



Référentiel métier / Compétences du chirurgien en chirurgie viscérale et digestive

Pr Jean Luc Bouillot, *CHU Hôtel Dieu, vice président du Collège français de chirurgie générale, viscérale et digestive.*

Dr Gérard Leynaud, *chirurgien libéral, clinique Saint François Montluçon, membre du collège français de chirurgie générale, viscérale et digestive.*

Pr Georges Mantion, *CHU Besançon, secrétaire général du Collège français de chirurgie générale, viscérale et digestive, président de la Fédération des collèges de spécialités chirurgicales.*

Pr Philippe Segol, *CHU Caen, chef de service de chirurgie viscérale et digestive.*

Dr Jacques Soufron, *chirurgien viscéral libéral, clinique Notre Dame, Vire.*

Dr Nicolas Veyrie, *chef clinique assistant CHU Hôtel Dieu, président de l'association des jeunes chirurgiens viscéraux.*

Référentiel actualisé le 10 décembre 2007.

Les situations de soins types

Les situations de soins retenues : les critères de sélection

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.

Sept situations de soins types (tableau) ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- faire partie du cœur de métier du chirurgien en chirurgie viscérale et digestive ;
- 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 est compétent.

Situation 1. Cholécystite aiguë

Réaliser un diagnostic

Au plus tôt et au plus près de l'arrivée du patient aux urgences.

- En menant l'interrogatoire et l'anamnèse :
 - antécédents ;
 - crises antérieures, douleurs post prandiales, lithiase connue.
- En procédant à l'examen clinique :
 - avant —si possible— que le patient soit sous antalgiques ;

- en éliminant les autres urgences médicales (cœur, poumons, reins) et abdominales ;
- en distinguant la cholécystite d'une colique hépatique (présence éventuelle de fièvre, durée de la douleur, défense).
- En prescrivant des examens sanguins, sur indication, selon le protocole et en fonction des signes cliniques (notamment température, frissons, âge) : protocole d'hémoculture, bilan hépatobiliaire, pancréatique, CRP, hémostase.
- En prescrivant des examens complémentaires :
 - échographique : en se gardant de conclusions trop rapides en cas d'absence d'épaississement de la paroi et/ou de lithiase, ou en cas de fièvre durable, éventuellement en réalisant l'échographie soi-même ;
 - en réalisant une fibroscopie gastrique ou un autre examen complémentaire, sur indication.
- En envoyant le patient en consultation d'anesthésie.

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- En synthétisant les informations et décidant en fonction de :
 - âge, antécédents, traitements en cours, comorbidités du patient, état général ;
 - résultats des examens ;
 - état de la voie biliaire principale et du foie.
- En évaluant le degré d'urgence :
 - en cas de suspicion de péritonite : intervention immédiate ;
 - en cas d'intervention en urgence différée (jusqu'à 72 heures), préparer le patient : en prescrivant pose d'une voie veineuse, antibiotiques, antalgiques, jeûne et glace sur le ventre ;
 - en cas de traitement seulement médical (cholécystite simple, patient vu tardivement et comorbidité associée) : critères de surveillance.

- En anticipant la préparation du bloc :
 - information de l'équipe au bloc ;
 - attention au fonctionnement de chaque bloc (disponibilité du matériel) ;
 - capacité de surseoir à l'opération en cas de risque opératoire majeur ou de confier le patient à une autre équipe plus spécialisée.
- En déterminant la voie opératoire : œlioscopie ou laparotomie.
- En informant le malade et la famille du diagnostic, des modalités d'intervention et des probabilités de conversion.

Réaliser l'intervention chirurgicale

Préparer l'intervention :

- en vérifiant la disponibilité et le fonctionnement du matériel et de la radio per-op.
- en vérifiant la disponibilité et estimant la compétence de l'équipe.
- en choisissant une installation à la française ou à l'américaine pour l'intervention sous laparoscopie.

