.

DÉCIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION

- ▶ en choisissant de réaliser ou non un geste (ponction...);
- ▶ en expliquant aux parents le cheminement diagnostique et thérapeutique;
- ▶ en coopérant avec le pédiatre (médical).

RÉALISER L'INTERVENTION CHIRURGICALE

- ▶ en menant, si nécessaire, l'intervention (ponction, lavage de l'articulation...);
- ▶ en s'assurant de la compétence de l'équipe médico-chirurgicale (pédiatrie);
- ▶ en coopérant avec le pédiatre (date, délai...).

EFFECTUER UN SUIVI POSTOPÉRATOIRE IMMÉDIAT

- ▶ en suivant l'état médical du patient, la douleur et l'évolution des symptômes;
- ▶ en validant et ajustant le diagnostic.

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en effectuant avec le staff le bilan des interventions;
- ▶ en discutant les décisions à prendre (transfert éventuel).

Intervention sur une instabilité chronique du genou

SITUATION 3

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ en interrogeant le patient sur les antécédents de ces défaillances ou sur des causes accidentelles ;
- ▶ en examinant l'articulation à la recherche de lésions éventuellement associées (ménisque, ligaments...);
- ▶ en demandant les examens complémentaires (Radio du genou, IRM...).

DÉCIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION

- ▶ en décidant de réaliser ou non une réfection du ligament croisé et donc de la technique chirurgicale la plus adaptée;
- ▶ en prenant en compte à la fois l'importance de l'instabilité du genou et le contexte (projet de vie et d'activité sportive du patient);
- ▶ en informant le patient sur les exigences, les délais du processus de rééducation;
- ▶ en l'avertissant sur les effets qu'il peut attendre de l'intervention (possibilités et risques);
- ▶ en aidant le patient à prendre lui-même la décision.

RÉALISER L'INTERVENTION CHIRURGICALE

- ▶ en menant l'intervention (prélever des ligaments, percer, fixer, refermer);
- ▶ en vérifiant la disponibilité des équipements et matériels nécessaires (ancillaires, arthroscopie) et les installations spécifiques.

EFFECTUER UN SUIVI POSTOPÉRAIRE IMMÉDIAT

- ▶ en suivant l'état du patient, la douleur et l'évolution des symptômes;
- ▶ en établissant avec le patient le calendrier du processus de rééducation;
- ▶ en contrôlant l'évolution et les progrès;
- ▶ en coopérant avec les responsables de la rééducation (médecin rééducateur, kinés, médecins du sport);
- ▶ en discutant avec le patient le passage de l'hospitalisation à la rééducation.

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en effectuant avec le staff le bilan des interventions pour améliorer les diagnostics, les pratiques chirurgicales et la prise en charge des patients.

Prise en charge d'une arthrose de la hanche et d'une éventuelle arthroplastie

SITUATION 4

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ en interrogeant le patient sur les douleurs de la hanche, mais aussi du dos et du genou;
- ▶ en faisant un examen clinique élargi: regarder marcher, examen du squelette au-dessus et au-dessous;
- ▶ en analysant les radios;
- ▶ en examinant trois éventualités;
- ▶ le délai: le patient peut attendre;
- ▶ les techniques conservatrices: une intervention extra-articulaire (ostéotomie...) est à envisager;
- ▶ l'arthroplastie: la lésion entraîne la nécessité d'une prothèse.

DÉCIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION

- Dans le cas de la nécessité d'une prothèse:**
- ▶ en effectuant un bilan d'opérabilité (co-morbidité? précautions particulières...);
 - ▶ en réalisant un bilan d'implantabilité (infections ou sources d'infection possibles, soins dentaires...);
 - ▶ en avertissant le patient sur les risques d'une opération et les bénéfices attendus et en aidant le patient à prendre lui-même la décision;
 - ▶ en décidant du type de prothèse et de l'abord (âge, déformation...).

RÉALISER L'INTERVENTION CHIRURGICALE

- ▶ en choisissant la voie d'abord en fonction de la prothèse et en privilégiant les voies de passage anatomiques;
- ▶ en planifiant comment recentrer la hanche dans la position anatomique la plus favorable à la locomotion, compte tenu d'éventuelles déformations antérieures;
- ▶ en réalisant la pose de la prothèse (aidé ou non par l'informatique, CAO...);
- ▶ en terminant par des tests de mobilité et par une radiographie au bloc.

EFFECTUER UN SUIVI POSTOPÉRATOIRE IMMÉDIAT

- Dans les premiers jours:**
- ▶ en vérifiant si les nerfs de la région (nerf crural, nerf sciatique) n'ont pas été endommagés;
 - ▶ en rappelant au patient les risques de luxation (positions proscrites);
 - ▶ en contrôlant et prévenant les risques d'hématomes ou de phlébites.
- Dans les semaines qui suivent:**
- ▶ en contrôlant les risques de fractures;
 - ▶ en contrôlant et traitant en urgence si nécessaire les hématomes;
 - ▶ dans un délai de six mois, un an, deux ans;
 - ▶ en effectuant le suivi de la prothèse.

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en réalisant avec le staff le bilan des interventions pour améliorer les diagnostics, les pratiques chirurgicales et la prise en charge des patients.

Prise en charge d'un ostéo-sarcome

SITUATION 5

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ en partant d'une douleur localisée sur l'appareil locomoteur (examen clinique livrant peu d'informations);
- ▶ en analysant une « image radiologique anormale »;
- ▶ en faisant procéder à bon escient à des examens complémentaires: scintigraphie + IRM;
- ▶ en s'abstenant d'aller jusqu'à la biopsie, avant d'avoir évalué si l'équipe chirurgicale est habituée à de tels traitements et peut prendre en charge le traitement chirurgical complet ultérieur (centre de références);
- ▶ en passant la main, dans le cas contraire, à ce stade de l'examen.

DÉCIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION

Dans le cas d'une présomption d'une tumeur maligne osseuse de l'enfant ou du jeune adulte:

- ▶ en décidant d'une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire comportant: oncologue, radiologue, radiothérapeute, chirurgien et anatomo-pathologiste, avec pratique de Réunions de Concertation Périodique (RCP);

Dans le cas d'une tumeur bénigne typique (kystes ou fibreuses):

- ▶ en décidant de la prise en charge du traitement et de la surveillance.

RÉALISER L'INTERVENTION CHIRURGICALE

- ▶ en choisissant parmi les techniques les plus adaptées au cas particulier;
- ▶ en étant prêt à assumer la gestion de toutes les complications peropératoires fréquentes (fractures peropératoire, hémorragie).

EFFECTUER UN SUIVI POSTOPÉRATOIRE IMMÉDIAT

- ▶ en s'assurant de la bonne prise en charge postopératoire;
- ▶ en assurant la surveillance et la prise en charge des complications spécifiques (hémorragie, séquelles neurologiques, préventions infectieuses...).

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en assurant un suivi sur le registre des tumeurs;
- ▶ en assurant une évaluation des techniques chirurgicales;
- ▶ en assurant une évaluation de la prise en charge complète si traitements multiples (traitements, radiothérapie, chimiothérapie (RCP)).





Les ressources en connaissances et compétences⁽²⁾

⁽²⁾ Les ressources indiquées ne constituent pas une liste exhaustive de connaissances et compétences, mais identifient celles qui sont particulièrement requises pour exercer le métier de chirurgien en urologie, et donc pour gérer les situations de soins qui se présenteront.

Les ressources spécifiques à la spécialité en orthopédie

Les savoirs médicaux scientifiques et techniques validés

■ Avoir acquis les connaissances théoriques et techniques concernant:

> les notions de base en orthopédie dans les grands domaines suivants:

- mécanique:
 - biomécanique ostéo-articulaire,
 - rééducation (règles de prescription, notions de base...);
- constitution:
 - histo-physiologie (cartilage, os, synoviale, nerfs, ingénierie tissulaire);
- exploration;
- théorie de l'imagerie: radiologie, échographie, TDM, IRM, scintigraphie...;
- règles classiques et environnement chirurgical:
 - principes généraux de la chirurgie plastique de recouvrement,
 - environnement médical du traitement chirurgical (« co-morbidité », influence des traitements médicaux...),
 - hygiène, stérilisation, antisepsie, prévention de l'infection,
 - hémostase et anticoagulants,
 - bactériologie et antibiotiques,
 - produits sanguins,
 - notions d'anesthésie, réanimation, états de choc,
 - notions d'immuno-pathologie (HIV, cancer...),
 - protection des personnels soignants contre les radios, HIV, HCV...;
- expérimentation;
 - chirurgie expérimentale;
- réglementation et procédures:
 - réglementation et vigilance,
 - bio-statistiques, épidémiologie,
 - information du patient,
 - problèmes médico-légaux;
- os et remplacement:
 - greffes osseuses,
 - biomatériaux et implants;
- divers:
 - rédaction médicale;

> la pathologie traumatique:

- les règles générales du traitement des lésions traumatiques, selon:
 - leur nature: fractures, luxations et autres lésions traumatiques (parties molles, nerfs, vaisseaux...),

- leur siège sur l'appareil locomoteur (squelette axial, ceintures, segments de membres: diaphysaire et épiphysaire),
- le contexte traumatique (haute ou basse énergie, traumatisme unique ou multiple);
- les principes de traitement non opératoire;
- l'ostéosynthèse et l'ostéogénèse;
- les complications immédiates, secondaires et tardives: prévention, diagnostic et traitement:
 - immédiates: ouverture, lésions associées...
 - secondaires: thrombophlébite, syndrome de loges, déplacement secondaire, embolie graisseuse, infection, algodystrophie...
 - tardives: retard de consolidation, pseudarthroses, cals vicieux, infection, ostéonécrose, arthrose...
- les principes généraux du traitement des polytraumatisés et polyfracturés:
 - les fractures pathologiques,
 - les brûlures;

> la pathologie infectieuse

- les notions de microbiologie;
- les infections localisées et généralisées;
- les infections de l'appareil locomoteur: arthrites, ostéites, panaris, phlegmons, cellulites, fasciites, abcès...;
- les règles générales de l'antibiothérapie;
- les escarres et troubles trophiques;
- les principes généraux de la chirurgie septique:
 - des parties molles,
 - ostéo-articulaires, avec ou sans matériel;

> la pathologie inflammatoire

- la physiopathologie et la classification;
- les principes généraux du traitement médical et conservateur;
- les principes généraux du traitement chirurgical;
- l'interaction traitement médical/traitement chirurgical;

> la pathologie dégénérative et dystrophique

- la physiopathologie de l'arthrose;
- les traitements non chirurgicaux;
- le traitement chirurgical (ostéotomie, arthroplastie);
- les ostéonécroses;
- la maladie de Paget;
- les tendinopathies, enthésopathies;

Les ressources spécifiques à la spécialité en orthopédie

- les apophysoses et épiphyses de croissance (Scheurmann, Osgood-Schlatter, Freiberg – Köhler...);
- les syndromes canaux;

> la pathologie tumorale

- la classification et l'anatomo-pathologie;
- les principes généraux de la prise en charge des tumeurs de l'appareil locomoteur
- l'imagerie;
- les règles de la biopsie;
- les traitements non chirurgicaux;
- les principes du traitement chirurgical;
- les types d'exérèse (intra-tumorale, marginale, large...);
- les principes de reconstruction;
- la prise en charge des tumeurs secondaires;

> les malformations et grand handicap et autres

- les inégalités de longueur;
- l'amputation et les appareillages;
- les grands syndromes malformatifs (ostéogénèse imparfaite, Marfan...);
- la neuro-orthopédie;
- l'hémophilie.

