

RÉFÉRENTIEL MÉTIER / COMPÉTENCES

DU CHIRURGIEN EN

Chirurgie ophtalmologique



Les situations de soins types



Référentiel Métier / Compétences du
Chirurgien en ophtalmologie

09.03.2008 • 2



**ACADÉMIE NATIONALE
de CHIRURGIE**
French Academy of Surgery

avec le soutien de l'Académie de Chirurgie qui a aidé à la diffusion des référentiels avec le Pr Georges MANTION Président de la Fédération des Collèges de Spécialités chirurgicales et le Pr Yves MATILLON, conseiller au Ministère de la Santé, chargé de la mission « établissement des référentiels métiers et compétence des professions de santé »
www.academie-chirurgie.fr

Les situations de soins retenues : les critères de sélection ¹

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

- faire partie du cœur de métier du chirurgien en ophtalmologie,
- 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.

Ces situations types sont les suivantes :

<i>Situations-types</i>	<i>Caractéristiques</i>
Prise en charge de la rétinopathie diabétique	Fréquence ; coopérations ; rétine
Prise en charge de la cataracte	Fréquence ; cristallin
Prise en charge de la crise aiguë de fermeture de l'angle	Affection aiguë
Prise en charge des pathologies infectieuses de la cornée	Pathologie infectieuse ; cornée
Prise en charge de la dégénérescence maculaire liée à l'âge	Pathologie de la dégénérescence ; macula
Prise en charge et dépistage des troubles visuels chez l'enfant	Pédiatrie

Autres situations envisagées :

- prise en charge des tumeurs oculaires
- prise en charge de troubles oculaires d'origine neurovasculaire
- prise en charge de blessures à l'oeil

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



Situation 1 :

Prise en charge de la rétinopathie diabétique

Réaliser un diagnostic

- en procédant à l'anamnèse (durée et type du diabète, traitements en cours, hémoglobine glyquée récente, tension artérielle, facteurs de risque cardio vasculaires associés, tabagisme...)
- en s'enquérant des éléments de diagnostic cardiologiques, néphrologique, diététique et de l'évolution du diabète
- en s'informant sur les événements récents qui peuvent avoir influencé l'état diabétique (changements de traitements, grossesse, prise de poids, etc.)
- en s'enquérant de la date et des résultats du dernier examen ophtalmo, dont résultats du fond d'œil, examen de la cataracte et prise de tension oculaire
- en procédant à l'examen ophtalmo de base biomicroscopique avec dilatation et en documentant éventuellement l'examen par des photographies du fond d'œil afin de définir le stade de rétinopathie diabétique

En cas de complications ou d'anomalies constatées :

- en procédant à des photographies du fond d'œil si possible, et en fonction de l'aspect du fond de l'œil à une angiographie rétinienne ou à une OCT
- en cas d'hémorragie intravitréenne, en éliminant par échographie un éventuel décollement de rétine compte tenu de son urgence thérapeutique
- en transmettant l'information à tous les praticiens concernés
- en leur demandant de procéder aux ajustements thérapeutiques requis selon les recommandations de prise en charge de l'AFSSAPS et de l'HAS

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- en fonction du stade de rétinopathie
 - dans tous les cas procéder à un équilibre du diabète (objectif HbA1c $\leq 7\%$) de la tension artérielle (objectif : $\leq 130/80$)
 - si ischémique et/ou prolifération sévère, indication d'un traitement laser
 - si maculopathie oedémateuse : envisager un traitement laser d'un œdème focal ou un traitement laser ou pharmacologique ou chirurgical selon les cas
 - si hémorragie intra-vitréenne persistante ou un décollement de rétine tractionnel envisager une prise en charge chirurgicale

Réaliser l'intervention chirurgicale

- si laser, en attestant et documentant l'ischémie rétinienne sévère et en adaptant le rythme des séances à la sévérité de l'ischémie
- si œdème focal, traitement au laser, si diffus, traitement laser ou autres traitements médicamenteux selon les recommandations à venir
- si complication tractionnelle, adresser à un centre spécialisé, expérimenté...pour la chirurgie

