

Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité

Membres du groupe de travail : D^{re} Anne Biringer, D^r William Ehman,
D^{re} Shanna Fenton, D^{re} Andrée Gagnon, D^{re} Lisa Graves, D^{re} Kate Miller,
D^{re} Sharon Northrop

Remerciements

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) souhaite remercier les membres du groupe de travail sur l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité d'avoir élaboré cette série d'objectifs d'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité.

Les membres du groupe de travail sont des médecins de famille et des enseignants qui ont un intérêt particulier pour les soins de maternité et de périnatalité ou qui ont une pratique ciblée dans le domaine.

Les auteurs du présent document sont :

Lisa Graves, M.D., CCMF, FCMF
Professeure, Médecine familiale et communautaire
Université Western Michigan
Homer Stryker MD School of Medicine
Professeure agrégée, École de médecine du Nord de l'Ontario

Anne Biringer, M.D., CCMF, FCMF
Directrice des soins de maternité en médecine familiale, Fondation Ada Slight and Slight Family
Ray D Wolfe Department of Family Medicine
Hôpital Mt. Sinai
Professeure agrégée, Médecine familiale et communautaire
Université de Toronto

William Ehman, M.D.
Professeur clinique adjoint,
Faculté de médecine, UBC
Nanaimo (Colombie-Britannique)

Andrée Gagnon, M.D., CCMF
Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec

Shanna Fenton, M.D., CCMF, FCMF
Professeure clinique agrégée,
Collège de médecine,
Université de la Saskatchewan

Katherine J. Miller, M.D., CCMF, FCMF
Ancienne présidente, Comité sur les soins maternels et aux nouveau-nés, Société de médecine rurale du Canada (SMRC)
Professeure clinique adjointe,
Faculté de médecine, Université McMaster

Sharon Northorp, M.D., CCMF
Professeure adjointe,
Université Dalhousie
Moncton (Nouveau-Brunswick)

Tim Allen, M.D., MCMF(MU), M.Éd.
Professeur émérite
Département de médecine familiale et de médecine d'urgence
Université Laval

Alan Pavilanis, M.D., CCMF, FCMF
Professeur agrégé
Médecine familiale
Université McGill

Le groupe de travail a été coordonné et soutenu par les membres du personnel du Département de certification et d'évaluation du CMFC : D^r Tim Allen, D^r Eric Wong, D^r Alan Pavilanis, M^{me} Tatjana Lozanovska, M^{me} Nadia Mangal et M^{me} Tanya Czyzewski. Le CMFC reconnaît également la participation de plusieurs autres personnes aux sondages de validation et aux essais pilotes ayant contribué au succès et à la qualité de ce document.

Citation suggérée : Biringier A, Ehman W, Fenton S, Gagnon A, Graves L, Miller K, Northorp S, et collab.
Sujets prioritaires et éléments clés dans l'évaluation des compétences en soins intrapartum et périnataux.
Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2017.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction | 4 |
| Pourquoi ces sujets prioritaires et éléments clés ont-ils été élaborés | 5 |
| Comment ces sujets prioritaires et éléments clés ont-ils été élaborés..... | 6 |
| Comment utiliser ces sujets prioritaires et éléments clés | 7 |
| Sujets prioritaires | 8 |
| Travail et accouchement normaux | 8 |
| Surveillance du bien-être foetal durant le travail..... | 10 |
| Douleur durant le travail..... | 11 |
| Dystocie du travail | 12 |
| Accouchement assisté par ventouse..... | 13 |
| Accouchement assisté par ventouse — habiletés techniques..... | 14 |
| Dystocie des épaules | 15 |
| Dystocie des épaules — habiletés techniques | 16 |
| Hémorragie post-partum..... | 17 |
| Déchirures du périnée — habiletés techniques | 18 |
| Fièvre du péri-partum | 19 |
| Hémorragie anténatale—après 20 semaines de gestation | 20 |
| Présentation non céphalique du fœtus..... | 21 |
| Rupture prématurée des membranes | 22 |
| Travail prématuré | 24 |
| Épreuve de travail après césarienne | 25 |
| Induction du travail | 26 |
| Santé mentale péri-partum..... | 27 |
| Hypertension/prééclampsie gestationnelle | 28 |
| Diabète gestationnel | 29 |
| Allaitement | 30 |
| 1 ^{re} semaine de vie..... | 31 |
| Travailler en équipes..... | 32 |
| Limites—pratiquer à l’intérieur de ses limites personnelles et de celles de l’établissement | 33 |
| Annexe A : Sujets prioritaires et comment ils sont déterminés..... | 34 |
| Annexe B : Éléments clés et comment ils sont déterminés..... | 35 |

Introduction

Cette compilation de sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité a été créée par le Groupe de travail sur l'évaluation de la compétence en soins de maternité et de périnatalité du CMFC entre 2012 et 2016. Elle présente ce qu'il faut évaluer pour déterminer la compétence en soins de maternité et de périnatalité en médecine familiale à l'aide de l'approche classique du CMFC qui consiste à définir les sujets prioritaires, les habiletés techniques et leurs éléments clés (voir les annexes A et B pour la définition de sujets prioritaires et des éléments clés).

Ce manuel vise à améliorer la formation et l'évaluation des compétences en soins de maternité et de périnatalité durant la résidence en médecine familiale.

Les sujets prioritaires sont les principaux problèmes ou situations qu'un praticien compétent devrait pouvoir résoudre dans un domaine clinique. Les sujets prioritaires Ils découlent d'un processus consensuel entre les praticiens du domaine en question. Les sujets prioritaires et les activités professionnelles confiées (APC) sont similaires de sorte que chacun représente des activités cruciales à l'évaluation dans un domaine de pratique, intègre plusieurs compétences et est observable. Mais contrairement aux APC, la compétence dans un sujet prioritaire est définie par l'entremise de ses éléments clés. Les éléments clés représentent les étapes critiques ou essentielles de la résolution d'un problème ou d'une situation clinique (sujet prioritaire) et donc des activités d'évaluation. En conséquence, la liste des sujets prioritaires et des éléments clés n'est pas une liste exhaustive des compétences pertinentes à acquérir ; elle n'est pas non plus une liste de vérification visant à déterminer la compétence.

Lorsqu'un résident démontre invariablement sa connaissance de la plupart des éléments clés pour un bon échantillon de sujets prioritaires, l'on peut déduire qu'il est compétent en soins de maternité et de périnatalité. En outre, le fait d'observer un apprenant qui démontre les compétences en soins de maternité et de périnatalité peut fournir des preuves importantes de la compétence générale en médecine familiale chez cet apprenant.

Pourquoi ces sujets prioritaires et éléments clés ont-ils été élaborés

Les objectifs d'évaluation du CMFC (<http://www.cfpc.ca/Objectifsdévaluation/>) encadrent l'évaluation de la compétence en médecine familiale en début de la pratique indépendante, dans le but d'obtenir la certification par le CMFC. Ces objectifs d'évaluation décrivent les habiletés techniques et les comportements qui définissent la compétence requise pour prendre en charge les tâches et les problèmes cliniques qui composent le domaine de compétence faisant l'objet de l'évaluation. La compétence globale est déterminée par un processus d'échantillonnage, d'observation et de réflexion sur l'application par l'apprenant des six dimensions de celle-ci (approche centrée sur le patient, communication, raisonnement clinique, sélectivité, professionnalisme et habiletés techniques) sur une gamme de sujets ou de situations.

L'évaluation de la compétence en soins de maternité et de périnatalité est particulièrement utile pour déterminer la compétence générale en médecine familiale. Les soins de maternité et de périnatalité exigent que l'apprenant fasse preuve de compétence dans les six dimensions de celle-ci, et ce, de façon rigoureuse et intégrée. Les sujets ou situations cliniques devant être résolus en soins de maternité et de périnatalité exigent des habiletés cognitives avancées qui permettent de différencier les apprenants compétents de ceux qui ne le sont pas encore. De plus, vu l'observation directe qui fait partie intégrale de la supervision des résidents durant les expériences cliniques en soins de maternité et de périnatalité, ce domaine clinique offre de nombreuses occasions d'évaluer ces dimensions de la compétence.

En articulant mieux dans ce manuel ce sur quoi l'évaluation en soins de maternité et de périnatalité doit se concentrer :

1. Les attentes à l'égard de la formation en soins de maternité et de périnatalité sont plus claires aux yeux des apprenants, des évaluateurs et des programmes.
2. Les enseignants en soins de maternité et de périnatalité peuvent mieux concentrer leur attention et leurs efforts sur l'évaluation, et ainsi améliorer leur capacité de porter un jugement sur la compétence de l'apprenant.
3. Les commentaires et l'apprentissage deviennent plus utiles pour développer d'autres habiletés.