Expérience pratique validée et maîtrise des gestes chirurgicaux

■ **Avoir acquis la maîtrise des interventions et des actes techniques au niveau des différentes localisations anatomiques. C'est à ce niveau que l'on complète les connaissances théoriques par une acquisition technique plus contrôlée:**

> Ces savoirs-faire doivent être déclinés sur toutes les localisations suivantes:

- Ceinture scapulaire à la ligne: coude, poignets, main,
- os long des membres,
- rachis,
- ceinture pelvienne: hanche, genou, cheville, pied;

> L'ensemble de ces interventions localisées sont à même de permettre l'acquisition de tous les savoirs associés nécessaires à la bonne conduite de l'intervention dans les grands domaines suivants:

- anatomie et biomécanique;
- ostéologie et arthrologie;
- biomécanique;
- imagerie;

- anatomie chirurgicale;
- clinique:
 - traumatologie: luxations, séquelles traumatiques, dégénératif et dystrophique,
 - inflammatoire: arthrite, rhumatoïde de l'épaule: anatomo-pathologie (coiffe+++), évolution, principes de la chirurgie prothétique,
 - infection,
 - tumeurs,
 - interventions à connaître hors de la traumatologie: indications et réalisations de la chirurgie stabilisatrice antérieure (à ciel ouvert ou sous arthroscopie, autres chirurgies stabilisatrices, chirurgie arthroplastie), à ciel ouvert (acromioplastie, sutures, réinsertion, lambeaux), chirurgie arthroscopique, arthrodèse.

Modalité d'acquisition pratique

■ Les unités de soins: participation aux activités de soins, présentation et discussion des dossiers au staff, suivi des malades hospitalisés, supervision des observations, gardes de spécialité...;

■ Le bloc opératoire;

■ La consultation: réflexion diagnostique, information du patient...;

■ Le nombre et la régularité des interventions et des actes pratiqués selon deux modalités:

- en situation d'aide à un praticien expérimenté,
- en situation d'acteur principal accompagné.

Modalité de validation

■ Pour les médecins en sortie de formation initiale: stages de mise en pratique validés par un carnet de stages;

■ Pour les médecins ayant déjà une pratique professionnelle: validation sur critères à partir des comptes rendus;

■ Pour les médecins étrangers à l'Union européenne: justification d'un enseignement superposable ou revalidation des connaissances (trois ans à temps plein);

■ Pour tout chirurgien: mise à jour régulière de sa compétence par la formation continue, en accord avec la réglementation de sa spécialité.

Les ressources communes à toutes les spécialités

Les pré-requis de base

- Maîtrise de la langue française;
- Reconnaissance par l'Ordre des médecins du titre de Docteur en médecine;
- Déontologie professionnelle et éthique médicale.

Savoirs médicaux scientifiques et techniques validés

- Avoir acquis les connaissances de base théorique et technique en chirurgie concernant:
 - l'anatomie chirurgicale;
 - l'acte opératoire (méthodologie chirurgicale);
 - la pathologie générale;
 - les urgences chirurgicales.

Savoir-faire de raisonnement clinique et de décision

- Être capable de:
 - effectuer une synthèse clinique et para-clinique des démarches de diagnostic,
 - prendre des décisions opératoires individuellement et collectivement,
 - adopter en cours d'intervention des changements de stratégie apparaissant nécessaire,
 - mener des actions dans l'urgence;
- Modalités de validation: présentation de cas cliniques
 - en staff: présentation de cas,
 - en réunions scientifiques ou pédagogiques,
 - en séminaires ou en congrès.

Savoir-faire d'information et de communication avec les patients

- Être capable de:
 - établir une relation d'écoute empathique avec un patient;
 - délivrer une information claire et adaptée aux caractéristiques (personnelles, sociales, culturelles...) du patient, de sa famille et de son entourage;
 - annoncer avec tact et humanité des pronostics ou des événements négatifs (handicap, décès, tumeur cancéreuse...);
 - reformuler (une demande, des symptômes, un diagnostic, une stratégie d'intervention...) dans les mots du patient pour s'assurer de sa compréhension;
 - vérifier ce qui a été communiqué à un patient avant d'engager un dialogue avec lui;

- respecter le discours d'un patient, notamment en cas d'échec thérapeutique ;
- respecter l'intimité des patients ;
- aider un patient à prendre sa décision en lui présentant la balance des bénéfices et des risques.

Savoirs et savoir-faire de communication avec les collègues et les divers acteurs intervenant dans les lieux de soins

■ Être capable de :

- partager et diffuser dans les délais appropriés les informations utiles concernant le patient, en fonction de l'intérêt du patient et indépendamment des liens hiérarchiques ;
- prendre des décisions en concertation avec les collègues et le personnel de soins ;
- rendre compte, par oral et par écrit, des résultats d'un diagnostic et des traitements ou opérations réalisés ;
- assurer la traçabilité des informations, en particulier la mise à jour du dossier médical ;
- actualiser son information en étudiant les consignes, les informations, les dossiers.

