

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012

Thèse n°

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 25 octobre 2012 à Poitiers  
par **Monsieur Rémy Belkebir**

### **Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus**

La gynécologie en situation de soins primaires

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

**Membres** : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE  
Monsieur le Professeur Xavier FRITEL  
Monsieur le Docteur François BIRAULT

**Directeur de thèse** : Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012

Thèse n°

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 25 octobre 2012 à Poitiers  
par **Monsieur Rémy Belkebir**

### **Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus**

La gynécologie en situation de soins primaires

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

**Membres** : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE  
Monsieur le Professeur Xavier FRITEL  
Monsieur le Docteur François BIRAULT

**Directeur de thèse** : Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation  
(détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (surnombre)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

**Professeur des universités de médecine générale**

GOMES DA CUNHA José

**Professeur associé des disciplines médicales**

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

**Maîtres de Conférences associés de Médecine générale**

BINDER Philippe  
BIRAULT François  
FRECHE Bernard  
GIRARDEAU Stéphane  
GRANDCOLIN Stéphanie  
PARTHENAY Pascal  
VALETTE Thierry

**Professeur certifié d'Anglais**

DEBAIL Didier

**Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine**

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

**Professeurs émérites**

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## Remerciements

A Madame le Docteur Stéphanie Grandcolin

Pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse, pour l'aide immense que tu m'as apporté, en distillant savamment consignes et encouragements, et en m'aidant activement lors des différentes étapes de ce travail. Ta pratique professionnelle, que j'ai eu la chance d'avoir comme modèle au cours de mon premier stage ambulatoire, m'a conforté dans mon choix de carrière dans cette discipline passionnante. Sois assurée de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

Pour m'avoir fait l'honneur d'être président de ce jury, et me permettre de vous exposer ce travail, au vu de votre expérience dans le domaine de la pédagogie. Vos conseils dispensés lors de la préparation de notre étude nous ont éclairés. Recevez mes sincères remerciements, et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Fabrice Pierre

Pour avoir accepté de juger ce travail en tant que spécialiste de gynécologie-obstétrique. Soyez assuré de ma gratitude et de ma plus grande considération.

A Monsieur le Professeur Xavier Fritel

Pour me faire l'honneur de siéger dans ce jury, en tant que spécialiste de gynécologie-obstétrique. Recevez ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur François Birault

Pour ta participation à ce jury, et à l'aide que tu m'as fourni pour cette thèse. Je tiens surtout à t'exprimer mon plus grand respect pour les qualités pédagogiques et humaines dont tu as fait preuve lors de mon premier stage ambulatoire, ton accompagnement a été pour moi d'une grande valeur.

A mes parents pour l'aide qu'ils m'ont apporté pour ce travail... et tout au long de ma vie. Je vous en serai à jamais reconnaissant.

A mon frère.

A mes beaux-parents, comité de relecture de grande qualité.

A ma famille et mes amis.

A Estelle, pour m'avoir supporté lors de la rédaction de ce travail, et pour être en train de me fabriquer de quoi m'occuper ces prochaines décennies. Je t'aime.

# Table des matières

<b>1. Introduction.....</b>	<b>15</b>
1.1. Etat des lieux.....	15
1.1.1. Offre de soin de gynécologie en France.....	15
1.1.2. Offre d'apprentissage en gynécologie dans le cursus du DES de médecine générale.....	16
1.1.3. Genèse de l'idée de ce travail.....	17
1.2. Objectifs.....	18
1.2.1. Objectif principal.....	18
1.2.2. Objectif secondaire.....	18
<b>2. Généralités.....</b>	<b>20</b>
2.1. Quelques rappels en histoire de la pédagogie.....	20
2.1.1. De l'Antiquité au XIXème siècle.....	20
2.1.2. XXème siècle.....	21
2.1.2.1. Le courant béhavioriste (ou comportementaliste).....	21
2.1.2.2. Le courant cognitiviste et ses évolutions.....	21
2.2. Le concept de compétence.....	22
2.2.1. Historique du concept.....	23
2.2.2. Une définition partagée.....	24
2.3. L'évaluation des compétences.....	25
2.3.1. Principes de l'évaluation des compétences.....	26
2.3.1.1. La cognition.....	26
2.3.1.2. L'observation.....	26
2.3.1.3. Le jugement.....	27
2.3.2. Place du référentiel dans l'évaluation des compétences.....	28
<b>3. Matériel-Méthodes.....</b>	<b>30</b>
3.1. Bibliographie.....	30
3.1.1. Recherche bibliographique.....	30
3.1.2. Classement bibliographique.....	31
3.2. Choix de la forme du référentiel.....	31
3.3. Choix de la méthodologie.....	31
3.3.1. Recherche bibliographique.....	31