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- en prévoyant un contrôle à un an, si l'examen ne retrouve pas de rétinopathie diabétique ou une rétinopathie débutante
- en prévoyant un rythme adapté à la sévérité de la RD et les examens complémentaires, si anomalies constatées

Effectuer un suivi en temps différé

- en faisant rentrer le patient dans un réseau de soins : généraliste, diabétologue, cardiologue et demander au généraliste ou au diabétologue de procéder à un équilibre du diabète"...
- en veillant à promouvoir la connaissance de la rétinopathie diabétique auprès des généralistes et des patients



Situation 2

Prise en charge de la cataracte

Réaliser un diagnostic

- en procédant à l'anamnèse (évolution baisse de vision, pathologies générales associées (diabète, hypertension), traitements en cours,
- en s'enquérant du dernier examen ophtalmo, dont examen de la rétine et prise de tension oculaire
- en procédant à l'examen ophtalmo à la lampe à fente avec dilatation et mesure de la tension oculaire et examen du fond d'oeil
- en recherchant une cause en cas de cataracte d'apparition récente surtout si elle est unilatérale (traumatisme)
- en recherchant des facteurs de risque concernant la chirurgie (infections de voisinage ou immunodépression connue, diabète, port de lentille de contact ou prothèse contro-latérale)

En cas de non urgence :

- en déterminant la biométrie de l'œil afin de définir la puissance de la lentille intraoculaire
- en réalisant si l'état cornéen paraît précaire une microscopie spéculaire

En cas d'urgence :

- en cas de cataracte traumatique, en s'assurant qu'il n'y a pas de corps étranger intra-oculaire et de lésion associée au besoin en réalisant un scanner.
- en cas de cataracte compliquée (luxation, sub-luxation, capsule lésée) en adaptant la nature de la lentille intra-oculaire

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- en remettant au patient la fiche d'information rédigée par la Société Française d'Ophtalmologie et en la recueillant signée avant la chirurgie afin de s'assurer de la bonne compréhension de la procédure
- en adaptant les modalités d'hospitalisation au patient (ambulatoire ou non)
- en effectuant de première intention une chirurgie extracapsulaire en phacoémulsification mais en réservant les indications de chirurgie extracapsulaire manuelle ou intracapsulaire à des cas particuliers
- en estimant en pré-opératoire l'intégrité de la capsule postérieure ou de la zonule afin d'adapter le geste opératoire
- proposer d'adapter la correction optique par LIO en fonction des besoins visuels du patient.

Réaliser l'intervention chirurgicale

- en respectant les règles d'asepsie reconnues et validées par les sociétés savantes (Povidone iodée, antibiothérapie locale et/ou générale adaptée au patient)
- en recherchant en pré-opératoire immédiat une contre-indication à la chirurgie (infection locale ou générale non traitée, modification de l'état oculaire)
- en ayant à sa disposition le matériel nécessaire à gérer une complication per-opératoire (vitrectome)



Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- en s'assurant par, au moins un des membres de l'équipe, de l'absence de douleur post-opératoire avant sa sortie
- en donnant au patient avant sa sortie de la structure de soins tous les signes qui doivent l'alerter et justifier une consultation en urgence
 - en donnant les signes évoquant une infection post-opératoire
 - en donnant toutes les coordonnées de la personne à contacter en cas d'urgence
- en prévoyant les dates de suivi post-opératoire et les personnes à consulter - chirurgien, ophtalmologiste référent- (adaptées selon le type de chirurgie effectuée et selon les conditions opératoires - complications ou non-)
- en s'assurant de l'absence de complication post-opératoire immédiate (béance de la cicatrice, inflammation intraoculaire, hypertonie intra-oculaire ...).

Effectuer un suivi en temps différé

- en organisant la consultation afin d'effectuer la réfraction post-opératoire
- en contrôlant l'état rétinien post-opératoire
- en organisant les explorations fonctionnelles adaptées en cas de mauvaise récupération
- en signalant au patient les symptômes devant l'alerter dans les suites (baisse d'acuité visuelle, métamorphopsies, phosphènes ...)
- en expliquant au patient qu'une opacification de la capsule postérieure peut survenir dans un second temps et nécessiter un traitement par laser Nd:YAG



Situation 3:

Prise en charge d'une crise aiguë de fermeture de l'angle

Réaliser un diagnostic

- en procédant à l'anamnèse (évolution et durée des symptômes, pathologies générales associées, traitements en cours, réfraction)
- en recherchant des signes de crises précédentes
- en s'enquérant du dernier examen ophtalmo (dernière prise de tension oculaire) et des interventions oculaires récentes
- en procédant à l'examen ophtalmo : mesure de l'acuité visuelle, mesure de la tension oculaire et si possible examen de l'angle irido-cornéen au moins contro-latéral
- en analysant le mécanisme à l'origine de cette fermeture (angle étroit, mécanisme lié au cristallin, seclusion pupillaire ...)