Organiser une intervention sous laparoscopie :

- en connaissant les contre indications ;
- en s'assurant de l'équipement adéquat de la salle et de son bon fonctionnement (logistique électricité et fluide, caméra insufflation, télévision) ;
- en collaborant avec une équipe formée à cette technique : anesthésistes (gestion de la capnie, gestion des curares), infirmiers... ;
- en effectuant tous les gestes liés au maniement des techniques et à la spécificité de l'intervention en qualité et en durée :
 - en veillant au principe de triangulation,
 - en veillant aux modalités de création du pneumo péritoine : open œlioscopie ou ponction directe à l'aiguille de Veres (avec tests de sécurité),
 - en surveillant les pressions d'insufflation et l'évolution de celles-ci pendant la durée de l'intervention,
 - en introduisant des pinces et des trocars sous contrôle de la vue,
 - en maîtrisant le maniement des pinces sous contrôle de la vue, et la coordination du geste pour opérer sous écran,
 - en faisant l'extraction des pièces anatomiques (sacs) ,
 - en acceptant les critères de conversion à tous les stades de l'intervention (laparotomie en cas de problème, risque hémorragique, pas d'avancée dans la dissection au bout de 20 mn...),
 - en enlevant les trocars sous contrôle de la vue, en exsufflant le dernier trocar en place et refermant les orifices.

En faisant tous les gestes opératoires de la cholécystectomie sous œlioscopie :

- en réalisant les prélèvements bactériologiques ;
- en vérifiant la cavité abdominale (saignements, écoulements,...) avant d'enlever les trocars ;
- en ayant conscience de ses limites, être capable de demander l'avis d'un collègue ;
- en gérant les hémostases ;
- en cas de calcul dans les voies biliaires, en décidant de laisser un calcul cholédocien ou de l'extraire et argumenter ;
- en gérant les comptes de compresses.

En réalisant la transmission écrite et orale :

- utiliser un schéma ;
- rédiger le CR opératoire.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En surveillant le patient et le suivant jusqu'à la sortie, en équipe avec l'anesthésiste ;
- en assurant la surveillance des risques d'hémorragie et de fuite biliaire ;
- en prescrivant les conditions de réhabilitation du malade (déambulation, sonde, drains, alimentation) et les médicaments nécessaires ;

- le cas échéant, en proposant une stratégie et une chronologie de traitement s'il existe un calcul résiduel ;
- en gérant la sortie, en particulier en évaluant le contexte et les besoins du malade pour la prise en charge ultérieure (arrêt de travail, maison de repos) ;
- en rédigeant le CR d'hospitalisation pour le médecin traitant.

Effectuer un suivi en temps différé

- En prenant connaissance des résultats de l'analyse histologique ;
- en assurant la traçabilité de la prise en charge, pour le patient et pour ses médecins (compte-rendu opératoire, courrier, histologie...).

Situation 2. Hernie inguinale non étranglée chez l'adulte

Réaliser un diagnostic

- En menant l'interrogatoire :
 - anamnèse, antécédents ;
 - douleur : intensité, horaires, facteurs déclenchants ;
 - pathologies associées ;
 - facteurs favorisant la survenue des hernies (métiers de force, broncho-pneumopathie...).
- En faisant l'examen clinique :
 - examen bilatéral, debout, couché, en toussant ;
 - symptômes fonctionnels, recherche de gêne fonctionnelle ;
 - examen des testicules et de l'ombilic ;
 - toucher rectal sur indication chez l'homme dans la deuxième partie de la vie.
- en faisant le diagnostic différentiel des douleurs de l'aîne sans rapport avec une hernie
- en prescrivant les examens para cliniques et biologiques : uniquement en cas de suspicion de pathologies associées
- en informant le patient sur :
 - les origines et les facteurs favorisant de la hernie ;
 - les risques et bénéfices d'une intervention et les douleurs post opératoires potentielles.

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

Cas 1 : décision d'intervention

- En décidant des modalités :
 - chirurgie ambulatoire ou hospitalisation conventionnelle ;
 - voie d'abord : chirurgie laparoscopique ou Kelotomie ;
 - herniorraphie ou cure prothétique.
- En argumentant sur les choix avec le patient.
- En décidant de l'horaire de passage au bloc (salle aseptique).
- En réalisant un bilan pré-opératoire (radio du thorax...).
- En réalisant une consultation anesthésique.
- En discutant avec l'anesthésiste et le patient de la technique d'anesthésie (locale, générale, régionale).