Comment ces sujets prioritaires et éléments clés ont-ils été élaborés

Aux fins de l'évaluation des résidents canadiens en médecine familiale, les sujets prioritaires et éléments clés en soins de maternité et de périnatalité ont été établis à l'aide d'une approche Delphi modifiée, amalgamant enquêtes et discussions au sein d'un groupe nominal de manière itérative. Le Groupe de travail (7 membres) a joué le rôle de groupe nominal, en générant une première liste de sujets prioritaires. Un deuxième sondage réalisé auprès d'un plus grand groupe de médecins de famille (51 des 202 médecins ont répondu) représentant l'ensemble du pays a généré une deuxième liste indépendante.

Les listes de sujets prioritaires générées par le groupe nominal et le plus grand groupe de référence étaient presque identiques, tant du point de vue des sujets nommés que de la priorité assignée (corrélation = 0,84). Cette liste excluait le travail et l'accouchement normal, de même que la réanimation néonatale puisque ces sujets étaient jugés essentiels. On a appliqué un processus semblable pour les sujets non cliniques (p. ex. équipe, limites, professionnel). La corrélation entre le groupe nominal et le groupe de validation était comparable à 0,83. Vingt et un sujets prioritaires et trois habiletés techniques prioritaires ont été identifiés.

Le groupe nominal a formulé puis finalisé les 24 sujets suivant trois cycles de discussions et de recherche de consensus. Les sujets prioritaires et éléments clés ont été mis à l'essai dans plusieurs centres d'enseignement du Canada, ce qui a permis de les valider encore une fois et nous a fourni d'autres informations.

L'ordre des sujets prioritaires ne représente pas la fréquence à laquelle les sujets sont apparus lors de leur validation, mais plutôt la séquence logique à laquelle ils doivent être abordés en contexte clinique.

Comment utiliser ces sujets prioritaires et éléments clés

Les sujets prioritaires, les habiletés techniques et leurs éléments clés présentés dans ce manuel encadrent l'évaluation de la compétence en soins de maternité et de périnatalité durant la résidence en médecine familiale. Ils sont intentionnellement sélectifs et non exhaustifs, car il est plus souhaitable et utile d'évaluer ce qui distingue le mieux les personnes compétentes de celles qui le sont moins. Les sujets prioritaires représentent une liste sélective de domaines d'évaluation qui permet à l'examineur ou à l'enseignant de cibler ses efforts. Puisque les éléments clés sont les étapes critiques ou essentielles pour résoudre une situation ou un problème clinique, leur démonstration sur un échantillon adéquat de sujets prioritaires permet de conclure à la compétence générale en soins de maternité et de périnatalité.

À ce titre, les sujets prioritaires, les habiletés techniques et leurs éléments clés ne doivent pas être utilisés comme une liste de vérification pour évaluer la compétence en soins de maternité et de périnatalité. Ils sont plus utiles lorsqu'ils guident les efforts d'évaluation (échantillonnage, observation, réflexion) au fil du temps afin de conclure à la compétence ou à son absence. Ils peuvent aussi être utiles dans les situations suivantes :

- Pour les apprenants :
 - Utiliser pour guider l'auto-réflexion sur la compétence en soins de maternité et de périnatalité, et pour développer un plan d'apprentissage, particulièrement avant et durant les expériences cliniques dans ce domaine de soins.
 - Utiliser comme guide pour susciter des commentaires auprès des enseignants ou examinateurs.
- Pour les enseignants ou examinateurs :
 - Comparer le contenu de ce manuel à ses stratégies d'évaluation et faire les ajustements nécessaires
 - Utiliser comme guide pour l'évaluation des apprenants, y compris pour donner des commentaires, développer les questions pertinentes à leur poser et pour rédiger les feuilles de route.
 - Utiliser comme guide pour formuler les plans d'apprentissage pour les apprenants.
- Pour les programmes :
 - Utiliser pour guider la planification d'un cursus qui fournira aux apprenants une exposition adéquate aux sujets prioritaires et habiletés techniques.
 - Utiliser pour guider l'élaboration de stratégies d'évaluation en soins de maternité et de périnatalité
 - Utiliser pour guider l'élaboration de plans d'apprentissage pour les résidents en soins de maternité et de périnatalité.
 - Utiliser pour articuler les priorités d'évaluation des autres fournisseurs de soins de maternité et de périnatalité qui enseignent aux résidents en médecine familiale et les supervisent.

Sujets prioritaires

Travail et accouchement normaux

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilitété</i> | <i>Phase</i> |
|---|---|--|
| 1. Lorsqu'une femme ¹ se présente en travail, | | |
| a) Évaluer les facteurs de risque pour identifier celle pour qui l'accouchement vaginal est inapproprié | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'anamnèse (histoire)</i> |
| b) Élaborer avec cette femme et ses accompagnateurs les attentes souhaitées pour l'accouchement | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i> | <i>Le traitement</i> <i>L'anamnèse (histoire)</i> |
| 2. Lorsqu'une femme se présente en travail, | | |
| a) Diagnostiquer l'étape et la phase du travail en fonction de l'anamnèse et de l'examen abdominal et pelvien | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| b) Décider de l'admettre ou non en fonction des facteurs médicaux, sociaux et personnels appropriés afin de réduire les admissions prématurées | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i> | <i>Les hypothèses</i> |
| 3. Durant le travail : | | |
| a) Offrir soutien et gestion de la douleur à l'aide d'une approche centrée sur la patiente et offrir plusieurs options (p. ex. ambulation, positionnements variés). | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i> | <i>Le traitement</i> |
| b) Surveiller le bien-être de la mère et du fœtus, pour dépister tout changement qui pourrait altérer le plan de prise en charge | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| c) Suivre les progrès régulièrement | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| d) Éviter les interventions inutiles ou prématurées (p. ex. recours aux utérotoniques en dehors des phases de travail actif) | <i>La sélectivité</i> | <i>Le traitement</i> |
| 4. Durant le deuxième stade du travail : | | |
| a) Amorcer les poussées au moment approprié, en respectant les préférences de la femme en matière de position et d'efforts d'expulsion | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| b) Exécuter un accouchement contrôlé afin de réduire les traumatismes au minimum | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| 5. Immédiatement après l'accouchement vaginal : | | |
| a) Prendre soin du nouveau-né favorisant un contact peau à peau immédiat, une évaluation sommaire sans rompre le peau-à-peau, le | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |

¹ Nous reconnaissons et respectons le fait que toutes les personnes enceintes ne s'identifient pas aux rôles sexuels traditionnels. Le mot « femme » pour désigner la personne enceinte a été choisi aux fins d'uniformité et pour faciliter la lecture du document et n'entend pas exclure les personnes pour lesquelles il n'est pas le terme préféré.

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| clampage tardif du cordon et l'instauration précoce de l'allaitement | | |
| b) Évaluer la nécessité de réanimer le nouveau-né et gérer la situation de manière appropriée | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses Le traitement</i> |
| c) Évaluer le tonus et le saignement utérin, et administrer de l'ocytocine en prophylaxie durant le troisième stade | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| d) Accoucher le placenta en évitant toute traction inutile | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| e) Évaluer la présence de lésions du périnée et les prendre en charge, le cas échéant | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'examen physique Le traitement</i> |
| <hr/> | | |
| 6. Après l'accouchement vaginal : | | |
| a) Débreffer l'équipe, y compris la femme et ses accompagnateurs et documenter de manière adéquate | <i>La communication</i> | <i>Le suivi</i> |
| b) Réévaluer la mère et le bébé, et revoir les plans de prise en charge continus avant de quitter l'unité de naissance | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le suivi</i> |
| <hr/> | | |