Savoirs et savoir-faire de coopération

■ Avoir acquis la connaissance :

- de l'organisation et le fonctionnement de la consultation, des urgences, du bloc opératoire et des unités de soins ;

■ Être capable de :

- se situer dans une équipe en situant bien son rôle et en prenant en compte et respectant le rôle des autres membres de l'équipe,
- travailler en coopération avec les autres professionnels de la santé,
- participer à des activités ou projets transversaux au sein de l'établissement et dans le cadre de réseaux,
- reconnaître ses limites,
- adresser un patient à un autre collègue, en fonction de ses limites de compétence, des moyens du plateau technique disponible ou de la relation médecin-malade.

Savoirs et savoir-faire procéduraux

■ Avoir acquis la connaissance :

- des protocoles d'organisation des soins,
- des recommandations concernant les pratiques cliniques ;

■ Être capable de :

- mettre en œuvre avec discernement les protocoles d'organisation des soins,
- mettre en œuvre avec discernement les recommandations sur les pratiques cliniques,

Les ressources communes à toutes les spécialités

- vérifier que les protocoles sont réactualisés, diffusés et connus de l'ensemble des acteurs intervenant sur le parcours de soins.

Savoirs et savoir-faire en méthodologie de recherche clinique

■ Avoir acquis la connaissance:

- des principes élémentaires de la recherche clinique, en particulier pour la gestion des données cliniques;

■ Être capable de:

- développer une autoévaluation et une réflexion critique sur sa pratique en vue de l'améliorer;

■ Principales modalités d'acquisition:

- les séances de bibliographie avec analyse critique des articles,
- les staffs de présentation de dossier, avec confrontation de points de vue et d'opinions,
- l'enseignement aux stagiaires, avec évaluation de sa qualité pédagogique,
- les publications supervisées dans un esprit pédagogique par des aînés,
- les rencontres intercentres (« professeur invité »...).

Savoirs de base concernant l'environnement professionnel et institution

■ Avoir acquis la connaissance:

- du contexte institutionnel dans lequel se déroule la pratique,
- du rôle des diverses institutions et instances intervenant sur les parcours de soins,
- des bases de la gestion hospitalière, de la gestion des ressources humaines, de la gestion des réclamations et des plaintes,
- du coût des examens et des appareillages préconisés.

Groupe de travail Référentiels métier et compétences des chirurgiens orthopédistes et traumatologues	
Pr Christophe GLORION	PU PH Chirurgie pédiatrique orthopédiste, CHU Necker, Secrétaire du Collège français des chirurgiens orthopédistes et traumatologues
Pr Jean PUGET	Président du Collège français des chirurgiens orthopédistes et traumatologues, CHU Toulouse
Pr RIGAL	Chirurgien orthopédiste, Hôpital Militaire Percy, membre du CA du Collège français des chirurgiens orthopédistes et traumatologues
Dr Grégory THOMAS	Président du Collège des jeunes orthopédistes, CCA

Référentiels métier/compétences du chirurgien en urologie



Référentiel actualisé le 1^{er} juin 2007





Les situations de soins types

Les situations de soins retenues

Les critères de sélection⁽¹⁾

Six situations de soins types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- > décrire le cœur de métier du chirurgien en urologie;
- > représenter une variété suffisante de situations⁽¹⁾;
- > représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un chirurgien, peuvent permettre d'inférer que ce chirurgien peut être qualifié de compétent.

Ces situations types sont les suivantes :

SITUATIONS TYPES	CARACTÉRISTIQUES
Prise en charge d'une hématurie macroscopique	Urgence et consultation
Prise en charge d'une incontinence urinaire	Consultation
Prise en charge des douleurs scrotales	Urgence
Prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate	Consultation
Prise en charge d'une pyélonéphrite aiguë obstructive	Urgence
Prise en charge des dysfonctions érectiles	Consultation

⁽¹⁾ Les situations de soins retenues ne sont, bien entendu, pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors des moments prévus d'actualisation du référentiel.

Prise en charge d'une hématurie macroscopique

SITUATION 1

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ en s'assurant que c'est bien du sang;
- ▶ en menant *l'interrogatoire* pour relever les signes actuels et associés (douleurs, fièvre éventuelle), et l'anamnèse (quand cela se produit? initial? terminal ou total?), ainsi que sur les antécédents (habitudes alimentaires, modes de vie du patient);
- ▶ *en procédant à l'examen clinique local* (zones anatomiques à explorer: fosses lombaires, touchers pelviens, aires ganglionnaires...) et *général* (y a-t-il des signes cliniques d'anémie? retentissement hémodynamique?);
- ▶ en débouchant sur un diagnostic d'urgence ou pas.

En cas de non urgence:

- ▶ en déclenchant des examens complémentaires: examens biologiques, imagerie (ASP écho, TDM, cystoscopie...);
- ▶ en estimant les coûts des examens et l'ordre dans lequel les mener;
- ▶ en précisant le siège: rein, vessie, prostate...;
- ▶ en précisant la cause: tumeur, calcul, infection, médicament?

En cas d'urgence:

en cas de caillottage de la vessie pouvant faire suspecter une tumeur rénale, vésicale ou une lésion vasculaire rénale:

- ▶ en posant provisoirement des gestes anti-douleur, contre la rétention (sondage), décaillottage (éventuellement au bloc opératoire), éventuellement artériographie.

DÉCIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

En cas de non d'urgence:

- ▶ en prescrivant les traitements médicamenteux, en cas d'infection;
- ▶ en décidant de l'indication thérapeutique appropriée, en cas de tumeur ou de calcul.