3.3.2. Une méthodologie en trois étapes.....	33
3.4. Première étape : Constitution du groupe d'experts.....	33
3.4.1. Critères d'inclusion.....	33
3.4.2. Critères d'exclusion.....	34
3.4.3. Prise de contact.....	34
3.4.4. Déroulement de la première étape.....	34
3.5. Deuxième étape : Détermination des intitulés des situations de soins types.....	35
3.5.1. Choix des thèmes.....	35
3.5.2. Choix de la méthode de consensus.....	35
3.5.3. Mise en forme des questionnaires.....	36
3.5.3.1. Premier questionnaire.....	36
3.5.3.2. Questionnaires suivants.....	37
3.5.4. Déroulement de la deuxième étape.....	39
3.5.5. Schéma récapitulatif.....	40
3.6. Troisième étape : Elaboration du contenu des situations de soins types.....	41
3.6.1. Choix de la méthode de consensus.....	41
3.6.2. Déroulé de la troisième étape.....	41
3.6.2.1. Phase préparatoire.....	41
3.6.2.2. Première phase exploratoire.....	42
3.6.2.3. Deuxième phase exploratoire.....	43
3.6.2.4. Synthèse des résultats et rédaction du consensus.....	44
3.6.3. Schéma récapitulatif.....	45
<b>4. Résultats-Analyse.....</b>	<b>46</b>
4.1. Détermination des intitulés des situations de soins types.....	46
4.1.1. Caractéristiques du groupe de travail initial.....	46
4.1.2. Déroulé du Delphi.....	48
4.1.2.1. Analyse des résultats du premier tour.....	48
4.1.2.2. Analyse des résultats du deuxième tour.....	53
4.1.2.3. Analyse des résultats du troisième tour, élaboration des intitulés des situations de soins types.....	55
4.2. Validation du contenu des situations de soins types.....	58
4.2.1. Caractéristiques du groupe de travail.....	58
4.2.2. Déroulé du consensus formalisé.....	59
4.2.2.1. Phase préparatoire.....	59

4.2.2.2.	Première phase exploratoire.....	61
4.2.2.3.	Deuxième phase exploratoire.....	63
4.2.2.4.	Elaboration du consensus du contenu des situations de soins types...	75
<b>5.</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>88</b>
5.1.	Discussion de la méthodologie.....	88
5.1.1.	Choix de la forme du référentiel métier et compétences.....	88
5.1.2.	Choix du nombre de situations de soins types.....	89
5.1.3.	Choix des thèmes des situations de soins types.....	89
5.1.3.1.	Critères quantitatifs.....	89
5.1.3.2.	Critères qualitatifs.....	90
5.1.4.	Justification des caractéristiques de l'échantillon.....	92
5.1.5.	Choix de la méthode de recherche.....	93
5.1.6.	Choix de la procédure Delphi pour la détermination des intitulés des situations de soins types.....	94
5.1.7.	Choix d'une méthode inspirée du consensus formalisé pour la validation du contenu des situations de soins types.....	94
5.2.	Discussion des résultats.....	96
5.2.1.	Discussion des résultats du Delphi.....	96
5.2.1.1.	Examen de dépistage et de prévention.....	96
5.2.1.2.	Contraception.....	97
5.2.1.3.	Grossesse.....	98
5.2.1.4.	Vulvite-vaginite.....	99
5.2.1.5.	Ménopause.....	100
5.2.2.	Discussion des résultats du consensus formalisé.....	100
5.2.2.1.	Faits marquants issus des items rajoutés ou de désaccord.....	100
5.2.2.2.	Discussion de la taxonomie utilisée lors de la phase préparatoire.....	102
5.2.2.3.	Répartition des nouveaux items au sein de cette taxonomie.....	103
5.3.	Evaluation de la rigueur scientifique de l'étude.....	104
5.3.1.	Fidélité.....	104
5.3.2.	Validité.....	105
5.3.2.1.	Validité interne.....	106
5.3.2.2.	Validité externe.....	107
5.4.	Comparaison avec d'autres projets.....	109