Surveillance du bien-être fœtal durant le travail

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|--|--|--|
| <p>1. Lorsqu'une femme se présente en travail, évaluer les facteurs de risque et le tableau d'ensemble pour sélectionner la méthode, la fréquence et le moment approprié pour instaurer la surveillance fœtale (auscultation intermittente p/r à monitoring fœtal électronique [MFÉ]).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'évaluation des facteurs de risque et du contexte doit être actuelle ○ En règle générale, utiliser l'auscultation intermittente chez les femmes exemptes de facteurs de risque et le MFÉ en présence de facteurs de risque ○ La surveillance fœtale doit respecter les protocoles standardisés | <p><i>Le raisonnement clinique</i></p> <p><i>La sélectivité</i></p> | <p><i>Les hypothèses</i></p> <p><i>Le traitement</i></p> |
| <p>2. Lors de la surveillance du bien-être fœtal, toujours corrélér la fréquence cardiaque fœtale avec l'activité utérine.</p> | <p><i>Le raisonnement clinique</i></p> | <p><i>Le traitement</i></p> <p><i>L'investigation</i></p> |
| <p>3. Lors de la surveillance du bien-être fœtal durant le travail, classifier et consigner les observations (p. ex. normale, atypique ou anormale) conformément à la classification standardisée.</p> | <p><i>Le raisonnement clinique</i></p> <p><i>La communication</i></p> | <p><i>Le diagnostic</i></p> |
| <p>4. Lors de l'interprétation de la surveillance fœtale,</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Rechercher et reconnaître les anomalies, particulièrement celles difficiles à discerner qui exigent des mesures immédiates b) Agir promptement pour corriger la situation | <p><i>Le raisonnement clinique</i></p> <p><i>La sélectivité</i></p> | <p><i>Les hypothèses</i></p> <p><i>Le traitement</i></p> |
| <p>5. Lors de l'observation de résultats anormaux ou atypiques de surveillance fœtale :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Les interpréter dans le contexte d'ensemble de la grossesse et du travail (p. ex. étapes et progrès du travail, stabilité de l'état de la mère, facteurs de risque maternels et fœtaux, durée des anomalies) b) Évaluer l'étiologie et les facteurs contributifs c) Instaurer la réanimation intra-utérine appropriée et, lorsque la surveillance fœtale anormale n'est pas corrigée par réanimation intra-utérine, planifier l'accouchement | <p><i>Le raisonnement clinique</i></p> <p><i>Le raisonnement clinique</i></p> <p><i>Le raisonnement clinique</i></p> | <p><i>Le diagnostic</i></p> <p><i>Les hypothèses</i></p> <p><i>Le traitement</i></p> |

Douleur durant le travail

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|---|--|---|
| 1. Avant le travail, discuter de douleur et de son soulagement avec la femme, en rectifiant les idées fausses et en lui fournissant de l'information. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 2. Chez une femme en travail, faire appel à une approche centrée sur la patiente pour clarifier son expérience de la douleur et son état émotionnel, de même que ses attentes et ses préférences en matière de gestion de la douleur. | <i>L'approche centrée sur le patient</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Lors de la gestion de la douleur chez une femme en travail, optimiser l'utilisation et l'efficacité du soutien et d'autres mesures non pharmacologiques (p. ex. hydrothérapie, NET, ambulation). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 4. Lors du soulagement pharmacologique de la douleur durant le travail, utiliser une méthode appropriée (p. ex. opiacés, protoxyde d'azote, anesthésie épidurale) en tenant compte des choix de la femme, du stade du travail, des ressources disponibles et des effets indésirables possibles (p. ex. modification du bien-être fœtal, dépression respiratoire chez le nouveau-né, prolongation du travail). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 5. Chez une femme qui a recours à l'analgésie durant le travail, rechercher les effets indésirables (p. ex. fièvre chez la mère, modification du bien-être fœtal) et les prendre en charge. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> <i>Le traitement</i> |
| 6. Lorsque la douleur durant le travail est inhabituelle ou réfractaire à la prise en charge normalement efficace, évaluer la situation afin d'éliminer les causes inhabituelles ou pathologiques (p. ex. rupture de l'utérus, embolie pulmonaire, antécédents d'abus sexuel) qui exigeraient d'autres interventions ou approches. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> |

Dystocie du travail

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|--|--|---|
| 1. Lorsqu'une femme se présente possiblement en travail, diagnostiquer ou éliminer le travail actif en fonction de l'anamnèse et de l'examen abdominal et pelvien (c.-à-d. éviter les admissions prématurées à l'unité d'accouchement). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| 2. Chez une femme en travail : | | |
| a) Évaluer et prendre en note les progrès du travail en portant attention à la dilatation du col et la descente du fœtus | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La communication</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| b) Poser un diagnostic de dystocie du travail si la dilatation du col ne progresse pas durant le premier stade du travail et si le fœtus ne descend pas durant le deuxième stade, tout en tenant compte des facteurs maternels et environnementaux ; éviter de poser un diagnostic prématuré ou tardif | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| 3. Lorsque la dystocie du travail est soupçonnée ou diagnostiquée : | | |
| a) Envisager tout d'abord des méthodes non pharmacologiques pour la traiter (p. ex. ambulation, soutien continu, amniotomie) | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| b) Rechercher systématiquement et identifier les facteurs contributifs possibles (p. ex. contractilité utérine, taille et présentation du fœtus, structure pelvienne, douleur et état psychologique chez la mère) dans le but d'optimiser la prise en charge | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i> |
| 4. Dans le cas d'une femme qui présente une dystocie du travail n'ayant pas répondu aux interventions non pharmacologiques adéquates, administrer un utérotonique approprié tout en surveillant minutieusement le bien-être de la mère et du bébé. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> <i>Le suivi</i> |
| 5. Dans le cas d'une femme qui présente une dystocie du travail, rechercher et reconnaître les indications chez la mère et le bébé d'un accouchement opératoire. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i> |

Accouchement assisté par ventouse

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilitété</i> | <i>Phase</i> |
|--|---|---|
| 1. Chez une femme en travail, rechercher les signes indiquant qu'elle pourrait avoir besoin d'un accouchement assisté (p. ex. dystocie du travail, surveillance fœtale atypique ou anormale, fatigue de la mère) et, lorsque ces signes sont présents, débiter les préparations pertinentes, y compris un plan alternatif qui compte de l'aide additionnelle, au besoin. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> <i>Le traitement</i> |
| 2. Lorsqu'un accouchement assisté est envisagé, évaluer les contre-indications (p. ex. toute présentation autre que céphalique, dilatation incomplète du col de l'utérus, non-engagement de la tête, < 34 semaines) et, lorsqu'elles sont présentes, formuler d'autres plans pertinents pour l'accouchement. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> <i>Le traitement</i> |
| 3. Lorsqu'un accouchement assisté est indiqué, discuter des options avec la femme, obtenir son consentement éclairé et préparer l'équipe. | <i>La communication</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i> | <i>Le traitement</i> |
| 4. Lors d'un accouchement assisté, faire appel à une approche standardisée (p. ex. lettres A à J de la mnémonique du cours GESTA). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 5. Lorsqu'un accouchement assisté ne progresse pas comme prévu, ne pas continuer les efforts excessifs, mais abandonner l'intervention et mettre de l'avant le plan alternatif pour l'accouchement. | <i>La sélectivité</i> | <i>Le traitement</i> |
| 6. Après un accouchement assisté, examiner la femme et le nouveau-né à la recherche de signes de traumatismes (p. ex. déchirure vaginale haute, déchirure du troisième degré, hémorragie sous-galéale) ou de la nécessité de soins plus poussés. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'examen physique</i> <i>Le suivi</i> |
| 7. Au moment approprié suivant un accouchement assisté, débriefé la femme, ses accompagnateurs et l'équipe. Consigner soigneusement la conversation au dossier. | <i>La communication</i> | <i>Le suivi</i> |

Note : Pour les aspects techniques, voir aussi les éléments clés généraux des habiletés techniques en médecine familiale.

Accouchement assisté par ventouse — habiletés techniques

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilitété</i> | <i>Phase</i> |
|---|--|---|
| 1. Lorsqu'un accouchement assisté par ventouse est envisagé, confirmer la dilatation complète du col de l'utérus et évaluer la station et la position de la tête pour établir que l'intervention est sûre et qu'elle réussira probablement. | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| 2. Avant de placer la ventouse, optimiser les chances de succès en veillant à ce que l'analgésie soit adéquate, à ce que la vessie de la femme soit vidée, et faire participer la femme et ses accompagnateurs à l'intervention. Vérifier que l'équipement est en bon état de marche et qu'un plan alternatif est en place. | <i>Les habiletés techniques</i> <i>La communication</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Lors de l'application de la ventouse, veiller à ce que sa position soit correcte, qu'aucun tissu maternel ne soit pincé et que la pression négative appropriée soit appliquée. | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| 4. Lors d'un accouchement assisté par ventouse, appliquer la traction durant l'effort de poussée de la mère et tirer fermement, mais pas excessivement, sans pivoter. Appliquer la traction en suivant la courbe pelvienne, soit initialement vers le bas, puis finalement vers le haut. | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| 5. Durant les tractions, évaluer la descente à chaque traction. Réévaluer le plan en présence d'indications que l'intervention échouera : <ul style="list-style-type: none"> ○ Aucun progrès après deux tractions lorsque la ventouse est bien positionnée et la force de traction est adéquate ○ Trois détachements de la ventouse sans cause évidente ○ Accouchement non imminent après quatre contractions ○ Accouchement non imminent après avoir appliqué la ventouse pendant 20 minutes | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Les hypothèses</i> <i>Le traitement</i> |

Note : Pour les aspects techniques, voir aussi les éléments clés généraux des habiletés techniques en médecine familiale.