En cas d'urgence:

décaillottage au bloc opératoire et gestion éventuelle par endoscopie:

- ▶ en soulageant le patient;
- ▶ en maîtrisant toutes les mesures contre les infections nosocomiales (risque augmenté par la réalisation en urgence);
- ▶ en choisissant et en planifiant la technique opératoire;
- ▶ en prenant en compte l'opérabilité du patient, examen clinique et comorbidités associés;
- ▶ en dialoguant et coopérant avec les autres acteurs: cardiologue, diabétologue, anesthésiste...;
- ▶ en informant sur l'opération projetée et en dialoguant avec le patient et sa famille.

Prise en charge d'une hématurie macroscopique

SITUATION 1 (SUITE)

RÉALISER L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Réaliser l'endoscopie (en supposant avoir choisi l'endoscopie comme technique d'examen et d'intervention):

- ▶ en gérant les infirmières du bloc opératoire (IBODE) ou panseuses;
- ▶ en expliquant, informant, rassurant le patient;
- ▶ en le réexaminant (sous anesthésie générale) et en revoyant le dossier avant...;
- ▶ en organisant la table d'opération: rigueur dans l'installation de l'instrumentation;
- ▶ en hiérarchisant l'ensemble des petits gestes à enchaîner;
- ▶ en s'assurant de la propreté de la salle et du matériel;
- ▶ en opérant avec habileté et douceur;
- ▶ en donnant les instructions pour le suivi immédiat.

EFFECTUER UN SUIVI POSTOPÉATOIRE IMMÉDIAT

- ▶ en organisant la prise en charge au long cours, tenant compte des interactions pluridisciplinaires;
- ▶ en suivant la cause de l'hématurie et de sa prise en charge thérapeutique;
- ▶ en suivant les recommandations de surveillance.

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en respectant, selon la pathologie, les recommandations de suivi du Comité de cancérologie, Comité lithiase;
- ▶ en gérant le dossier en cas d'étude rétrospective.

Prise en charge de l'incontinence urinaire

SITUATION 2

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

A. Chez les hommes:

- ▶ en menant un interrogatoire,
- ▶ en procédant à l'examen clinique en recherchant une maladie neurologique ou des séquelles de chirurgie,
- ▶ en sélectionnant les examens complémentaires adaptés (endoscopie...) et en estimant les coûts des examens et du rapport bénéfices/risques;

B. Chez les femmes:

- ▶ en menant un interrogatoire se référant à un arbre décisionnel,
- ▶ en structurant les symptômes qui sont souvent exprimés de façon confuse par les patientes,
- ▶ en procédant à un examen clinique méthodique (avec une nécessité de rigueur dans l'ordre des gestes à réaliser) afin de comprendre les mécanismes parfois multiples de l'incontinence,
- ▶ en dialoguant et communiquant avec humanité et pédagogie avec les patientes,
- ▶ en faisant procéder à des examens complémentaires (bilan urodynamique, cystoscopie...) en fonction des conclusions.

DÉCIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATÉGIE OPÉRATOIRE

- ▶ en sachant décider de la pertinence ou non d'une opération, s'agissant d'une chirurgie d'indication très délicate et sujette à reprises;
- ▶ en informant la patiente avec humanité et pédagogie.

En cas de traitement non chirurgical:

- ▶ médicamenteux, d'où l'importance de bien connaître la pharmacologie et les contre-indications;
- ▶ paramédical: rééducation, kinésithérapie;
- ▶ médical: consultation en neurologie;
- ▶ autres techniques, neuromodulation.

RÉALISER L'INTERVENTION CHIRURGICALE

- ▶ en réexaminant sur la table d'opération;
- ▶ en réévaluant les lésions et l'importance du prolapsus;
- ▶ en installant le malade pour éviter toute zone de compression;
- ▶ en maîtrisant la chirurgie pelvienne: chirurgie du prolapsus, coelio et laparoscopie, techniques diverses (bandelettes), mise en place de sphincters...

EFFECTUER UN SUIVI POSTOPÉRATOIRE IMMÉDIAT

- ▶ en gérant avec les patientes un éventuel échec thérapeutique.

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en suivant le malade longtemps (5 ou 10 ans);
- ▶ en évaluant la technique;
- ▶ en tenant les registres (nécessité d'un recul long).

Prise en charge des douleurs scrotales

SITUATION 3

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

A. En cas de situation aiguë, il faut savoir s'il y a torsion du cordon spermatique ou des annexes du testicule :

- ▶ en menant un interrogatoire très précis et rigoureux permettant de reconstituer l'histoire : brutalité, horaires d'apparition... (on ne dispose que de 6 heures avant nécrose),
- ▶ en réalisant un examen clinique (présence ou pas d'infection, de fièvre),
- ▶ en ne se fiant pas à l'échographie,
- ▶ en soulageant la souffrance (savoir poser les gestes de détorsion),
- ▶ en décidant, si le diagnostic le nécessite, une intervention chirurgicale urgente ;

B. En cas de situation non aiguë, réaliser un diagnostic différentiel :

- ▶ en distinguant, si le malade est fébrile : suspicion d'infection ; si non fébrile : maladie chronique (tuberculose ?) ou cancer,
- ▶ en veillant à ne pas passer à côté d'un cancer du testicule,
- ▶ en faisant procéder à une échographie (ici discriminante) et aux examens biologiques (marqueurs tumoraux).

DÉCIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION

A. En cas de situation aiguë :

- ▶ en décidant rapidement d'opérer, malgré les réticences que peut avoir le patient, au moins pour explorer la bourse,
- ▶ en prenant les décisions de traitement au plus tôt (opérer au moindre doute de torsion),
- ▶ en prévenant les parents,
- ▶ en obtenant l'autorisation de l'ablation du testicule ;

B. En cas de situation non aiguë :

- ▶ en informant, expliquant, accompagnant, planifiant les prélèvements de sperme (CECOS) et de l'opération, en cas de cancer.