Cas 2 : décision de ne pas intervenir

- En donnant des conseils au patient pour détecter un étranglement et expliquer la conduite à tenir en cas d'urgence.

Réaliser l'intervention chirurgicale

- En respectant les bonnes pratiques :
 - veiller à la préservation des nerfs ;
 - assurer une dissection minutieuse ;
 - veiller à une asepsie rigoureuse en cas de réparation prothétique.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En assurant la surveillance classique :
 - expliquant les précautions de reprise d'activité et une

éventuelle rééducation posturale ;

- prescrivant des antalgiques.
- En prescrivant un arrêt de travail tenant compte de l'activité professionnelle du patient (travailleur de force).

Effectuer un suivi en temps différé

- En revoyant le patient à distance, pour contrôler la solidité de la réparation et l'absence de douleur ;
- en assurant la traçabilité de la prise en charge pour le patient et pour ses médecins (compte-rendu opératoire, courrier...) ;
- en enregistrant le patient au sein d'un éventuel registre.

Situation 3. Cancer de la jonction colorectale (hors urgence)

Réaliser un diagnostic

- En menant l'interrogatoire :
 - antécédents personnels (colites, coloscopies, chirurgie abdominale, ...) et familiaux (cancers des ascendants, âges de survenue...);
 - anamnèse ;
 - pathologies associées.
- En faisant l'examen clinique :
 - palpation de l'abdomen et toucher rectal ;
 - recherche de cicatrices abdominales.
- En prescrivant des examens complémentaires :
 - à visée diagnostique : coloscopie, biopsies, en cas de coloscopie incomplète ou impossible, lavement au produit opaque ou scanner avec opacification digestive ;
 - à visée d'extension et d'opérabilité, si le diagnostic a été fait par le médecin traitant ou le gastroentérologue : échographie hépatique ou scanner (foie, reins, carcinome), radio du thorax ou scanner thoracique, marqueurs tumoraux pré opératoires.
- En informant le patient sur les conditions et les risques des examens.
- En réalisant une synthèse et communiquant en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire).
- En communiquant au patient le diagnostic : expliquer l'éventuelle colostomie, l'informer sur les risques associés (qualité de vie, sexualité, fertilité, incontinence...) et s'adapter à la psychologie du patient, le préciser dans le dossier ou dans la lettre au médecin traitant.
- En prescrivant un bilan anesthésique et un bilan d'opérabilité (AG quasi systématique).

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- En préparant le malade, tenant compte des recommandations, et discutant de l'intérêt d'une préparation colique ;
- en déterminant la voie d'abord et l'option œlioscopie, argumentant le choix (abcès de paroi et éviscération...) ;
- en prévenant le bloc et anticipant la disponibilité du personnel et du matériel.

Réaliser l'intervention chirurgicale

- En installant le malade selon option (double équipe...) ;
- sous protocole pré-établi d'antibioprophylaxie ;
- en explorant la cavité abdominale (atteinte organes adjacents, carcinome péritonéale, métastases hépatiques...) ;
- en réalisant une ligature première des vaisseaux ;
- en discutant l'exclusion de la tumeur ;
- en mobilisant l'angle gauche ;
- en veillant à ne pas passer au contact de l'aorte pour le curage ganglionnaire (préservation des nerfs) ;
- en effectuant un repérage des uretères ;
- en libérant le moignon rectal, en amorçant le plan de l'ETM ;

- en décidant le rétablissement de la continuité et son mode (mécanique ou manuel) ;
- en effectuant un lavage à la Bétadine du moignon rectal ;
- en contrôlant l'étanchéité de l'anastomose (pour les interventions mécaniques) ;
- en décidant ou non d'une stomie de protection (colostomie, iléostomie) ;
- en réalisant un drainage sur indication ;
- en contrôlant et envoyant la pièce à l'anapath ;
- en réalisant la transmission écrite et orale, utilisant un schéma et rédigeant le CR opératoire.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En suivant le patient jusqu'à la sortie, en équipe avec l'anesthésiste ;
- en assurant la prévention des phlébites ;
- en cas de colostomie, s'assurant qu'une prise en charge spécifique est assurée par le stomathérapeute ;
- en prescrivant les conditions de réhabilitation du malade (déambulation, sonde, drains, alimentation) et les prescriptions médicamenteuses ;
- en évaluant le contexte et les besoins du malade pour la prise en charge ultérieure (arrêt de travail, maison de repos) ;
- en donnant des conseils diététiques, voire orientant vers un diététicien ;
- en rédigeant le compte rendu d'hospitalisation pour le médecin traitant et lui demandant d'effectuer la demande de prise en charge à 100 %.