En cas de non urgence :

- en cas de crise avortée (normalisation de la tension mais crise d'occlusion très probable): examen gonioscopique, du nerf optique (sans dilatation) avant traitement rapide, bilatéral
- en contre-indiquant toute dilatation pupillaire ou traitement à effet anticholinergique avant iridotomie bilatérale
- en s'aidant éventuellement d'examens complémentaires (OCT de segment antérieur)

En cas d'urgence :

- En cas de crise avec une hypertonie oculaire sévère : prescription d'hypotonisants par voies locale et générale associée à une mise en décubitus dorsal strict puis des myotiques.
- En réalisant dès que possible une iridotomie bilatérale

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- en analysant le mécanisme responsable de la fermeture de l'angle (cristallinien, angulaire, vitréen)
- en surveillant les constantes ioniques du patient
- en suivant la normalisation de la tension oculaire et la diminution de l'œdème cornéen

Réaliser l'intervention chirurgicale

- en privilégiant l'iridotomie au laser en cas de transparence des milieux correcte
- en effectuant une iridectomie chirurgicale dans le cas contraire
- en effectuant de préférence à distance la chirurgie de la cataracte si le cristallin participe à la genèse de la fermeture de l'angle ou une trabeculectomie en cas d'hypertonie résistante aux traitements précédents
- en effectuant le traitement controlatéral dans le même temps

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- en surveillant la tension oculaire, l'état cornéen
- en vérifiant le caractère transfixiant de l'iridec(o)tomie
- en s'assurant de l'absence de synéchies postérieures qui pourraient nuire au bon fonctionnement de l'iridotomie

Effectuer un suivi en temps différé

- en évaluant les séquelles au niveau cornéen et du nerf optique
- en vérifiant que la crise aiguë ne se complique par d'un glaucome chronique séquellaire



Situation 4 :

Prise en charge des pathologies infectieuses de la cornée

Réaliser un diagnostic

- en recherchant dans l'anamnèse les modalités évolutives de l'infection
- en recherchant dans l'anamnèse les antécédents et facteurs de risque associés (port de lentilles de contact, chirurgie, épisodes infectieux antérieurs, traumatisme, maladies générales et leurs traitements, maladies de la surface oculaire et leurs traitements)
- en effectuant un examen oculaire adapté au risque de contamination et à l'intégrité tissulaire
- en recherchant des critères de gravité
- en recherchant une anesthésie cornéenne associée
- en cherchant dans certains cas à identifier le germe en cause (examen microbiologique effectué soit par prélèvement oculaire soit par mise en culture des supports (lentilles, étuis))

En l'absence de critères de gravité immédiats :

- en effectuant un traitement anti-infectieux adapté au microorganisme en cause.

En présence de critères de gravité :

- en cas de baisse d'acuité visuelle sévère et/ou d'infection cornéenne profonde et/ou atteignant le centre optique et/ou s'accompagnant d'une atteinte ou d'un risque élevé d'atteinte intraoculaire : examen microbiologique en urgence si possible avant instauration d'un traitement anti-infectieux local renforcé et éventuellement systémique, hospitalisation

Réaliser l'intervention chirurgicale

- en connaissant les indications et modalités de prise en charge chirurgicale (point de colle cornéen, greffe de membrane amniotique, greffe de cornée)

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- en traitant les douleurs liées à l'infection
- en expliquant au patient les signes qui doivent l'alerter
- en vérifiant l'intégrité de l'état oculaire dans les cas d'ulcères pré-perforatifs
- en contrôlant l'intégrité mécanique de la cicatrice dans les greffes de cornée faites en urgence, en vérifiant l'absence de récurrence infectieuse, et l'absence de signes de rejet