Dystocie des épaules

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|--|--|---|
| 1. Pour tous les accouchements, évaluer les facteurs de risque de dystocie des épaules, élaborer un plan de prise en charge en fonction des risques, et ajuster la préparation en fonction de leur évolution. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> <i>Le traitement</i> |
| 2. Pour tous les accouchements, anticiper tout signe de dystocie imminente des épaules, et demeurer vigilant quant à leur survenue et, lorsque cela est approprié, préparer la femme et l'équipe en vue de la possibilité d'une dystocie des épaules. | <i>La sélectivité</i> <i>La communication</i> | <i>Les hypothèses</i> <i>Le traitement</i> |
| 3. Durant le deuxième stade du travail, reconnaître promptement la dystocie des épaules lorsqu'elle se produit, en communiquer la survenue clairement à l'équipe, y compris à la femme et, en équipe, exécuter les manœuvres appropriées pour corriger la situation. | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La communication</i> | <i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i> |
| 4. Après la correction de la dystocie des épaules : | | |
| a) Examiner la mère et le nouveau-né à la recherche de traumatismes | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'examen physique</i> <i>Le suivi</i> |
| b) Débriefing l'équipe, y compris la femme et ses accompagnateurs | <i>La communication</i> | <i>Le suivi</i> |
| c) Consigner extensivement les manœuvres utilisées et la chronologie des événements (y compris l'intervalle entre l'accouchement de la tête et celui des épaules) | <i>La communication</i> | <i>Le suivi</i> |

Note : Pour les aspects techniques, voir aussi les éléments clés généraux des habiletés techniques en médecine familiale.

Dystocie des épaules — habiletés techniques

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilitété</i> | <i>Phase</i> |
|---|--|----------------------|
| 1. Lorsqu'une dystocie des épaules survient, en informer l'équipe (y compris la femme), appeler de l'aide, et mettre immédiatement en œuvre un algorithme accepté pour corriger la dystocie. | <i>Les habiletés techniques</i> <i>La communication</i> | <i>Le traitement</i> |
| 2. Lors de la prise en charge d'une dystocie des épaules, éviter les gestes qui pourraient faire en sorte que les épaules se coincent plus (p. ex. pression sur le fond de l'utérus, efforts de poussée de la mère alors que les épaules restent bloquées) ou que le bébé soit blessé (p. ex. tirer sur la tête, pivoter la tête pour tourner les épaules). Instruire la femme pour qu'elle pousse seulement lorsqu'on lui dit de le faire. | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Lors de la prise en charge d'une dystocie de l'épaule, faire appel à une approche systématique qui inclut : <ul style="list-style-type: none"> ○ Manœuvres externes : hyperflexion des hanches (manœuvre de McRoberts), pression sus-pubienne sur l'épaule antérieure, position à quatre pattes ○ Manœuvres internes : rotations des épaules (manœuvres de Rubin, de Woods), dégagement du bras postérieur ○ Épisiotomie si nécessaire pour exécuter les manœuvres internes | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| 4. Lors de la prise en charge d'une dystocie des épaules, terminer une manœuvre avant d'encourager la femme à pousser. En cas d'échec, passer rapidement à la manœuvre suivante avant le prochain effort de poussée. | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| 5. Si les manœuvres initiales échouent, les répéter, en perfectionnant la technique et en se concentrant sur les manœuvres qui ont le plus de chances de réussir (p. ex. dégagement du bras postérieur, changer la position de la mère). Requérir de l'aide additionnelle. | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |

Note : Pour les aspects techniques, voir aussi les éléments clés généraux des habiletés techniques en médecine familiale.

Hémorragie post-partum

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilitété</i> | <i>Phase</i> |
|--|---------------------------------|---|
| 1. Chez toutes les femmes enceintes, reconnaître les facteurs de risque d'hémorragie post-partum (c.-à-d. grande multiparité, travail prolongé, anticoagulants) et s'y préparer en conséquence. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses Le traitement</i> |
| 2. Prendre en charge le troisième stade du travail avec des utérotoniques en prophylaxie, envisager la traction contrôlée du cordon et évaluer le tonus utérin après l'expulsion du placenta. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Après toutes les naissances, surveiller étroitement les saignements continus (visibles et occultes) afin d'estimer avec précision la perte totale de sang et de dépister et diagnostiquer rapidement l'hémorragie post-partum. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le suivi</i> |
| 4. Lorsqu'un diagnostic d'hémorragie post-partum est posé : | | |
| a) Distinguer les femmes stables des femmes instables, et ajuster la prise en charge en conséquence | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic Le traitement</i> |
| b) Mobiliser l'équipe de manière à offrir de l'aide additionnelle précoce | <i>La communication</i> | <i>Le traitement</i> |
| c) Rechercher les étiologies pouvant être corrigées, afin de les traiter, particulièrement : <ul style="list-style-type: none"> • la perte de tonus utérin (utérotoniques) • la rétention de produits de conception (retirer) • le traumatisme (réparer) • le globe vésical (sonde urinaire) • le déficit de coagulation (corriger) | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses Le diagnostic</i> |
| d) Surveiller étroitement la situation afin d'anticiper et de reconnaître le besoin d'intervenir. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le suivi</i> |
| 5. Dans le cas d'une hémorragie post-partum stabilisée, continuer de surveiller la situation durant une période prolongée jusqu'à ce que la récurrence soit improbable. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le suivi</i> |
| 6. Aux femmes ayant subi une hémorragie post-partum, fournir des conseils relatifs à une grossesse subséquente. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le suivi</i> |

Déchirures du périnée — habiletés techniques

| Élément clé | Habilitété | Phase |
|--|---------------------------------|--|
| 1. Après chaque accouchement, évaluer la présence, l'emplacement et l'amplitude des déchirures du périnée incluant un toucher rectal, lorsque cela est indiqué. Faire la différence entre les déchirures nécessitant une réparation et celles qui guériront spontanément. | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> <i>Le diagnostic</i> |
| 2. Lorsqu'une déchirure du périnée est identifiée : | | |
| a) Veiller à ce que l'évaluation et la réparation de la déchirure soient faites dans les conditions optimales (p. ex. aide, éclairage, rétraction, hémostase, analgésie) | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| b) Reconnaître les lésions compliquées du périnée (p. ex. déchirure du troisième ou du quatrième degré, déchirure vaginale haute) et envisager de demander de l'aide ou une consultation pour la réparation | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> <i>Le diagnostic</i> |
| c) Réparer les déchirures en ayant recours aux techniques qui réduisent le risque de complications (p. ex. saignement, infection, incontinence, douleur) | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. En présence d'une déchirure du périnée du deuxième degré, la réparer en faisant appel à une approche systématique qui inclut : | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • De reconnaître les structures anatomiques clés — apex de la déchirure, anneau hyménal, muscles périnéaux, sphincter anal intact. • Identifier l'apex de la lacération, puis suturer la muqueuse vaginale de l'apex et l'hymen. • Suturer les muscles périnéaux. • Suturer la peau ou planifier de la laisser guérir en seconde intention. | | |
| 4. Après la réparation d'une déchirure du périnée, réexaminer la suture et l'hémostase pour veiller à ce qu'elles soient complètes. Cela peut inclure un toucher rectal. | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |

Note : Pour les aspects techniques, voir aussi les éléments clés généraux des habiletés techniques en médecine familiale.