Effectuer un suivi en temps différé

- A réception des résultats de l'anapath, en représentant le dossier en RCP pour discuter de l'éventualité d'un traitement complémentaire en chimiothérapie ;
- en revoyant le patient à un mois, pour assurer un éventuel traitement complémentaire en oncologie ;
- en organisant le suivi à distance : oncologue, chirurgien, médecin traitant.

Situation 4. Occlusion du grêle

Réaliser un diagnostic

Au plus tôt et au plus près de l'arrivée du patient aux urgences.

- En menant l'interrogatoire :
 - antécédents (autres interventions abdominales, maladies inflammatoires...),
 - anamnèse ;
- en réalisant l'examen clinique —avant la prise d'antalgiques si possible (cicatrices, orifices herniaires...) ;
- en recherchant des signes de gravité : fièvre, altération de l'état général, défense, intensité de la douleur... ;
- en éliminant les diagnostics différentiels évidents (globe urinaire, grossesse, torsion de l'ovaire, coliques néphrétiques, autres causes d'occlusion...) ;
- en prescrivant des antalgiques, sous la responsabilité du chirurgien, avec une surveillance rapprochée par le chirurgien ;
- en posant une sonde gastrique et faisant vérifier la bonne pose de la sonde par radio ;
- en prescrivant des examens complémentaires :
 - ASP ou scanner, selon les indications de bonne pratique et la disponibilité des équipements (en recherche de signes de souffrance du grêle),
 - examens biologiques, sanguins et urinaires, selon le protocole douleurs abdominales ;
- en mettant en condition le patient : voie veineuse (réhydratation), sonde urinaire si indication ;
- en demandant un bilan préopératoire avec visite anesthési-

que.

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

Cas 1 : signes de gravité : opération d'emblée

- Tableau clinique (hyperalgie, fièvre, défense, contracture) ;
- modifications biologiques (hyperleucocytose) ;
- signes de souffrance intestinale au scanner.

Cas 2 : pas de signes de gravité : traitement médical et surveillance

- En compensant les pertes hydriques et réaliser une aspiration gastrique ;
- en veillant particulièrement aux patients âgés ;
- en recherchant le mécanisme de l'occlusion : brides, adhérences, tumeur du grêle, appendicite à forme occlusive, maladie de Crohn, iléus biliaire, bézoard... ;
- en demandant un scanner :
 - nature de l'aspect occlusif,
 - dilatation du grêle ;
- si pas d'amélioration clinique rapide, décision d'intervention ;
- en communiquant au patient et à la famille le diagnostic et la stratégie recommandée ;
- en déterminant la voie d'abord : cœlioscopie dans les cas les plus favorables (bride simple évoquée, malade jeune, chirurgien expérimenté) ou laparotomie ;
- en prévenant le bloc et anticipant la disponibilité du personnel et du matériel.

Réaliser l'intervention chirurgicale

- en déroulant la totalité du grêle pour exploration ;
- en adaptant le geste à la cause de l'occlusion ;
- en appréciant la vitalité du grêle ;
- en réalisant la transmission écrite et orale, en rédigeant le CR opératoire .

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En suivant le patient jusqu'à la sortie, en équipe avec l'anesthésiste ;
- en surveillant la sonde naso-gastrique et compensant les éventuelles pertes hydriques ;
- en prescrivant les conditions de réhabilitation du malade (déambulation, sonde, drains, alimentation) et les prescriptions médicamenteuses ;
- en organisant la sortie :
 - donnant des conseils pour les soins de la cicatrice et la reprise d'activité,
 - informant sur les risques de récives,
 - rédigeant le courrier et le compte rendu d'hospitalisation pour le médecin traitant.