5.4.1. Le référentiel de compétences en éducation thérapeutique-Le référentiel des praticiens.....	109
5.4.2. Le référentiel CanMEDs-MF et le cursus Triple C.....	111
5.5. Perspectives.....	113
5.5.1. Evaluation certificative.....	114
5.5.1.1. Comment déterminer le niveau de compétence ?.....	114
5.5.1.2. Dans quel contexte évaluer ?.....	115
5.5.2. Evaluation de programme.....	117
5.5.3. Evaluation formative.....	118
<b>6. Conclusion.....</b>	<b>119</b>
<b>7. Bibliographie.....</b>	<b>120</b>
<b>8. Annexes.....</b>	<b>124</b>
8.1. Annexe n°1 : Référentiel compétences du CNGE.....	124
8.2. Annexe n°2 : Présentation du projet.....	128
8.3. Annexe n°3 : Premier tour du Delphi.....	129
8.4. Annexe n°4 : Consignes des questionnaires suivants du Delphi.....	131
8.5. Annexe n°5 : Bibliographie de la version de travail du contenu des situations de soins types.....	132
8.6. Annexe n°6 : Consignes de la première phase exploratoire du consensus formalisé.....	137
8.7. Annexe n°7 : Consignes de la deuxième phase exploratoire du consensus formalisé.....	138
8.8. Annexe n°8 : Version de travail du contenu des situations de soins types.....	139
8.9. Annexe n°9 : Agrément pour être MSU « Femme-Enfant » ambulatoire.....	147
<b>9. Serment.....</b>	<b>148</b>

## Liste des tableaux

<b><u>Tableau n°1</u></b> : Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage, d'après Huba et Freed.....	22
<b><u>Tableau n°2</u></b> : Caractéristiques d'une compétence dans le paradigme d'apprentissage.....	25
<b><u>Tableau n°3</u></b> : Motifs de consultation de gynécologie en médecine générale les plus fréquents.....	35
<b><u>Tableau n°4</u></b> : Premier questionnaire du Delphi .....	37
<b><u>Tableau n°5</u></b> : Exemple de questionnaire du deuxième tour du Delphi sur le thème « Contraception ».....	38
<b><u>Tableau n°6</u></b> : Exemple de questionnaire du deuxième tour du Delphi sur le thème « Grossesse ».....	38
<b><u>Tableau n°7</u></b> : Canevas d'élaboration du contenu des situations de soins types.....	42
<b><u>Tableau n°8</u></b> : Trame du premier questionnaire du consensus formalisé.....	43
<b><u>Tableau n°9</u></b> : Forme du questionnaire de la deuxième phase exploratoire.....	44
<b><u>Tableau n°10</u></b> : Résultats du 1 <sup>er</sup> tour du Delphi pour le thème « Examen de dépistage et de prévention.....	49
<b><u>Tableau n°11</u></b> : Résultats du 1 <sup>er</sup> tour du Delphi pour le thème « Contraception ».....	50
<b><u>Tableau n°12</u></b> : Résultats du 1 <sup>er</sup> tour du Delphi pour le thème « Grossesse ».....	50
<b><u>Tableau n°13</u></b> : Résultats du 1 <sup>er</sup> tour du Delphi pour le thème « Vulvite-vaginite ».....	51
<b><u>Tableau n°14</u></b> : Résultats du 1 <sup>er</sup> tour du Delphi pour le thème « Ménopause ».....	52
<b><u>Tableau n°15</u></b> : Résultats du 2 <sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Examen de dépistage et de prévention ».....	53
<b><u>Tableau n°16</u></b> : Résultats du 2 <sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Contraception ».....	53
<b><u>Tableau n°17</u></b> : Résultats du 2 <sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Grossesse ».....	54
<b><u>Tableau n°18</u></b> : Résultats du 2 <sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Vulvite-vaginite ».....	54
<b><u>Tableau n°19</u></b> : Résultats du 2 <sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Ménopause ».....	55
<b><u>Tableau n°20</u></b> : Résultats du 3 <sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Examen de dépistage et de prévention.....	55
<b><u>Tableau n°21</u></b> : Résultats du 3 <sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Contraception ».....	56
<b><u>Tableau n°22</u></b> : Résultats du 3 <sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Grossesse ».....	56
<b><u>Tableau n°23</u></b> : Résultats du 3 <sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Vulvite-vaginite».....	57
<b><u>Tableau n°24</u></b> : Résultats du 3 <sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Ménopause».....	57