Effectuer un suivi en temps différé

- en recherchant des signes de résistance de l'infection aux traitements mis en œuvre qui devrait faire remettre en cause la nature du germe identifié
- en adaptant le traitement anti-infectieux à la nature du germe
- en connaissant les indications d'un traitement anti-inflammatoire
- en connaissant les signes de toxicité des traitements anti-infectieux
- en corrigeant à distance les troubles optiques séquellaires conséquence de la perte de transparence cornéenne (greffes de cornée)
- en expliquant les signes qui doivent faire craindre une récurrence de la pathologie
- en lui indiquant les circonstances favorisant pour qu'il puisse les prévenir
- en (ré)expliquant les modalités d'entretien des lentilles de contact au moindre doute de mauvais usage



Situation 5:

Prise en charge et dépistage de la dégénérescence maculaire liée à l'âge

Réaliser un diagnostic

- chez toute personne âgée de plus de 50 ans, il sera procédé au dépistage de la dégénérescence maculaire liée à l'âge par un examen du fond d'œil non dilaté par une rétinophotographie ou un examen biomicroscopique au décours d'un examen ophtalmologique pour changement de verres correcteurs, dépistage d'un glaucome ou pour consultation pour toute autre pathologie
- en recherchant dans l'anamnèse des facteurs favorisant (antécédents familiaux et/ou personnels de DMLA, notion de tabagisme actuel ou passé, obésité)
- en recherchant chez le patient la notion d'une forme précoce de maculopathie liée à l'âge dans ses examens antérieurs
- en recherchant dans l'anamnèse des facteurs qui pourraient modifier la prise en charge de la pathologie (hypertonie oculaire)
- en recherchant par l'interrogatoire les modalités évolutives de la baisse de vision
- en mesurant l'acuité visuelle de loin et de près avec correction optique
- en examinant, après dilatation, la rétine notamment maculaire

En cas de non urgence (en l'absence de syndrome maculaire (baisse d'acuité ou déformation des lignes) d'évolution récente :

- en organisant les explorations morphologiques complémentaires de la rétine afin d'éliminer une complication néovasculaire (OCT, angiographie rétinienne) dans un délai raisonnable

En cas d'urgence (syndrome maculaire d'apparition récente) :

- en recherchant l'existence d'une complication néovasculaire par réalisation d'un OCT, d'une angiographie rétinienne à la fluorescéine ± au vert d'indocyanine en urgence (c'est à dire dans un délai ≤ 7 jours). Ces examens morphologiques préciseront la localisation et le type du néovaisseau ainsi que l'importance de l'exsudation intra ou sous rétinienne et les complications associées

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- en cas de néovaisseaux visibles actifs extra-fovéolaires, en privilégiant une photocoagulation directe au laser
- en cas de néovaisseaux actifs juxta-fovéolaire ou rétro-fovéolaire, en adaptant la thérapeutique : en choisissant parmi les thérapeutiques suivantes : photothérapie dynamique, injections d'antiangiogéniques (anti-VEGF) ou traitement combiné selon l'évolution des recommandations des sociétés savantes et en fonction de l'acuité visuelle
- en expliquant les bénéfices et les risques liés aux différentes propositions thérapeutiques employées

Réaliser l'intervention chirurgicale

- en localisant le néovaisseau par rapport au point de fixation en cas de photocoagulation au laser extra-fovéolaire
- en recherchant une contre-indication locale ou générale à l'injection intra-vitréenne d'un anti-VEGF si elle est pratiquée
- en respectant les règles d'asepsie reconnues et validées par les sociétés savantes (Povidone iodée, blépharostat, antibiothérapie locale et/ou générale adaptée au patient)
- en respectant la traçabilité des produits injectés



Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- en s'assurant de l'absence de douleur ou de baisse d'acuité visuelle post-opératoires après réalisation d'injection intraoculaire
- en donnant au patient avant sa sortie de la structure de soins tous les signes qui doivent l'alerter et justifier une consultation en urgence
 - en donnant les signes évoquant une infection post-opératoire
 - en donnant toutes les coordonnées de la personne à contacter en cas d'urgence
- en prévoyant les dates de suivi post-opératoire et les personnes à consulter - chirurgien, ophtalmologiste référent- avec un délai adapté au type de traitement utilisé
- en adaptant les modalités de surveillance (consultation, examen complémentaire, rythme de surveillance) avec le patient selon les traitements utilisés et selon l'évolution de la pathologie (activité pré-existante ou non du néovaisseau)

Effectuer un suivi en temps différé

- en expliquant aux patients les signes qui doivent l'amener à consulter notamment sur son deuxième œil
- en expliquant aux patients les mesures qu'il peut prendre pour diminuer le risque d'évolution de sa pathologie
- en organisant la prise en charge de la basse vision des patients par une rééducation et des moyens optiques adaptés
- en signalant le caractère génétique de l'affection pour qu'il puisse mentionner à ses proches le risque de DMLA
- en contribuant à la diffusion dans la population générale des signes évoquant une DMLA



Situation 6 :

Prise en charge et dépistage des troubles visuels de l'enfant

Réaliser un diagnostic

- en procédant à l'anamnèse (notion de problème lors de l'accouchement, prématurité, pathologie générale connue, antécédents familiaux, modalités évolutives de la baisse de vision, notion de strabisme ou d'exophtalmie ...)
- en recherchant d'autres anomalies sensorielles (surdité)
- en mesurant l'acuité visuelle de loin et de près en s'adaptant à ses capacités de lecture (examen bébé vision)
- en recherchant une amblyopie
- en pratiquant un examen organique à la recherche d'un obstacle à la formation de l'image
- avec au moindre doute prise de la tension oculaire (si besoin sous anesthésie générale)

En cas d'urgence :

- en pratiquant un examen binoculaire complet
- en pratiquant une dilatation pupillaire pour examen de la rétine
- en recherchant des facteurs favorisants (traumatismes répétés)

En cas de non urgence :

- en définissant la réfraction exacte de l'enfant sous cycloplégiques
- en effectuant des explorations neurologiques complémentaires si besoin (IRM, scanner cérébral) ou des examens complémentaires permettant de préciser la cause de baisse d'acuité visuelle (ERG, PEV)
- en répétant l'examen de la vision en cas de baisse visuelle en cas de mauvaise coopération

En cas d'urgence :

- en organisant un examen oculaire sous anesthésie générale en cas de signes évoquant un problème organique urgent (leucocorie, buphtalmie...) avec un examen complet oculaire, mesure du tonus oculaire, échographie
- en effectuant des explorations neurologiques complémentaires si besoin (IRM, scanner cérébral)

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- en cas d'amblyopie d'origine fonctionnelle (anisométrie, amétropies fortes), en organisant une rééducation par occlusion après correction totale de l'amétropie
- en cas d'amblyopie organique, en adaptant la prise en charge à la pathologie causale : intervention très rapide en cas de cataracte congénitale unilatérale, de glaucome congénital ou de décollement de la rétine
- en cas d'amblyopie organique liée à une affection tumorale (rétinoblastome, en organisant le bilan d'extension local et général de la pathologie et la stratégie thérapeutique)
- en cas d'amblyopie organique liée à une affection rétinienne par trouble du développement rétinien, vitréen ou nerveux, en recherchant d'autres signes d'atteintes locaux ou généraux
- en réalisant un bilan génétique et général complet en cas d'atteintes neurologique ou rétinienne dégénérative

Réaliser l'intervention chirurgicale

- en respectant les particularités de prise en charge anesthésiques liées à l'enfant
- en respectant les particularités de prise en charge des affections bilatérales pour limiter le risque d'amblyopie
- en adaptant la technique chirurgicale à l'enfant



Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- en impliquant les parents dans la rééducation de l'amblyopie par le respect strict du port des lunettes et de l'occlusion
- en expliquant aux parents les signes qui doivent les amener à consulter en post-opératoire immédiat
- en organisant le suivi de l'acuité visuelle de façon stricte
- en adaptant la surveillance oculaire et son rythme à la pathologie détectée (mesure de l'acuité visuelle, mesure de la pression intra-oculaire, examen de la rétine)
- en organisant la prise en charge des conséquences du traitement (prise en charge psychologique, prise en charge par l'oculariste)

Effectuer un suivi en temps différé

- en organisant un suivi de l'examen oculaire de l'enfant
- en organisant un suivi multidisciplinaire (pédiatre, oncologue, médecin généraliste) pour les pathologies qui le justifient (rétinoblastome, dystrophies héréditaires)
- en adressant l'enfant et ses parents à un centre de conseil génétique pour les maladies héréditaires
- en adaptant la prise en charge scolaire aux capacités visuelles et aux autres déficits de l'enfant (recours aux CDES...)