Effectuer un suivi en temps différé

- En revoyant le patient à 1 mois, pour contrôler la paroi (abcès, risques d'éventration).

Situation 5. Péritonite post opératoire (chirurgie digestive)

Réaliser un diagnostic

Au plus tôt et/ou au plus près de l'arrivée du patient aux urgences et compte tenu de l'intervention initiale.

- Si le cas est évident, en décidant de l'opération d'emblée ;
- sinon, en conduisant l'examen selon :
 - la provenance du patient –opéré sur place ou suite à transfert– (surveillance post-opératoire avec vigilance accrue à J+5 +/- 2 j),
 - les signes de suspicion: signes généraux (facies «gris», douleurs abdominales, tachycardie / polypnée, température), signes digestifs (diarrhées, abdomen distendu, dé-

fense, contracture), signes extra digestifs (diurèse réduite, défaillance cardiaque, angoisse, désorientation) ;

- en se méfiant des autres signes d'alerte trompeurs (symptomatologie pseudo-embolique) justifiant une confrontation d'avis avec le réanimateur médical et un échange de points de vue avec l'équipe soignante.

1^{er} cas. Patient opéré sur place

- En prescrivant des examens complémentaires :
 - NFS / hyperleucocytose,
 - Gazométrie,
 - créatinémie/fonctions rénales,
 - scanner ;
- en décidant d'intervenir au terme des examens, en cas de certitude ou de forte suspicion ;
- en mettant en condition le patient ;
- en demandant un bilan préopératoire avec consultation d'anesthésiste ;
- en s'assurant d'une possibilité de prise en charge en réanimation et du suivi post-opératoire immédiat.

2^e cas. Patient à transférer à défaut d'un plateau technique adapté et d'une possibilité de prise en charge sur place

- en organisant un transfert du patient selon le niveau de gravité et de stabilité de son état.

3^e cas. Patient provenant d'un transfert « 2^e main » :

- valider l'opportunité d'opérer :
 - en retraçant l'anamnèse concernant toute la prise en charge ;
 - en analysant le dossier « avec des yeux neufs » ;
 - en se concertant avec les réanimateurs.

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- En synthétisant les informations et prenant une décision en évaluant le degré d'urgence ;
- en validant la voie d'abord, à priori laparotomie sauf cas particulier (cholécystite) ;
- en anticipant la préparation du bloc :
 - en informant l'équipe au bloc,
 - en étant attentif à la préparation de la salle et au fonctionnement du bloc (disponibilité du matériel, présence et expertise du personnel),
 - en étant capable de surseoir à l'opération en cas de risque opératoire majeur ou de confier le patient à une autre équipe plus spécialisée ou mieux équipée ;
- en informant le malade et la famille du diagnostic, des modalités d'intervention et de ses conséquences ;
- en veillant à la préparation du malade.

Réaliser l'intervention chirurgicale

- En assurant les prélèvements nécessaires ;
- en réalisant l'exploration ;
- en procédant au lavage de la cavité abdominale ;
- en décidant du choix des gestes et de leur exécution (stomies et démontage d'anastomose) ;
- en choisissant le drainage (selon type et implantation) ;
- en prévenant toute éviscération.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En rédigeant un compte-rendu opératoire avec schéma complet détaillé ;
- en effectuant un suivi chirurgical pluri quotidien ;
- en contribuant au suivi médical en collaboration avec le réanimateur ;
- en surveillant les drains et la coloration de la stomie ;
- en assurant la relation avec le malade, le médecin traitant, la famille ;
- en informant des conséquences de l'opération sur les conditions de vie.

Effectuer un suivi en temps différé

- En prescrivant des conseils (stomathérapie) ;

- en proposant une prise en charge nutritionnelle ;
- en participant avec le staff à la revue de « morbi-mortalité » ;
- en veillant aux démarches médico-légales.

Situation 6. Masse pelvienne (chez la femme, à froid)

Réaliser un diagnostic

- En menant l'interrogatoire (anamnèse et antécédents) ;
- en réalisant l'examen clinique :
 - symptômes physiques, organiques, fonctionnels (ballonnement, gêne, pesanteur),
 - suivi gynécologique (date des dernières règles, frottis...),
 - palpation du ventre en éliminant une grossesse insoupçonnée,
 - touchers pelviens ;
- en prescrivant les examens para cliniques :
 - analyses biologiques (marqueurs tumoraux),
 - échographie pelvienne,
 - topographie de la masse.