<b><u>Tableau n°25</u></b> : Taxonomie des ressources utilisées dans l'élaboration du document préparatoire.....	60
<b><u>Tableau n°26</u></b> : Synthèse des items rajoutés du thème « Examen de dépistage et de prévention ».....	63
<b><u>Tableau n°27</u></b> : Synthèse des items rajoutés du thème « Contraception ».....	65
<b><u>Tableau n°28</u></b> : Synthèse des items rajoutés du thème « Grossesse».....	66
<b><u>Tableau n°29</u></b> : Synthèse des items rajoutés du thème « Vulvite-vaginite ».....	68
<b><u>Tableau n°30</u></b> : Synthèse des items rajoutés du thème « Ménopause ».....	69
<b><u>Tableau n°31</u></b> : Synthèse des items de désaccord du thème « Examen de dépistage et de prévention ».....	71
<b><u>Tableau n°32</u></b> : Synthèse des items de désaccord du thème «Contraception ».....	72
<b><u>Tableau n°33</u></b> : Synthèse des items de désaccord du thème «Grossesse ».....	73
<b><u>Tableau n°34</u></b> : Synthèse des items de désaccord du thème «Vulvite-vaginite ».....	74
<b><u>Tableau n°35</u></b> : Synthèse des items de désaccord du thème «Ménopause ».....	75
<b><u>Tableaux n°36</u></b> : Contenu final de la situation de soins types « Examen de dépistage et de prévention ».....	76
<b><u>Tableaux n°37</u></b> : Contenu final de la situation de soins types « Contraception ».....	78
<b><u>Tableaux n°38</u></b> : Contenu final de la situation de soins types « Grossesse ».....	80
<b><u>Tableaux n°39</u></b> : Contenu final de la situation de soins types « Vulvite-vaginite ».....	83
<b><u>Tableaux n°40</u></b> : Contenu final de la situation de soins types « Ménopause ».....	85
<b><u>Tableau n°41</u></b> : Répartition des items rajoutés dans leur niveau taxonomique respectif.....	103
<b><u>Tableau n°42</u></b> : Comparaison entre les éléments-clés du référentiel canadien et les ressources de notre référentiel pour le thème « Ménopause ».....	112
<b><u>Tableau n°43</u></b> : Comparaison entre les éléments-clés du référentiel canadien et les ressources de notre référentiel pour le thème « Contraception ».....	113
<b><u>Tableau n°44</u></b> : Proposition d'une échelle descriptive globale, inspirée du référentiel de formation anglais de gynécologie-obstétrique.....	115

## Liste des abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ASCUS : Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance  
BIUM : Bibliothèque Inter Université de Médecine  
CCA : Chef de Clinique Associé  
CES : Certificat d'études spécialisées  
CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française  
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants  
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français  
CO : Contraception Orale  
CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes  
DES : Diplôme d'études spécialisées  
DIU : Diplôme Inter Universitaire ou Dispositif Intra-Utérin (selon le contexte)  
DMG : Département de Médecine Générale  
DTP : Diphtérie Tétanos Polio  
ECA : Enseignant Clinicien Ambulatoire  
ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré  
FCU : Frottis Cervico-Utérin  
GEAPI : Groupe d'Echange et d'Analyse des Pratiques d'Internes  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HPV : PapillomaVirus Humain  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
IMG : Internes de Médecine Générale  
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
IST : Infection Sexuellement Transmissible  
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse  
LIBG : Lésion Intra-épithéliale de Bas Grade  
MFIU : Mort Fœtale In Utero  
MG : Médecin généraliste  
MSU : Maître de Stage Universitaire

NFS : Numération Formule Sanguine

ODM : OstéoDensitoMétrie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

RSCA : Récit d'une Situation Complexe et Authentique

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SOGC : Société d'Obstétrique et de Gynécologie Canadienne

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

TA : Tension Artérielle

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

TSH : Thyroid-Stimulatig Hormon

TV : Toucher Vaginal

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and academic associations  
of general practitioners/family physicians

# 1. INTRODUCTION

---

## 1.1 Etat des lieux

### 1.1.1 Offre de soin de gynécologie en France

L'offre de santé en gynécologie ne cesse de diminuer depuis les années 80, en raison entre autres de la disparition du CES de gynécologie médicale en 1984, et du vieillissement des spécialistes de cette discipline. Malgré la création en 2005 d'un DES de gynécologie médicale et le transfert d'une partie des gynécologues-obstétriciens vers la gynécologie médicale, le nombre de gynécologues médicaux a décliné de 3,4% entre 2006 et 2012(1) et ne sera plus que de 505 en 2020 selon les projections de l'institut national des statistiques.