Fièvre du péri-partum

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilitété</i> | <i>Phase</i> |
|--|--|------------------------|
| 1. Lorsqu'une femme en travail ou en post-partum est fiévreuse, déterminer si la cause est infectieuse (p. ex. chorioamniotite, endométrite, pyélonéphrite) ou non (p. ex. épidurale, efforts déployés durant le travail), et réévaluer le diagnostic régulièrement. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| 2. En présence de soupçons selon lesquels une femme en travail ou en post-partum serait atteinte d'une infection : | | |
| a) Prévoir les répercussions possibles de l'infection sur la femme et sur le fœtus/nouveau-né | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> |
| b) Faire les investigations appropriées, assurer la surveillance de la mère et du fœtus et/ou évaluer le nouveau-né | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'investigation</i> |
| c) Instaurer le traitement dès que possible | <i>La sélectivité</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Lorsque la chorioamniotite est soupçonnée, traiter empiriquement et énergiquement (p. ex. antibiotiques i.v. à large spectre), même chez les femmes ayant reçu une antibioprofylaxie visant les SGB, et élaborer un plan pour activer l'accouchement. | <i>La sélectivité</i> | <i>Le traitement</i> |
| 4. Chez toutes les femmes en post-partum : | | |
| a) Identifier celles qui présentent un risque élevé d'infection (p. ex. travail prolongé, césarienne) | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> |
| b) Reconnaître les signes précoces d'infection | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| c) Conseiller la femme au sujet des symptômes et du moment propice pour obtenir des soins | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La communication</i> | <i>Le traitement</i> |

Hémorragie anténatale—après 20 semaines de gestation

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilitété</i> | <i>Phase</i> |
|---|--|--|
| 1. Chez une femme qui présente une hémorragie anténatale, évaluer tout d'abord la stabilité de l'état de la femme et du fœtus, puisque la prise en charge urgente doit débiter chez les patientes instables avant même que la cause exacte de l'hémorragie ait été identifiée. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| 2. Si l'état de la femme qui présente une hémorragie anténatale est instable ou si l'on soupçonne que le fœtus est en danger, <ul style="list-style-type: none"> a) Réanimer immédiatement b) Mobiliser les ressources nécessaires pour un accouchement d'urgence c) Surveiller la situation d) Déterminer la cause de l'hémorragie | <i>La sélectivité</i> <i>La communication</i> <i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> <i>Le traitement</i> <i>Le traitement</i> <i>Le diagnostic</i> |
| 3. Lors de la prise en charge d'une femme qui présente une hémorragie anténatale, identifier la cause de l'hémorragie à l'aide de méthodes qui réduisent au minimum les risques de préjudices en reconnaissant les causes qui menacent potentiellement le pronostic vital : <ul style="list-style-type: none"> ○ Obtenir l'anamnèse (p. ex. début, abondance du saignement, présence de douleur, traumatisme) ○ Déterminer par échographie (antérieure ou actuelle) l'emplacement du placenta avant de procéder à l'examen vaginal (ne pas faire un examen vaginal à moins que la possibilité d'un placenta praevia ait été éliminée) ○ Évaluer l'utérus (p. ex. activité, tonus, sensibilité) et le bien-être fœtal ○ Faire appel aux autres techniques diagnostiques selon l'indication (p. ex. examen au spéculum) | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| 4. Chez une femme qui présente une hémorragie anténatale dont l'état est stable et la surveillance fœtale est normale, continuer l'évaluation et la prise en charge en tenant compte du diagnostic et de l'âge gestationnel (p. ex. prendre en charge si la mère est Rh-négatif, administrer des corticostéroïdes pour la maturité des poumons du fœtus). Décider si l'hospitalisation ou le transfert sont indiqués et la méthode d'accouchement la plus appropriée. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> <i>Le diagnostic</i> |
| 5. Après une hémorragie anténatale résolue, informer la femme et ses accompagnateurs des risques de récurrence d'hémorragie anténatale durant la grossesse actuelle et lors de grossesses subséquentes, et des stratégies visant à réduire le risque au minimum. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le suivi</i> |

Présentation non céphalique du fœtus

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilitété</i> | <i>Phase</i> |
|--|---------------------------------|--|
| 1. Pour toute femme au troisième trimestre ou en travail, déterminer la présentation exacte du fœtus à l'aide des techniques appropriées (p. ex. manœuvres de Leopold, examen vaginal si indiqué, échographie). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| 2. Lorsqu'il a été déterminé avant le travail que le bébé se présente en position non céphalique, discuter avec la femme et ses accompagnateurs des autres options et possibilités pour l'accouchement (p. ex. version céphalique externe, essai de travail, césarienne planifiée) en fonction de la présentation. Informer la femme des complications possibles (p. ex. procidence du cordon) et des mesures appropriées. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> <i>Le suivi</i> |
| 3. Lorsqu'une présentation non céphalique est déterminée durant le travail, discuter des options d'accouchement avec la femme, tout en obtenant la consultation et le soutien de l'équipe si nécessaire, et en commençant à se préparer pour la possibilité d'une césarienne. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> <i>Référer en consultation</i> |
| 4. Lors d'un accouchement par le siège imminent et inévitable, optimiser le processus en évitant de tirer sur le fœtus, en veillant à ce que le dos demeure sur le dessus et à fléchir la tête durant l'accouchement. | <i>Les habiletés techniques</i> | <i>Le traitement</i> |
| 5. Après un accouchement vaginal par le siège, prévoir que le nouveau-né est plus à risque de nécessiter une réanimation. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> |

Rupture prématurée des membranes

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|---|--|--|
| 1. Chez toutes les femmes enceintes qui présentent une possibilité de perte des eaux, rechercher et diagnostiquer la rupture prématurée des membranes en se basant sur l'anamnèse et l'examen abdominal pour confirmer la présentation, l'examen au spéculum (éviter les examens vaginaux à moins qu'ils soient indiqués dans la prise en charge) et l'inspection et l'analyse du liquide (p. ex. nitrazine, test de fougère). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> <i>Le diagnostic</i> |
| 2. Chez une femme enceinte qui présente des signes et symptômes évocateurs d'une rupture prématurée des membranes, mais dont les tests de confirmation sont négatifs, ne pas écarter complètement cette possibilité et prévoir une surveillance fœtale et maternelle appropriée pour détecter les signes de fièvre et/ou d'infection. | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i> | <i>Les hypothèses</i> <i>Le traitement</i> |
| 3. Chez toutes les femmes à terme qui présentent une rupture prématurée des membranes, éliminer les contre-indications à l'accouchement vaginal et, en l'absence de contre-indication, offrir de déclencher le travail dans le cadre d'une discussion éclairée tenant compte des facteurs de risque (p. ex. présence de SGB), de la préférence de la femme et des capacités du système (p. ex. disponibilité du personnel). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement</i> |
| 4. Chez une femme qui présente une rupture prématurée des membranes dont le travail n'a pas été déclenché : a) Surveiller les signes d'infection (p. ex. fièvre, tachycardie fœtale, odeur) même chez les patientes sous antibiothérapie prophylactique. b) Traiter énergiquement et précocement toute chorioamnionite soupçonnée ou confirmée (p. ex. par antibiotiques i.v.), et ne pas se fier au traitement prophylactique antérieur. | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La sélectivité</i> | <i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i> |
| 5. Chez une femme présentant une rupture prématurée des membranes avant terme : a) Instaurer le traitement conformément au protocole en vigueur dans l'établissement (p. ex. admission, stéroïdes, antibiotiques i.v. et surveillance). b) Planifier un traitement définitif approprié en fonction de l'âge gestationnel et des capacités de l'établissement et de l'équipe, et soupeser les | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> <i>Référer en consultation</i> |

indications pour une consultation ou un transfert dans un autre établissement de soins.

| | | |
|--|---------------------------------|----------------------|
| 6. Évaluer le bébé né après une rupture prématurée des membranes pour déceler tout signe de septicémie afin d'instaurer le traitement approprié promptement. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| | <i>La sélectivité</i> | |

Travail prématuré

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|--|---|--|
| 1. Lors de l'évaluation d'une femme enceinte qui n'est pas en travail, rechercher les facteurs de risque de travail prématuré, et prendre en charge les facteurs pouvant être traités afin de réduire ce risque. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement</i> |
| 2. Chez une femme enceinte qui n'est pas en travail, renseigner la femme et ses accompagnateurs quant aux signes et symptômes de travail prématuré et sur la façon d'obtenir de l'aide. | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La communication</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Chez une femme pour laquelle on soupçonne un travail prématuré, confirmer la présence ou l'absence de travail à l'aide des techniques appropriées (p. ex. évaluation des contractions, examen stérile au spéculum, fibronectine fœtale, évaluation cervicale). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'investigation</i> |
| 4. Chez une femme en travail prématuré, prendre la situation en charge en fonction de l'âge gestationnel et de la surveillance fœtale afin de réduire au minimum la morbidité et la mortalité néonatale en : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mobilisant l'équipe pour veiller à la disponibilité des ressources, y compris les consultations précoces pouvant être nécessaires pour la mère et le bébé ○ Administrant les médicaments appropriés (p. ex. corticostéroïdes prénatals, tocolytiques, antibiotiques, sulfate de magnésium) ○ Organisant le transfert s'il est nécessaire, au moment approprié | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 5. Après la naissance de bébés prématurés, tout particulièrement ceux qui nécessitent des soins intensifs, soutenir la femme et sa famille et parler en leur nom dans le contexte d'une relation thérapeutique continue. | <i>La communication</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i> | <i>Le traitement</i> <i>Le suivi</i> |