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- En prescrivant : bilan morphologique complémentaire ; scanner, IRM ; suivi biologique.
- En décidant l'intervention et la technique opératoire selon la /les indications : 3 cas.

Cas 1. Utérus : myome

- En définissant les modalités de traitement en fonction de l'âge ;
- en convenant avec le gynécologue de la thérapeutique médicale ;
- en décidant en cas d'opération d'une hystérectomie totale, sub-totale ou d'une myomectomie ;
- en faisant un choix entre voie haute ou basse.

Cas 2. Ovaire : masse ovarienne

- En effectuant une échographie endovaginale ;
- en précisant s'il s'agit d'une masse liquidienne pure et de la possibilité de ponction et/ou traitement hormonal ;
- en prescrivant des examens complémentaires en cas de masse mixte ou solide : IRM, scanner, dosage de marqueurs spécifiques :
 - indication pour tumeur bénigne : cœlioscopie,
 - indication pour suspicion de tumeur maligne : laparotomie (hystérectomie, ovariectomie, chirurgie du cancer de l'ovaire ;

Cas 3. Pelvis

- En réalisant des examens :
 - digestif,
 - génital,
 - neurologique / pariétal ;
- en précisant le diagnostic par scanner.

Réaliser l'intervention chirurgicale

- En respectant selon les différents cas, les règles de l'art et les techniques opératoires propres à chacun.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En assurant la surveillance classique ;
- en adressant le compte rendu d'hospitalisation au médecin gynécologue ;
- en accompagnant la sortie :
 - communiquant sur les précautions de reprise d'activité et une éventuelle rééducation posturale,
 - prescrivant des antalgiques si nécessaire.

Situation 7. Syndrome de douleur abdominale aiguë

Réaliser un diagnostic

- En menant un interrogatoire approfondi :
 - anamnèse détaillée,
 - antécédents symptomatologiques ;
- en prenant connaissance de l'avis du médecin traitant ;
- en éliminant les pathologies à indications médicales (cardiologie, pneumologie, urologie, gynécologie, pathologies digestives médicales...);
- en réalisant l'examen clinique :
 - symptômes physiques, organiques, fonctionnels (ballonnement, gêne, pesanteur),
 - cicatrices,
 - percussion,
 - auscultation,
 - touchers pelviens,
 - examen gynécologique ;
- en prescrivant les examens paracliniques :
 - analyses biologiques (NFS, CRP, marqueurs tumoraux, analyse d'urine...),
 - test de grossesse,
 - écho abdominale et/ou TDM,
 - radio pulmonaire.

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- En évaluant l'urgence.

En cas de non urgence ou urgence différée

- En organisant un suivi périodique en consultation et une surveillance sur mesure ;
- en informant le médecin traitant.

En cas d'urgence

- en décidant de l'hospitalisation en chirurgie digestive ou orientant vers la spécialité adaptée.

Réaliser l'intervention chirurgicale

- En se reportant aux différentes situations d'intervention et à leurs indications opératoires.

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- En se reportant aux différentes situations d'intervention et à leurs indications opératoires.

Effectuer un suivi en temps différé

- En se reportant aux différentes situations d'intervention et à leur surveillance ultérieure.

Les ressources en connaissances et compétences

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 chirurgie viscérale et digestive, et donc pour gérer les situations de soins qui se présenteront.

Les ressources spécifiques à la spécialité en chirurgie viscérale et digestive

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 ;
- la physiologie du tube digestif et des glandes annexes ;
- la pathologie tumorale et des notions d'oncologie médicale ;
- les techniques chirurgicales ;
- les connaissances inhérentes à la chirurgie viscérale et aux spécialités suivantes : endocrinienne, gynécologique, vasculaire
 - Chirurgie de l'oesophage et du diaphragme ;
 - Chirurgie de l'estomac, du duodénum et du jéjuno-iléon ;
 - Chirurgie colorectale et proctologique ;
 - Chirurgie du foie, de la rate et du système porte ;
 - Chirurgie des voies biliaires et du pancréas ;
 - Chirurgie pariétale ;
 - Chirurgie des cavités péritonéale et pelvienne ;
 - Chirurgie du sein et des glandes endocrines.
- les urgences en chirurgie digestive ;
- les modalités des endoscopies ;
- des notions de réanimation ;
- des notions de transplantation ;
- des notions de prise en charge et gestion de la douleur ;
- des notions des engagements juridiques.