D'après les chiffres de l'INSEE de 2012, la population féminine de plus de 15 ans en France est de 27 890 000. Or, d'après l'ONDPS, les effectifs actuels ne permettraient qu'à une femme sur quatre d'avoir recours à un gynécologue médical. De plus, selon le CNGOF, les spécialistes de gynécologie obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour des motifs liés aux examens de dépistage et de prévention, à la contraception, aux thérapeutiques courantes ou aux traitements substitutifs de la ménopause. Se pose alors un problème de santé publique d'offre de soins.

La gynécologie médicale est une discipline qui regroupe d'une part la prise en charge des actes de gynécologie et de sénologie, en dehors de l'accouchement et des actes chirurgicaux, et d'autre part la mission de santé publique de prévention, d'éducation et de dépistage propres à la population féminine(1). Le médecin généraliste doit aussi répondre à ces missions, comme l'attestent certaines caractéristiques du rôle de médecin généraliste (MG) décrite par la WONCA(2): « *professionnel que les patients consultent en première ligne quels que soient leur âge, sexe ou problème de santé* », « *qui favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace* » et « *qui a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté* ». Au vu du problème d'offre de soins de gynécologie médicale posé par la démographie, la médecine générale a donc un rôle à jouer afin de permettre à l'ensemble de la population féminine d'accéder à des soins de qualité.

### 1.1.2 Offre d'apprentissage en gynécologie dans le cursus de DES de médecine générale

Mais cette définition de la médecine générale aborde un autre point crucial de cette spécialité: la notion de soins primaires. Les besoins et attentes de santé de la population, les réformes du système de soins(3), les changements démographiques, les avancées médicales et l'économie de la santé sont des enjeux majeurs de notre société, qui imposent une efficacité du système de santé globale, où les professionnels des soins de santé primaire ont un rôle majeur. D'après l'OMS, les soins de santé primaires ont pour caractéristique d'être *« scientifiquement valables, socialement acceptables et de coût supportable par la société. Ils doivent être accessibles à tous les individus, être le premier niveau de contact avec le système national de santé au plus proche des lieux de vie et de travail »*. La médecine générale, élément pivot de l'offre de soins de premier recours, y joue un rôle fondamental.

Cependant, l'évolution de notre société a induit une transformation de l'attitude indulgente des patients vers une inquiétude entourant l'accès opportun aux soins, les erreurs médicales et la sécurité(4). La confiance dans les études, l'Université ou les pouvoirs institutionnels n'est plus seule garante d'une qualité des soins optimale, et la notion de certification devient une nécessité. Elle est la procédure permettant d'attester de l'acquisition des compétences de l'interne de médecine générale(5). Mais avant d'en arriver là, encore faut-il pouvoir apporter aux étudiants les conditions d'acquisition des compétences de médecine qui lui seront nécessaires dans son exercice futur.