RÉALISER L'INTERVENTION CHIRURGICALE

A. En cas de situation aiguë :

- ▶ en opérant en urgence prioritaire, en cas de torsion,
- ▶ en négociant l'accès rapide au bloc,
- ▶ en utilisant un abord scrotal : détorsion, fixation ;

B. En cas de situation non aiguë :

- ▶ en préparant le malade, en cas de cancer,
- ▶ en utilisant un abord inguinal, ligature haute du cordon (en suivant les recommandations),
- ▶ en rédigeant le CRO immédiat et indiquant le codage adéquat.

SITUATION 3 (SUITE)

EFFECTUER UN SUIVI POSTOPÉRATOIRE IMMÉDIAT

A. En cas de situation aiguë :

- ▶ en évaluant à long terme de la spermatogenèse, en cas de torsion,
- ▶ en essayant de garder le contact ;

B. En cas de situation non aiguë :

- ▶ en suivant les recommandations. RCP, en cas de cancer,
- ▶ en accompagnant le malade du point de vue psychologique et médical.

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en surveillant sur le long terme la fertilité, notamment s'il y a eu ablation d'un testicule ;
- ▶ en surveillant des marqueurs tumoraux en cas de cancer et en se conformant aux recommandations de bonnes pratiques ;
- ▶ en suivant les recommandations.

Prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate

SITUATION 4

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ en analysant les signes fonctionnels des troubles de la miction;
- ▶ en menant l'interrogatoire pour apprécier la gêne des patients et l'impact sur leur qualité de vie;
- ▶ en évaluant la gravité potentielle et en éliminant les complications: incontinence, insuffisance rénale, infection, calcul;
- ▶ en procédant à l'examen clinique complet (toucher rectal);
- ▶ en prescrivant les examens complémentaires: créatinine, CBU, échographie, permettant de distinguer:
 - les malades avec un retentissement fonctionnel léger qui relèvent d'un traitement médical avec un suivi régulier,
 - les malades avec risques de complications qui nécessitent un examen complémentaire plus approfondi.

DÉCIDER DE L'INTERVENTION ET D'UNE STRATÉGIE OPÉRATOIRE

- ▶ en reposant sa décision sur des indications opératoires argumentées (débitmétrie, retentissement sur l'état général);
- ▶ en s'interrogeant sur l'opérabilité (questionnaire, consultation de cardiologie et d'anesthésie...);
- ▶ en décidant du délai et des modalités de l'opération, en fonction de l'âge du malade, de son environnement, du terrain, de la co-morbidité éventuelle...;
- ▶ en informant le patient sur la surveillance nécessaire et les effets secondaires des traitements médicaux et chirurgicaux;
- ▶ en sachant convaincre, surtout lorsque les symptômes ne sont pas très apparents: alerte par le taux d'urémie et de créatininémie.

RÉALISER L'INTERVENTION CHIRURGICALE

- ▶ en réalisant au besoin la résection de la prostate (cf. endoscopie);
- ▶ en anticipant les incidents et en les gérant;
- ▶ en ne dépassant pas les durées opératoires;
- ▶ en se tenant au courant des techniques les plus récentes;
- ▶ en respectant les recommandations et en n'utilisant une technique nouvelle qu'après apprentissage et évaluation;
- ▶ en étant donc capable de résister à la pression des fournisseurs;
- ▶ en rédigeant le CRO immédiat et indiquant le code adéquat.

EFFECTUER UN SUIVI POSTOPÉRATOIRE IMMÉDIAT

- ▶ en gérant les complications éventuelles: sténose de l'urètre, saignements, hémorragie, infection, éjaculation rétrograde...

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en assurant une surveillance de la coque prostatique (toucher rectal), du PSA, de la créatinine et d'un risque infectieux (CBU).

Pyélonéphrite aiguë obstructive

SITUATION 5

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ en respectant l'ordre suivant : 1. de l'obstacle ; 2. du sepsis ; 3. de l'insuffisance rénale ; 4. du retentissement multiviscéral ;
- ▶ en interrogeant sur les antécédents urologiques ou autres (cancers, lithiases, interventions antérieures, prises de médicaments, types de douleurs, terrain, co-morbidité...);
- ▶ en faisant l'examen clinique (abdominal, touchers pelviens, retentissement cardio-vasculaire...) avec une attention particulière aux symptômes de septicémie (troubles de la conscience, marbrures, hypo- ou hyperthermie, hémodynamique...);
- ▶ en procédant aux examens complémentaires : imagerie (par scanner) et biologie (créatinine, coagulation, septicémie, bilan d'hémostase, bilan métabolique);
- ▶ en cas de carcinose terminale :
 - en sachant identifier le malade à ne pas traiter (problème éthique),
 - en informant avec humanité le malade et la famille et en dialoguant avec eux.

DÉCIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATÉGIE OPÉRATOIRE

- ▶ en vérifiant que tous les éléments du diagnostic sont obtenus ;
- ▶ en faisant la synthèse de tous les éléments provenant du diagnostic ;
- ▶ en s'assurant du côté atteint ;
- ▶ en choisissant la voie basse ou haute ;
- ▶ en informant le patient de l'hypothèse technique retenue, de ses risques et avantages ;
- ▶ en informant le personnel du bloc opératoire et l'anesthésiste.