Principales modalités d'acquisition

- les cours et enseignements qualifiants ;
- le « compagnonnage » ;
- 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 gestes essentiels en chirurgie vasculaire, urologique, gynécologique ;
- maîtrise des abords chirurgicaux (œsophage, thyroïde, estomac, rate, foie, pancréas, glandes endocriniennes, intestins, anus ;
- chirurgie colo-rectale ;
- chirurgie coelioscopique ;
- maîtrise de la chirurgie mini-invasive laparoscopique [éventuellement robotique].

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 RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) ;
- les réunions de morbi-mortalité ;
- la diversité des lieux de stages pour permettre les acquisitions pratiques de bases en chirurgie vasculaire, urologique, gynécologique.

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 et de la qualification.
- 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.
- Savoir actualiser et élargir ses connaissances théoriques et techniques (congrès, cours, enseignements universitaires...).

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 nécessaires ;
 - mener des actions dans l'urgence.
- Modalités de validation : présentation de cas cliniques :
 - en staff ;
 - 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 ;
 - respecter l'intimité des patients ;
 - délivrer une information claire loyale et appropriée au patient, à sa famille et à son entourage et éventuellement reformuler pour s'assurer de sa compréhension ;
 - annoncer avec clarté tact et humanité des pronostics ou des événements négatifs (handicap, décès, tumeur cancéreuse...) ;
 - aider un patient à prendre sa décision en lui présentant la balance des bénéfices-risques des diverses solutions thérapeutiques ;
 - favoriser le dialogue avec le patient, notamment en cas d'échec thérapeutique ou de complications.

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 ;
 - prendre des décisions en concertation avec les collègues et le personnel de soins ;
 - assurer la traçabilité et la transmission des informations, en particulier la mise à jour du dossier patient.

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 :
 - s'intégrer dans une équipe en situant son rôle et celui des autres membres de l'équipe ;
 - travailler en coopération avec les autres professionnels de la santé et en équipe pluridisciplinaire ;
 - participer à des activités ou projets transversaux au sein de l'établissement et dans le cadre de réseaux médicaux ;
 - connaître ses limites (compétences, moyens du plateau technique, relation médecin-malade...) et savoir adresser

le cas échéant un patient à un autre praticien ou un autre établissement.

Savoirs et savoir-faire procéduraux

- Avoir acquis la connaissance :
 - des protocoles d'organisation des soins ;
 - des recommandations concernant les pratiques cliniques ;
 - des obligations réglementaires ;
 - des règles de confidentialité et de secret professionnel.
- Être capable de :
 - rédiger un compte-rendu opératoire structuré selon les règles et recommandations ;
 - 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

- Connaître :
 - les principes élémentaires de la recherche clinique et de la gestion des données ;
 - la notion de conflit d'intérêt.
- Être capable de :
 - développer une autoévaluation et une réflexion critique sur sa pratique en vue de l'améliorer ;
 - faire une recherche bibliographique avec analyse critique des articles ;
 - présenter des dossiers cliniques en réunion ;
 - confronter les points de vue et opinions.

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.

Tableau. Situations de soins types retenues.

Situations-types	Caractéristiques
Cholécystite aiguë	Vésicule Risque vital
Hernie inguinale non étranglée chez l'adulte	Paroi
Cancer de la jonction colorectale (hors urgences)	Colon, rectum Oncologie
Occlusion du grêle	Grêle Risque vital immédiat
Péritonite post opératoire (chirurgie digestive)	Risque vital immédiat
Masse pelvienne (féminine, à froid)	Intéresse plusieurs organes Multidisciplinaire
Douleur abdominale aiguë	Cavité péritonéale Urgence