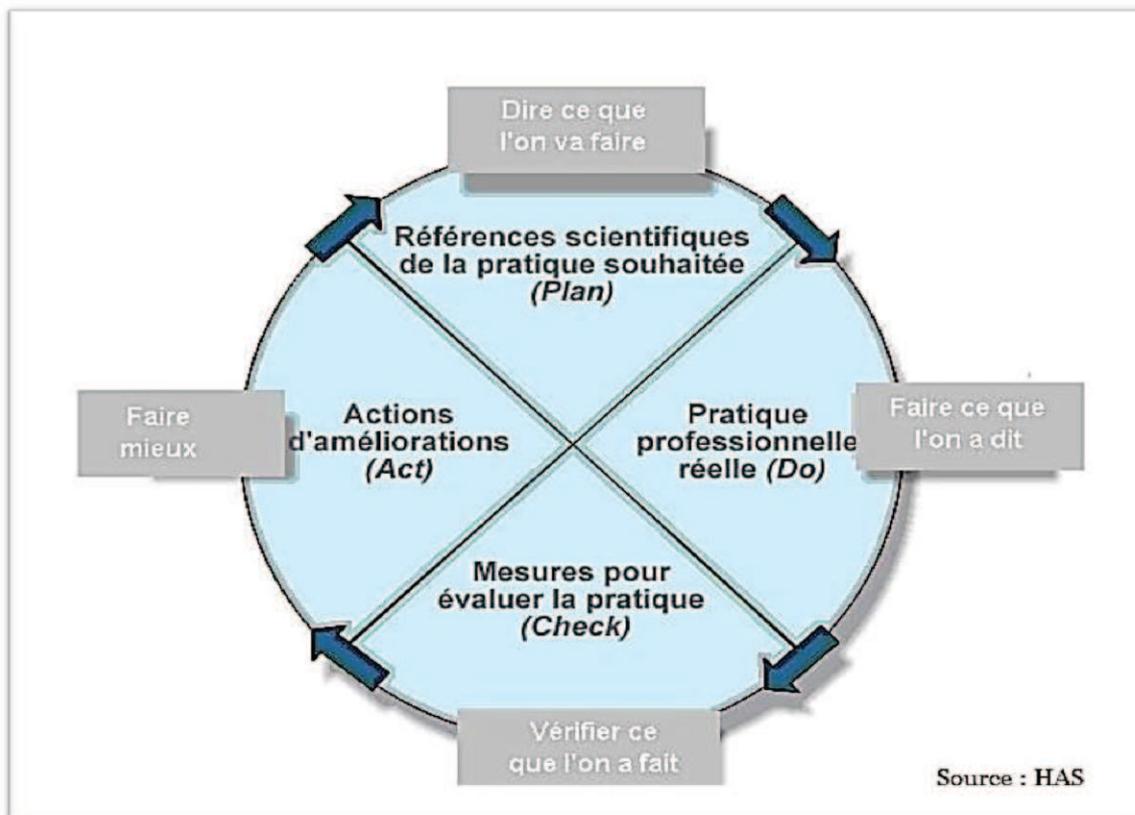
Malheureusement, il existe un déficit de formation à la gynécologie au cours du troisième cycle des études de médecine générale. La disponibilité des postes de gynécologie(6) permet à moins de la moitié des IMG de Poitiers d'effectuer un stage dans un service de gynécologie-obstétrique au cours de leur cursus. Certes, la pratique de la gynécologie en soins primaires s'apprend aussi en stage ambulatoire, mais la disparité des profils d'ECA ne permet pas d'inférer que les internes maîtriseront les situations de gynécologie. Une étude menée en Bretagne(7) relève la diversité des profils de MG vis-à-vis de la gynécologie. Il n'est donc pas possible de garantir une formation permettant aux futurs MG de répondre aux situations de gynécologie qui feront partie de leur quotidien. Et ce, d'autant plus qu'une majorité des IMG

qui entament leur DES ne se sentent pas à l'aise avec cette discipline(8), et nombreux sont ceux à ne jamais avoir effectué les gestes courants(9).

### 1.1.3 Genèse de l'idée de ce travail

Grâce à l'arrêté du 10 août 2010, modifiant celui du 24 septembre 2004, il est désormais possible d'instaurer un stage qui vise l'enseignement des soins spécifiques à la femme et à l'enfant au sein de la maquette du DES de médecine générale, en particulier sous forme d'un stage ambulatoire. Un projet de mise en place d'un tel stage permettrait de pallier cette carence de formation. Mais sa mise en œuvre doit faire l'objet d'une planification rigoureuse, afin de répondre efficacement au problème pédagogique, selon une démarche qualité. Il existe différentes approches telle que la démarche mise au point par Deming en 1939 (PDCA-Plan Do Check Act), portant initialement sur l'amélioration des processus de fabrication en économie industrielle (voir Figure 1).

Figure 1 : Adaptation de la roue de Deming à la démarche qualité en médecine (D'après HAS)



En pédagogie médicale, c'est le modèle PIE (Planification-Implantation-Evaluation) qui est fréquemment utilisé. Il découle du modèle PDCA de Deming, où les deux dernières phases « évaluer » et « agir » sont fusionnées en une étape : l'action découlant de l'évaluation. L'intention du travail présenté est d'initier la planification de l'implantation de ce nouveau stage, en élaborant un outil permettant l'évaluation des compétences de médecine générale des IMG dans des situations de gynécologie.