Épreuve de travail après césarienne

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|---|---|---|
| 1. Chez une femme ayant déjà subi une césarienne, évaluer les risques et bénéfices d'une épreuve de travail après césarienne (ÉTAC) et en discuter avec la femme afin de déterminer si elle est une bonne candidate ou si l'ÉTAC serait contre-indiqué. Documenter la discussion, y compris des risques et bénéfices identifiés. | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La communication</i> | <i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i> |
| 2. Chez une femme qui est une bonne candidate pour une ÉTAC, lui offrir cette option et l'aider à prendre une décision éclairée, en discutant franchement des risques et avantages tout en faisant preuve de souplesse et de compréhension à l'égard de ses préférences et préoccupations. | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Chez une femme ayant déjà subi une césarienne qui rentre en travail, faire preuve de souplesse dans l'approche de prise en charge et l'adapter aux circonstances, tout en respectant autant que possible les plans et préférences de la femme (p. ex. gérer un accouchement accéléré chez une femme pour laquelle une autre césarienne était prévue, discuter de la conversion d'une ÉTAC à une césarienne). | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i> | <i>Le traitement</i> |
| 4. Avant de planifier ou de prendre en charge une ÉTAC, s'assurer que les ressources nécessaires à un accouchement opératoire immédiat et inattendu sont en place, veiller à ce que la femme et ses accompagnateurs soient prêts à composer avec les complications pouvant nécessiter cette éventualité et que toutes les discussions et décisions sur l'ÉTAC aient été dûment notées. | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La communication</i> | <i>Les hypothèses</i> <i>Le traitement</i> |
| 5. Chez les femmes qui optent pour une ÉTAC, fournir la surveillance maternelle et fœtale appropriée, la surveillance étroite des progrès du travail et l'emploi circonspect des utérotoniques et du déclenchement, lorsque cela est indiqué. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 6. Lors de la prise en charge d'une ÉTAC, évaluer minutieusement le bien-être de la mère et du fœtus et dépister tout signe de rupture imminente ou avérée de l'utérus nécessitant la réanimation de la mère et du fœtus et la conversion urgente à une césarienne, le cas échéant. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> |

Induction du travail

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|---|--|--|
| 1. Lorsque l'induction du travail est envisagée, évaluer en particulier les facteurs qui influent sur la décision (p. ex. exactitude de la date prévue d'accouchement, indications, contre-indications, maturation cervicale, préférences de la mère) et consigner clairement les facteurs afin de justifier les décisions. | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La communication</i> | <i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i> |
| 2. Lorsque l'induction du travail est planifiée : | | |
| a) Induire le travail seulement en présence d'une indication convaincante et en l'absence de contre-indications | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| b) Prioriser et prévoir l'induction en fonction de l'indication et des ressources | <i>La sélectivité</i> | <i>Le traitement</i> |
| c) Sélectionner l'établissement doté des ressources appropriées pour prendre en charge les besoins du fœtus et de la mère | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Lors de la recommandation d'une induction préterme, obtenir et consigner clairement et en détail le consentement éclairé de la femme qui accepte ou refuse l'induction. | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>La communication</i> | <i>Le traitement</i> |
| 4. Lors de l'induction du travail : | | |
| a) Choisir la méthode appropriée de maturation cervicale (p. ex. ballonnets, prostaglandines) et/ou d'induction (p. ex. prostaglandines, oxytocine), en fonction des antécédents obstétricaux et médicaux, du score de Bishop, des préférences de la femme et des considérations de l'équipe | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| b) Évaluer l'effet de l'induction sur le bien-être de la mère et du fœtus | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| c) Sélectionner les femmes pour lesquelles la prise en charge ambulatoire de la maturation cervicale est appropriée | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 5. Durant l'induction du travail, rechercher et prendre en charge les complications de l'induction (p. ex. tachysystolie, surveillance fœtale anormale). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement</i> |
| 6. Lorsque la méthode d'induction choisie échoue, modifier le plan de prise en charge en conséquence. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |

Santé mentale péri-partum

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|---|---------------------------------|--|
| 1. S'informer de la santé mentale de toutes les femmes durant la période péri-partum, en identifiant les signes, les symptômes et les facteurs qui augmentent le risque (p. ex. toxicomanie, violence familiale, trouble antérieur de santé mentale, antécédents d'abus sexuel) et ajouter un outil approprié d'évaluation de l'humeur (p. ex. Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg, échelle du trouble d'anxiété généralisé) lorsque cela est indiqué. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'anamnèse (histoire)</i> |
| 2. Lorsque des préoccupations de santé mentale font surface durant la période péri-partum, explorer activement la situation avec la femme et ses accompagnateurs et l'informer des changements psychologiques normaux et courants qui surviennent durant la grossesse, de même que des signes qui pourraient évoquer un trouble de santé mentale. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement</i> |
| 3. Chez une femme en péri-partum aux prises avec un trouble de santé mentale, éliminer les affections médicales sous-jacentes pouvant causer le problème ou y contribuer (p. ex., anémie, dysfonctionnement thyroïdien). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| 4. Chez une femme en péri-partum aux prises avec un trouble de santé mentale, déterminer le risque qu'elle se blesse, ou qu'elle blesse le bébé ou autrui. En présence de risques, effectuer une prise en charge urgente afin de les réduire le plus possible. Informer la femme et ses accompagnateurs que les symptômes peuvent s'intensifier rapidement, et l'informer des ressources disponibles. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i> |
| 5. Chez une femme en péri-partum aux prises avec un trouble de santé mentale : | | |
| a) Maintenir la relation thérapeutique, offrir du counseling, recommander les ressources disponibles et exiger l'accès rapide aux soins selon les besoins | <i>La communication</i> | <i>Le traitement</i> <i>Référer en consultation</i> |
| b) Administrer un médicament si cela est indiqué, tout en soupesant le risque posé par un problème de santé mentale non traité par rapport à celui posé par les médicaments sur le fœtus ou le nouveau-né, tout en reconnaissant les bienfaits de poursuivre l'allaitement, si désiré | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |

Hypertension/prééclampsie gestationnelle

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|--|---------------------------------|--|
| 1. Au début de toutes les grossesses, identifier et évaluer les facteurs de risque d'hypertension/prééclampsie gestationnelle et envisager d'instaurer un traitement préventif chez les femmes à risque. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i> |
| 2. Envisager le diagnostic de prééclampsie durant les visites prénatales, même si la tension artérielle n'est pas visiblement élevée, surtout lorsque la femme présente de nouveaux symptômes constitutionnels mal définis. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> |
| 3. Lorsque la prééclampsie est soupçonnée, rechercher les signes de confirmation (symptômes, signes, investigations de base) afin de confirmer ou éliminer le diagnostic. Classifier en fonction de la nomenclature actuelle et réévaluer régulièrement pour dépister toute évolution de l'affection. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i> |
| 4. Dans les cas d'hypertension gestationnelle ou de prééclampsie légère, assurer un suivi étroit et prendre en charge la situation en fonction du bien-être de la mère et du fœtus, ainsi que de l'âge gestationnel. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> <i>Le suivi</i> |
| 5. Chez une femme ayant reçu un diagnostic de prééclampsie avec facteurs adverses ou prééclampsie sévère, la prendre en charge activement en : <ul style="list-style-type: none"> ○ Administrant le MgSO₄ au bon moment de même que tout autre médicament approprié (p. ex. antihypertenseurs) ○ Évaluant le besoin d'accoucher promptement, et en organisant l'accouchement et/ou la consultation lorsque cela est indiqué | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 6. Chez toute femme atteinte d'hypertension ou de prééclampsie gestationnelle ayant accouché, poursuivre la prise en charge et surveiller toute progression ou complication durant le post-partum. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le suivi</i> |