Les ressources en connaissances et compétences²

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



Les ressources spécifiques à la spécialité en ophtalmologie

Les pré requis de base

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

Les savoirs scientifiques et techniques validés

- *Avoir acquis les connaissances théoriques et techniques concernant :*
 - L'anatomie et la physiologie
 - L'instrumentation chirurgicale ophtalmologique
 - L'acte opératoire (méthodologie chirurgicale)
 - Les différentes situations sémiologiques et pathologiques énoncées dans le référentiel édité par le COUF (Connaître, savoir faire et ressources)
 - La pathologie d'urgence
- *Principales modalités d'acquisition*
 - les cours et enseignements qualifiants (cours interrégionaux et nationaux),
 - les congrès et enseignements spécifiques,
 - les stages de courte durée
 - Les revues spécifiques.

Expérience pratique validée et maîtrise des gestes chirurgicaux

- *Avoir acquis la maîtrise des interventions et des actes techniques dans les domaines suivants :*
 - maîtrise de la pathologie oculaire en urgence
 - maîtrise des actes chirurgicaux adaptée à chaque spécialisation du praticien
- *Modalité d'acquisition pratique*
 - le service : participation aux activités de soins, présentation et discussion des dossiers au staff, suivi des malades hospitalisés, supervision des observations, gardes de spécialité...,
 - le bloc opératoire,
 - la consultation : réflexion diagnostique, information du patient...,
 - les stages de mise en pratique validés par un carnet de stages :
 - en situation d'aide à un praticien expérimenté,
 - en situation d'acteur principal accompagné.



Les ressources communes

à toutes les spécialités

Les pré requis de base

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

Savoirs médicaux scientifiques et techniques validés

- *Avoir acquis les connaissances de base théoriques et technique 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.
- *Etre 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
- *Etre 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
- *Etre 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



- *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 cout des examens et des appareillages préconisés



Groupe de travail

Référentiel métier et compétences des chirurgiens en Ophtalmologie

- Pr Catherine CREUZOT-GARCHER
- Pr Jean François KOROBELNIK
- Pr Bahram BODAGHI
- Pr Jean-François ROULAND
- Pr Philippe GAIN
- Pr Jean-Paul ROMANET
- Pr Pierre GASTAUD
- Pr Pierre-Jean PISELLA
- Pr Jean-Paul RENARD
- Pr Alain GAUDRIC
- Pr Alain BRON
- Pr Tristan BOURCIER
- Pr Claude SPEEG- SCHATZ
- Pr Frédéric MOURIAUX
- Pr Marc LABETOULLE
- Pr Solange MILAZZO
- Dr Jean-Louis BOURGES
- Pr Michel WEBER
- Pr Pascale MASSIN
- *CHU Dijon, présidente du Collège des ophtalmologistes universitaires de France (COUF)*
- *CHU Bordeaux, Membre du bureau du COUF*
- *CHU La Pitié Salpêtrière, Trésorier du COUF*
- *CHU Lille, Secrétaire du COUF*
- *CHU St Etienne, Membre du bureau du COUF*
- *CHU Grenoble, Past président du COUF*
- *CHU Nice, Membre du bureau du COUF*
- *CHU Tours, Membre du bureau du COUF*
- *Val de Grace, Paris Membre du bureau du COUF*
- *CHU Lariboisière, Vice-président du COUF*
- *CHU Dijon*
- *CHU Strasbourg*
- *CHU Strasbourg*
- *CHU Caen*
- *CHU Kremlin Bicêtre, Paris*
- *CHU Amiens*
- *CHU Hôtel- Dieu, Paris*
- *CHU Nantes*
- *CHU Lariboisière, Paris*