RÉALISER L'INTERVENTION CHIRURGICALE

- ▶ en prenant en charge l'infection par antibiothérapie (protocoolée) et procéder à la dérivation :
- A. Par voie basse :**
- en s'assurant de l'environnement endoscopique : matériel (table, radio et échographie à proximité, matériel stérile, type de sonde et ancillaires – avec anticipation du choix du bon endoscope)... et personnel (anesthésiste et IBODE) ;
 - en installant le patient et prévoyant le changement éventuel de position en cours d'intervention ;
 - en reprenant l'examen sous anesthésie générale ;
 - en faisant une cystoscopie et une urétéro-pyélographie rétrograde ainsi que les prélèvements bactériologiques avant de procéder à la montée de sonde ;
 - en fixant les sondes et les drains ;
 - en procédant aux contrôles par imagerie ;
 - en rédigeant le CRO immédiat et indiquant le codage adéquat.
- B. Par voie haute (néphrostomie) :**
- en changeant la position du patient et adaptant l'installation et l'espace opératoire ;
 - en convenant des modalités anesthésiques à adapter et en prenant en compte le délai nécessaire ;
 - en veillant à la disponibilité de l'imagerie et de l'échographie ;
 - en rédigeant le CRO immédiat et en indiquant le code adéquat.

Pyélonéphrite aiguë obstructive

SITUATION 5 (SUITE)

EFFECTUER UN SUIVI POSTOPÉRATOIRE

- ▶ en planifiant les traitements ultérieurs en prévoyant le transfert dans d'autres services (salle de réveil, unité de soins intensifs, service de néphrologie...);
- ▶ en rédigeant une fiche de liaison prévoyant:
 - la gestion de la levée d'obstacle,
 - la gestion de la dérivation,
 - la gestion de l'antibiothérapie;
- ▶ en proposant une planification du traitement de l'obstacle: stratégie en fonction de l'étiologie et de la cause de l'obstacle.

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en assurant un suivi de la lithiase, si elle était en cause et la prise en charge métabolique ;
- ▶ en dépistant une malformation urinaire chez l'enfant ou l'adolescent ;
- ▶ en assurant une prise en charge de l'élément causal (maladie lithiasique, cancer, fibrose rétropéritonéale).

Prise en charge des dysfonctions érectiles

SITUATION 6

RÉALISER UN DIAGNOSTIC

- ▶ en interrogeant le patient avec tact mais en veillant à bien clarifier et se mettre d'accord sur le vocabulaire utilisé;
- ▶ en recherchant les antécédents (chirurgicaux, médicaux...) et les éventuelles prises de médicaments pouvant avoir un impact;
- ▶ en situant les troubles de l'érection dans le contexte plus global de la santé du patient et de la sexualité du couple;
- ▶ en procédant à un examen clinique (génital et général), avec toucher rectal pour dépistage prostatique;
- ▶ en évaluant les facteurs de risques cardio-vasculaires;
- ▶ en demandant les examens paracliniques: testostérone, PSA, endocrinologie;
- ▶ en proposant un second rendez-vous pour analyser les résultats et proposer un traitement.

DÉCIDER DE L'INDICATION ET D'UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION

- ▶ en confirmant le diagnostic (troubles fonctionnels ou organiques) et en proposant un traitement pouvant être:
 - comportemental,
 - avec des injections intra-caverneuses,
 - une hormonothérapie,
 - un traitement médicamenteux,
 - une prothèse pénienne;
- ▶ en connaissant bien les interfaces avec les autres spécialités médicales et en veillant à y faire appel selon les besoins;
- ▶ en formant le patient à la gestion des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI).

EFFECTUER UN SUIVI IMMÉDIAT

- ▶ pour les injections intra-caverneuses: en connaissant bien la pharmacologie et en maîtrisant la gestion des complications

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- ▶ en effectuant le suivi au long court;
- ▶ en permettant le suivi d'une pathologie favorisante (cardiaque ou diabète).





Les ressources en connaissances et compétences⁽²⁾

⁽²⁾ Les ressources indiquées ne constituent pas une liste exhaustive de connaissances et compétences, mais identifient celles qui sont particulièrement requises pour exercer le métier de chirurgien en urologie, et donc pour gérer les situations de soins qui se présenteront.

Les ressources spécifiques à la spécialité en urologie

Les pré-requis de base

■ Être affilié au Collège de sa spécialité chirurgicale afin de garantir une mise à jour régulière de sa compétence par la formation continue.

Les savoirs scientifiques et techniques validés

■ Avoir acquis les connaissances théoriques et techniques concernant:

- les sciences fondamentales en urologie,
- la pathologie tumorale,
- les lésions infectieuses et parasitaires du tractus urinaire,
- la lithiase urinaire,
- les lésions traumatiques,
- la pathologie fonctionnelle de la vessie,
- les anomalies congénitales,
- l'andrologie,
- l'insuffisance rénale,
- les urgences en urologie,
- les techniques chirurgicales en urologie;

■ Principales modalités d'acquisition

- les cours et enseignements qualifiants,
- les congrès et enseignements spécifiques,
- les stages de courte durée.

Expérience pratique validée et maîtrise des gestes chirurgicaux

■ Avoir acquis la maîtrise des interventions et des actes techniques dans les domaines suivants:

- maîtrise des abords chirurgicaux,
- chirurgie du rein et du rétro péritoine,
- chirurgie des calculs et de la voie excrétrice supérieure,
- chirurgie de la vessie,
- chirurgie de la prostate,
- chirurgie des organes génitaux externes (verges, bourses et seins) et de l'urètre,
- chirurgie pelvienne féminine,
- endoscopie et chirurgie endoscopique,
- chirurgie de l'insuffisance rénale,
- échographie et urodynamique;

■ Modalité d'acquisition pratique

- le service: participation aux activités de soins, présentation et discussion des dossiers au staff, suivi des malades hospitalisés, supervision des observations, gardes de spécialité...
- le bloc opératoire,
- la consultation: réflexion diagnostique, information du patient...
- les stages de mise en pratique validés par un carnet de stages:
 - en situation d'aide à un praticien expérimenté,
 - en situation d'acteur principal accompagné.