Diabète gestationnel

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilitété</i> | <i>Phase</i> |
|---|---------------------------------|---|
| 1. Chez toutes les femmes enceintes, faire un test de dépistage du diabète gestationnel approprié selon l'âge gestationnel et les facteurs de risque. Interpréter les résultats dans le contexte de la grossesse (c.-à-d. selon les lignes directrices du diabète gestationnel et non celles du diabète ordinaire). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| 2. Devant une femme atteinte de diabète gestationnel, prévoir de contrôler la glycémie afin d'éviter les extrêmes, soit l'hyperglycémie et l'hypoglycémie, et ne pas mêler les cibles thérapeutiques et les lignes directrices avec celles du diabète non gestationnel. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Chez une femme enceinte qui reçoit des soins explicites pour le diabète (gestationnel ou pré-gestationnel) par d'autres professionnels de la santé, maintenir les soins de maternité planifiés pour cette patiente et intégrer les soins recommandés pour le diabète dans le plan d'ensemble de prise en charge. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> <i>Le suivi</i> |
| 4. Lors du suivi d'une femme atteinte de diabète gestationnel, surveiller de près la croissance et le bien-être du fœtus (p. ex., échographie, examen de réactivité fœtale), de même que l'état de la mère afin de détecter toute indication pour déclencher le travail. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le suivi</i> |
| 5. Durant le suivi périnatal d'une femme atteinte de diabète gestationnel : | | |
| a) Anticiper la survenue potentielle de macrosomie fœtale, et si elle survient, anticiper la dystocie du travail ainsi que la dystocie de l'épaule et planifier en conséquence | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| b) Gérer la glycémie activement, en utilisant l'insuline lorsqu'indiquée, pour assurer des soins optimaux, et poursuivre le traitement au besoin dans la phase post-partum | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 6. Après l'accouchement d'une femme atteinte de diabète gestationnel : | | |
| a) Surveiller étroitement la présence d'hypoglycémie chez le bébé, dans la période post-partum immédiate | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| b) Inclure le dépistage du diabète dans les soins post-partum de la mère | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le suivi</i> |

Allaitement

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilitété</i> | <i>Phase</i> |
|---|---|--|
| 1. Durant le suivi prénatal, s'informer des plans pour l'alimentation du nouveau-né. Encourager l'allaitement exclusif, formuler des attentes raisonnables et fournir l'information adéquate pour élaborer un plan qui respecte les préférences et le choix éclairé de la mère. | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i> | <i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>Le traitement</i> |
| 2. Chez une femme qui n'allait pas son bébé, la soutenir dans sa décision et la renseigner sur l'alimentation avec un substitut du lait maternel. | <i>Le raisonnement clinique</i> <i>L'approche centrée sur le patient</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Chez toutes les femmes enceintes, identifier et évaluer les problèmes pouvant perturber l'allaitement (p. ex. mamelons invaginés, chirurgie antérieure). Proposer des interventions et des ressources. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i> |
| 4. Pour toutes les naissances, y compris par césarienne, favoriser le contact peau à peau et une prise du sein confortable et efficace. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 5. Lorsque l'allaitement est difficile, évaluer d'abord la prise du sein et déterminer si elle est efficace, puis rechercher d'autres obstacles à la réussite de l'allaitement (p. ex. absence de soutien, dépression post-partum, douleur mammaire, frein de langue court, prématurité). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'anamnèse (histoire)</i> <i>L'examen physique</i> |
| 6. Lorsque des préoccupations ou des difficultés en matière d'allaitement font surface, surtout durant la période immédiatement après la naissance, faciliter l'accès précoce au soutien professionnel adéquat. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> <i>Référer en consultation</i> |
| 7. Faciliter la poursuite de l'allaitement lorsque certaines conditions font surface, telles que : <ul style="list-style-type: none"> ○ La femme a une infection mammaire ou une lésion au mamelon ○ La femme ou le nouveau-né a besoin de médicaments, d'analyses ou d'une hospitalisation | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 8. Lorsqu'un nouveau-né/nourrisson est exclusivement allaité, informer la famille quant au gain pondéral attendu, au transit intestinal et miction normaux, et à la façon d'évaluer le caractère adéquat de l'allaitement. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |

1re semaine de vie

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|---|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Durant le suivi d'un nouveau-né : | | |
| a) Rechercher et reconnaître les signes subtils indiquant que le bébé ne va pas bien (p. ex. état respiratoire, couleur, tonus, allaitement), évaluer l'étiologie (p. ex. hypoglycémie, effet d'un médicament pris par la mère, septicémie) et effectuer les tests diagnostiques et les soins nécessaires. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le diagnostic</i> |
| b) Reconnaître un nouveau-né qui semble bien se porter, mais qui pourrait présenter un risque élevé de complications (p. ex. bébé d'une femme diabétique, infection périnatale, naissance opératoire, sevrage de drogue, facteurs de stress sociaux) afin de planifier l'observation étroite et la prise en charge. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Les hypothèses</i> |
| c) Effectuer un examen physique méticuleux (p. ex. palais, pouls, cœur, hanches, testicules, anus) afin de détecter les anomalies congénitales. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>L'examen physique</i> |
| 2. Avant de donner son congé à un nouveau-né, vérifier que : | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Un plan d'allaitement adéquat est établi ○ Les tests de dépistage chez le nouveau-né (p. ex. bilirubine, bilan métabolique, test de l'audition) ont été faits ou sont prévus ○ La famille a été informée des soins à donner au nouveau-né (p. ex. siège d'auto, sommeil du bébé, perte pondérale acceptable) tout en respectant les différences culturelles ○ Le suivi avec un professionnel de la santé est planifié quelques jours après le congé, surtout dans le cas des premiers bébés, des familles qui présentent des stressors psychosociaux ou en présence de toute complication périnatale | | |
| 3. Lorsque les parents (ou autres soignants, y compris les professionnels de la santé) d'un nouveau-né s'inquiètent que le bébé n'aille pas bien, écouter attentivement et évaluer le bébé de manière exhaustive afin de détecter les indicateurs subtils de maladie grave (p. ex. septicémie). | <i>La sélectivité</i> | <i>Le diagnostic</i> |

Travailler en équipes

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilité</i> | <i>Phase</i> |
|--|--|----------------------|
| 1. Reconnaître le rôle et la contribution de tous les membres de l'équipe (y compris la femme et ses accompagnateurs), écouter respectueusement l'opinion d'autrui et y répondre, surtout lorsqu'elle diffère de la vôtre. | <i>La communication</i> <i>Le professionnalisme</i> | <i>Le traitement</i> |
| 2. Encourager la collaboration en acceptant et en offrant de l'aide, au besoin contribuer lorsque cela est le plus utile, même dans des rôles secondaires, et suivre le leadership d'autrui, à moins qu'il soit plus approprié d'assumer le leadership soi-même pendant une période ou un défi défini. | <i>Le professionnalisme</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Respecter l'autonomie professionnelle des membres de l'équipe, tout en encourageant les décisions et les actions collaboratives pour le bien-être de la femme. | <i>Le professionnalisme</i> | <i>Le traitement</i> |
| 4. Lorsque l'équipe travaille dans des conditions difficiles, tenter d'encourager et de maintenir l'efficacité de l'équipe en gardant son calme, en aidant les autres à accomplir leurs tâches, en réglant les désaccords activement en tenant compte de l'intérêt fondamental de la femme, et en inspirant confiance lorsque cela est possible. | <i>Le professionnalisme</i> <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 5. Maintenir une communication verbale et écrite claire (incluant la documentation), confirmer que l'information est bien reçue (boucler la boucle) et faciliter la participation de tous lors des débriefings. | <i>La communication</i> | <i>Le traitement</i> |

Limites—pratiquer à l’intérieur de ses limites personnelles et de celles de l’établissement

| <i>Élément clé</i> | <i>Habilitété</i> | <i>Phase</i> |
|--|--|--|
| 1. Lorsqu’une femme a besoin de soins qui dépassent les limites personnelles du soignant ou celles de l’établissement, défendre fermement les intérêts de la femme pour obtenir les soins en temps opportun auprès d’une ressource appropriée. | <i>Le professionnalisme</i> | <i>Le traitement</i> |
| 2. Lorsque l’état clinique d’une femme n’évolue pas comme prévu, revoir le diagnostic provisoire et la prise en charge, envisager des solutions de rechange et modifier le plan au besoin (p. ex. réévaluer régulièrement les femmes dont l’état est potentiellement instable, réfléchir sur les décisions cliniques). | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| 3. Lorsqu’un diagnostic ou un plan de prise en charge doit être modifié : | | |
| a) Tenter d’obtenir plus d’informations ou de l’aide supplémentaire dans les meilleurs délais. | <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Référer en consultation</i> |
| b) Discuter des changements avec la femme, ses accompagnateurs et l’équipe. | <i>La communication</i> <i>Le raisonnement clinique</i> | <i>Le traitement</i> |
| c) Documenter les changements et la discussion. | <i>La communication</i> | <i>Le traitement</i> |
| 4. Durant le suivi d’une femme enceinte, l’apprenant doit réfléchir sur ses expériences cliniques afin de relever les lacunes dans ses compétences et les combler par des activités d’apprentissage personnelles ou en groupe. | <i>Le professionnalisme</i> | <i>Le diagnostic</i> <i>Le traitement</i> |
| 5. Après un événement inattendu ou inhabituel, débrieffer efficacement les membres appropriés de l’équipe, y compris la femme et ses accompagnateurs. | <i>La communication</i> | <i>Le suivi</i> |

Annexe A : Sujets prioritaires et comment ils sont déterminés

La compétence ne se définit pas vraiment par ce que l'on sait ; elle découle plutôt de ce qu'on sait faire, ou avec quels problèmes on peut composer de manière compétente. Agir de manière compétente ne se limite pas à l'exécution, mais signifie plutôt accomplir quelque chose de la bonne façon, au bon moment et pour les bonnes raisons.