## **1.2 Objectifs**

### **1.2.1 Objectif principal**

Dans le cadre de cette démarche qualité et en accord avec le DMG de Poitiers, il a été décidé, dans la phase pré-implantatoire de ce nouveau stage d'élaborer un outil qui permettra à l'équipe pédagogique d'évaluer son impact sur la qualité des apprentissages de gynécologie au cours du DES de médecine générale auprès des IMG, en accord avec le cadre pédagogique actuellement en vigueur.

L'objectif principal de ce travail de recherche sera donc d'élaborer un référentiel présentant la manière avec laquelle les compétences de médecine générale s'exercent dans des situations de soins spécifiques à la prise en charge de la population féminine, compatible avec le paradigme d'apprentissage.

### **1.2.2 Objectif secondaire**

Un référentiel en lui-même ne présente pas d'utilité. Le fait de le lire n'apporte pas de compétence particulière (au mieux des savoirs). Par contre, une utilisation pédagogique adaptée en ferait un outil utile, à savoir un moyen d'évaluation. Nous avons envisagé trois types d'évaluation :

- ❖ l'évaluation formative : qui a « *une fonction diagnostique et vise à réguler les apprentissages* » en donnant « *à l'étudiant et à l'enseignant des informations*

*objectives sur la nature et la valeur des apprentissages réalisés, afin que l'un et l'autre ajustent et optimisent [...] leurs stratégies d'apprentissage »(10).*

- ❖ l'évaluation certificative : visant à s'assurer que l'étudiant évalué possède les compétences lui permettant de pratiquer en tant que professionnel indépendant.
- ❖ l'évaluation de programme : pour apprécier l'impact d'un nouveau stage ambulatoire « femme-enfant ».

L'objectif secondaire est d'obtenir un outil adaptable à ces différentes évaluations.

## 2. GENERALITES

---

Nous allons dans un premier temps évoquer les étapes marquantes de l'évolution de la pédagogie, le concept de compétences et de leurs évaluations découlant des paradigmes les plus récents, en particulier le paradigme socio constructiviste, utilisé depuis 2004 à Poitiers, sous l'impulsion du CNGE.

### **2.1 Quelques rappels en Histoire de la pédagogie**

Le terme « pédagogie » tire son origine du grec paidagogos, son concept initial signifiant l'enfant (« paidos ») qui était mené (« gogia ») à l'école par l'esclave. Il désigne désormais l'ensemble des méthodes utilisées pour éduquer les enfants et les adolescents (Larousse 2012). Au cours de l'histoire, la place de l'apprenant, de l'enseignant et des savoirs ont évolué.

#### **2.1.1 De l'Antiquité au XIXème siècle**

Dans la haute Antiquité, le contenu des apprentissages était une somme de savoir. Plus tard, dans la Grèce Antique, Platon, Hippocrate et autres ont introduit la notion de la transmission de savoir. La pédagogie consistait alors en une sorte de « mimétisme » des savoirs, la relation entre le Maître et l'Elève étant considérée comme linéaire, l'apprenant constituant alors un cerveau « vierge », prêt à recevoir une somme de connaissances accumulées par empirisme. Cette conception a perduré, avec même un renforcement lors de l'avènement du positivisme empiriste au XVIème siècle : la description du réel absolu est possible, indépendante de l'observateur(11). En découle un enseignement de type normatif : transmission de faits et de règles transmis dans une relation d'autorité de façon frontale et abstraite (cours magistral), à la base du paradigme d'enseignement.

## 2.1.2 XXème siècle

### 2.1.2.1 Le courant béhavioriste (ou comportementaliste)

Les travaux du physiologiste russe Pavlov ont servi de base à la théorie comportementaliste (ou behavioriste) développée par Watson en 1913 : l'apprentissage ne s'intéresse plus à cette relation linéaire, mais à l'apprenant aux travers des stimuli (entrées) et sorties (productions de l'élève), les processus cognitifs n'étant pas explorés (car étant non observables et donc non mesurables). L'apprenant finit par apporter la réponse convenue, après récompenses ou pénalités selon la production réalisée. Ce paradigme a permis l'émergence de plusieurs courants de la pédagogie (paradigme d'enseignement) dont le but était d'amener étape par étape l'apprenant vers des objectifs finaux de formation (approche par objectifs). Cette théorie présente des limites en particulier dans un domaine aussi complexe que la médecine : comment rendre compte d'une bonne qualité d'apprentissage sur la base d'objectifs, sans tenir compte de la diversité extrême des situations qui seront rencontrées dans la « vraie vie » et de l'importance de l'interaction de l'étudiant avec son environnement ?