Les ressources communes à toutes les spécialités

Les pré-requis de base

- **Maîtrise de la langue française;**
- **Reconnaissance par l'Ordre des Médecins du titre de Docteur en médecine, des qualifications et des compétences;**
- **Connaissances en déontologie professionnelle et éthique médicale.**

Les savoirs médicaux scientifiques et techniques validés

- **Avoir acquis les connaissances de base théorique et technique en chirurgie concernant:**
 - l'anatomie chirurgicale;
 - l'acte opératoire (méthodologie chirurgicale);
 - la pathologie générale;
 - les urgences chirurgicales.

Savoir-faire de raisonnement clinique et de décision

- **Être capable de:**
 - effectuer une synthèse clinique et para-clinique dans les démarches de diagnostic,
 - prendre des décisions opératoires individuellement et collectivement,
 - adopter en cours d'intervention des changements de stratégie apparaissant nécessaire,
 - mener des actions dans l'urgence;
- **Modalités de validation: présentation de cas cliniques**
 - en staff: présentation de cas,
 - en réunions scientifiques ou pédagogiques,
 - en séminaires ou en congrès.

Savoir-faire d'information et de communication avec les patients

- **Être capable de:**
 - établir une relation d'écoute empathique avec un patient,
 - délivrer une information claire et adaptée aux caractéristiques (personnelles, sociales, culturelles...) du patient, de sa famille et de son entourage,
 - annoncer avec tact et humanité des pronostics ou des événements négatifs (handicap, décès, tumeur cancéreuse...),
 - reformuler (une demande, des symptômes, un diagnostic, une stratégie d'intervention...) dans les mots du patient pour s'assurer de sa compréhension,

- vérifier ce qui a été communiqué à un patient avant d'engager un dialogue avec lui,
- respecter le discours d'un patient, notamment en cas d'échec thérapeutique,
- respecter l'intimité des patients,
- aider un patient à prendre sa décision en lui présentant la balance des bénéfices et des risques.

Savoirs et savoir-faire de communication avec les collègues et les divers acteurs intervenant dans les lieux de soins

■ Être capable de:

- partager et diffuser dans les délais appropriés les informations utiles concernant le patient, en fonction de l'intérêt du patient et indépendamment des liens hiérarchiques,
- prendre des décisions en concertation avec les collègues et le personnel de soins,
- rendre compte, par oral et par écrit, des résultats d'un diagnostic et des traitements ou opérations réalisés,
- assurer la traçabilité des informations, en particulier la mise à jour du dossier médical,
- actualiser sa formation et son information en étudiant les consignes, les informations, les dossiers.

Savoirs et savoir-faire de coopération

■ Avoir acquis la connaissance:

- de l'organisation et le fonctionnement de la consultation, des urgences, du bloc opératoire et des unités de soins;

■ Être capable de:

- se situer dans une équipe en situant bien son rôle et en prenant en compte et respectant le rôle des autres membres de l'équipe,
- travailler en coopération avec les autres professionnels de la santé,
- participer à des activités ou projets transversaux au sein de l'établissement et dans le cadre de réseaux,
- reconnaître ses limites,
- adresser un patient à un autre collègue, en fonction de ses limites de compétence, des moyens du plateau technique disponible ou de la relation médecin-malade.

Savoirs et savoir-faire procéduraux

■ Avoir acquis la connaissance:

- des protocoles d'organisation des soins,
- des recommandations concernant les pratiques cliniques;

Les ressources communes à toutes les spécialités

■ Être capable de:

- mettre en œuvre avec discernement les protocoles d'organisation des soins,
- mettre en œuvre avec discernement les recommandations sur les pratiques cliniques,
- vérifier que les protocoles sont réactualisés, diffusés et connus de l'ensemble des acteurs intervenant sur le parcours de soins.

Savoirs et savoir-faire en méthodologie de recherche clinique

■ Avoir acquis la connaissance:

- des principes élémentaires de la recherche clinique, en particulier pour la gestion des données cliniques;

■ Être capable de:

- développer une autoévaluation et une réflexion critique sur sa pratique en vue de l'améliorer;

■ Principales modalités d'acquisition:

- les séances de bibliographie avec analyse critique des articles,
- les staffs de présentation de dossier, avec confrontation de points de vue et d'opinions,
- l'enseignement aux stagiaires, avec évaluation de sa qualité pédagogique,
- les publications supervisées dans un esprit pédagogique par des aînés,
- les rencontres intercentres (« professeur invité »...).

Savoirs de base concernant l'environnement professionnel et institution

■ Avoir acquis la connaissance:

- du contexte institutionnel dans lequel se déroule la pratique,
- du rôle des diverses institutions et instances intervenant sur les parcours de soins,
- des bases de la gestion hospitalière, de la gestion des ressources humaines, de la gestion des réclamations et des plaintes,
- du coût des examens et des appareillages préconisés.

Groupe de travail	
Référentiels métier et compétences des chirurgiens en urologie	
Pr Bertrand DORÉ	Président du Collège français des urologues, CHU Poitiers
Pr Emmanuel CHARTIER-KASTLER	Secrétaire général AFU 2004-2007, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Paris VI
Pr Louis SIBERT	CHU Rouen
Dr François ROUSSELOT	Clinique Urologique Brive Conseiller National au CNOM