Le savoir est crucial à la compétence, mais il n'est pas nécessaire de tout savoir pour être compétent, même si c'était possible. Il faut en savoir suffisamment et il faut savoir utiliser ses connaissances habilement pour bien traiter un problème, pour reconnaître lorsqu'on a atteint ses limites, pour reconnaître lorsqu'il est nécessaire d'en faire plus, et comment s'y prendre, etc. À nouveau, le comment et le pourquoi, le où et le quand, et le raisonnement clinique et autres habiletés utilisées sont des indicateurs beaucoup plus importants de la compétence que ne le sont le savoir ou les résultats cliniques. Certains praticiens compétents peuvent obtenir de mauvais résultats et certains praticiens dont la compétence laisse à désirer peuvent obtenir de bons résultats. Pour vraiment savoir si une personne est compétente, il ne faut pas uniquement s'en tenir aux résultats ; il faut plutôt observer la manière dont la personne pratique et comment elle obtient les résultats.

Définir la compétence aux fins d'évaluation dans un domaine de soin compte donc deux volets. Tout d'abord, il faut déterminer les problèmes les plus importants avec lesquels un praticien compétent peut composer. L'objectif n'est pas de déterminer toutes les situations avec lesquelles il pourrait être appelé à composer ; la liste est plutôt limitée à un petit nombre d'items que tous reconnaissent comme les plus importants ; de là découlent les sujets prioritaires. Le deuxième volet consiste à déterminer comment chaque sujet est traité de manière compétente, et cela est déterminé par une analyse des éléments clés, décrite dans l'annexe B.

Les sujets prioritaires en soins de maternité et de périnatalité ont été établis à l'aide d'une méthode Delphi modifiée, amalgamant enquêtes et discussions de manière itérative. Le Groupe de travail a joué le rôle de groupe nominal, en générant la première liste de sujets prioritaires. Une deuxième enquête menée auprès d'un groupe de praticiens beaucoup plus grand a généré une liste indépendante de sujets prioritaires. Les deux listes étaient presque identiques, tant du point de vue des sujets nommés que de la priorité assignée (corrélation = 0,84). On a alors posé l'hypothèse suivante :

1. La liste finale des sujets prioritaires (voir annexe B) est une liste valide.
2. L'évaluation des compétences en soins de maternité en fonction de ces sujets prioritaires (et de leurs éléments clés) sera un indicateur efficace et valide de la compétence générale dans ce domaine.

Cela ne signifie pas que l'évaluation d'autres sujets ne sera jamais utile, mais la compétence sera identifiée plus probablement si l'évaluation se concentre sur les sujets prioritaires et leurs éléments clés.

Annexe B : Éléments clés et comment ils sont déterminés

Les éléments clés représentent les étapes cruciales, ou essentielles dans la résolution d'une situation ou d'un problème clinique. Ils sont donc identifiés pour tout problème particulier pour lequel on a tendance à commettre des erreurs, ou à oublier quelque chose, ou à mal exécuter certains points de la rencontre clinique, alors que ces éléments sont assez spécifiques au problème donné. Même si on ne commet pas d'erreurs, certaines parties de la rencontre avec un patient ou durant l'évaluation d'un problème sont plus épineuses, ou sont des points cruciaux à réussir. L'objectif général de l'approche des éléments clés comporte deux volets :

1. Déterminer les étapes essentielles ou cruciales particulières à un problème
2. Établir pourquoi elles sont difficiles, et quels sont les processus permettant de réussir ou non

Il faut se rappeler que certains problèmes et certaines situations exigent des aptitudes cognitives plus avancées, et tendent à mieux distinguer les candidats compétents des candidats incompetents, tout en étant de meilleurs prédicteurs de la compétence générale. En voici les cinq plus importantes :

1. Poser le diagnostic, surtout le diagnostic différentiel, est un meilleur indicateur de la compétence que le traitement.
2. Recueillir de bonnes données est un meilleur indicateur de la compétence que l'interprétation des données.
3. Composer avec des problèmes non différenciés exige une compétence plus étendue que composer avec des problèmes clairement définis.
4. Poser des gestes sélectifs et spécifiques à un problème est un meilleur indicateur de la compétence que les gestes posés de routine.
5. Savoir récupérer et utiliser les connaissances de manière appropriée est un meilleur indicateur de la compétence que simplement posséder les connaissances et les régurgiter.

Parallèlement, le traitement de certaines situations critiques clairement définies serait un très bon indicateur de la compétence dans le domaine en question. Ce qu'il faut retenir : l'évaluation doit toujours être appropriée et soigneusement jumelée aux déterminants réels de la compétence pour la situation évaluée. L'approche des éléments clés veille à l'établissement d'une bonne correspondance entre la situation clinique et l'évaluation.

En règle générale, les éléments clés sont des actes observables ; ils ne sont pas de simples connaissances. Ils guident clairement les superviseurs quant aux cas qui doivent être évalués, quelles habiletés sont recherchées dans ces cas et quelles considérations importantes distinguent les prestations compétentes des prestations incompetentes.

Les éléments clés sont générés en fonction de l'expérience clinique et non des références. Le nombre d'éléments clés varie grandement d'un sujet prioritaire à l'autre, et est surtout déterminé par le nombre d'éléments différents qui sont jugés fondamentaux à la résolution compétente du problème clinique. Les éléments clés sont déterminés par un processus itératif de réflexion, auprès d'un groupe de pairs en pratique. L'approche est intentionnellement sélective, et ne couvre que ce qui est important.

Pourquoi se soucier des éléments clés ?

Le domaine du contenu nécessaire pour évaluer la compétence dans un domaine donné est habituellement vaste ; mais les occasions et le temps disponible pour l'évaluer sont limités. Cela signifie qu'on ne peut certainement pas tout tester, en fait, on ne peut tester que très peu. Logiquement, le temps de supervision et d'évaluation devrait se concentrer sur les aspects du sujet ou de la situation qui distinguent le mieux un médecin compétent d'un médecin incompetent. Cela peut se résumer ainsi : nous avons besoin d'une liste de sujets prioritaires pour l'évaluation et une liste d'éléments clés pour chaque sujet de manière à orienter les évaluations.

Les sujets prioritaires et les éléments clés ont été utilisés dans l'élaboration de divers examens au Canada. Les questions de test et les examens qui sont basés sur ces sujets et éléments clés se sont avérés supérieurs pour prévoir la compétence. Ils sont maintenant utiles pour aider à réorienter l'évaluation en cours de formation en médecine familiale au Canada vers une approche basée sur les compétences. Ils se sont montrés extrêmement utiles durant l'enseignement et l'autoapprentissage. Le CMFC entend en faire un élément essentiel du cursus pour toutes les formations postdoctorales des médecins de famille canadiens.

Élaboration des éléments clés :

Les éléments clés prennent habituellement trois à quatre versions durant leur élaboration, sont modifiés et acceptés ou rejetés par le processus d'examen par les pairs. Cette approche à diverses versions est maintenant normalisée et efficace pour assurer que la clarté et le caractère sélectif de la version définitive répondent à nos besoins en matière d'évaluation. Cet objectif est difficile à atteindre sans se soumettre au processus². Les sujets prioritaires et les éléments clés nécessaires à la médecine familiale se trouvent à <http://www.cfpc.ca/Objectifsdevaluation/>

² Lawrence K, Allen T, Brailovsky C, Crichton T, Bethune C, Donoff M, et al. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: key-feature approach. *Can Fam Physician* 2011;57(10):e373-80.