### 2.1.2.2 Le courant cognitiviste et ses évolutions

En réaction à cette approche, le cognitivisme a vu le jour. Ce courant de la psychologie, épaulé par d'autres paradigmes (constructivisme, socioconstructivisme), a pour objectif de mettre en avant les processus de construction de la réalité chez des sujets à partir d'éléments déjà intégrés. Ce courant, en particulier le socioconstructivisme (intégrant une dimension sociale) domine la réflexion pédagogique des trente dernières années. L'apprenant est au centre des préoccupations. Son autonomie et sa réflexivité sont encouragées, l'enseignant devenant alors un facilitateur des apprentissages (paradigme d'apprentissage). La finalité de l'apprentissage dans ce paradigme ne se définit plus comme l'atteinte d'objectifs, mais comme l'acquisition de compétences (approche par compétences).

Tableau n°1 : Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage, d'après Huba et Freed(12)

<b>Paradigme d'enseignement</b>	<b>Paradigme d'apprentissage</b>
Les savoirs sont transmis aux étudiants par les professeurs.	Les étudiants construisent leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et avec leurs pairs.
Les étudiants reçoivent passivement les informations.	Les étudiants traitent activement l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes, de conduites de projets.
Les connaissances sont acquises sans lien avec leur contexte prévisible de réutilisation.	Les connaissances sont construites prioritairement à partir des contextes (professionnels) authentiques.
Le professeur est conçu avant tout comme un dispensateur de savoir et comme un examinateur.	Le professeur est conçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages et comme un modèle de rôle explicite.
L'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont séparés.	L'évaluation est enchâssée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage.
L'évaluation est utilisée essentiellement pour mesurer la quantité des apprentissages.	L'évaluation est utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les apprentissages.
L'évaluation privilégie l'obtention de la bonne réponse.	L'évaluation se préoccupe autant du processus que du résultat et exploite les erreurs pour développer les apprentissages.
Les apprentissages sont mesurés indirectement grâce à des tests plus ou moins standardisés.	Les apprentissages sont appréciés directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de portfolios.
Seuls les étudiants sont considérés comme apprenants.	Les professeurs et les étudiants apprennent ensemble.

## **2.2 Le concept de compétence**

Ce concept est utilisé depuis longtemps, avant même l'avènement du paradigme socioconstructiviste. Dans le courant behavioriste (ou son évolution, le comportementalisme), la notion de compétence était utilisée, et intégrait une dimension dynamique, c'est-à-dire qu'on ne parlait plus de connaissances théoriques ou déclaratives, mais d'actes ou de séquences d'action qui aboutissaient à un résultat (ou performance) d'où découlait l'évaluation.

Toutefois, le concept de compétence tel qu'il est admis actuellement n'est plus cet algorithme qui permettait d'aboutir à une solution, il comprend désormais une

dimension holistique : la compétence est un système complexe dont les différentes caractéristiques sont imbriquées et interdépendantes.

Nous allons développer succinctement dans le paragraphe suivant l'histoire du concept de compétence dans le paradigme socioconstructiviste afin d'obtenir une définition qui sera à la base de ce travail.

### 2.2.1 Historique du concept

En 1995, Perrenoud(13) propose comme définition : *«savoir-faire de haut niveau, qui exige l'intégration de multiples ressources cognitives dans le traitement de situations complexes »*, mettant en avant le caractère intégrateur de la compétence, à savoir l'appel à une multitude de ressources dans le domaine cognitif. Lasnier(14) insiste particulièrement sur cette caractéristique de la compétence, notamment dans son évaluation, par l'intermédiaire de « tâches intégratrices ».

En 2002, Allal(15) définit la compétence comme *« un réseau intégré et fonctionnel de composantes cognitives, affectives, sociales, sensorimotrices, susceptibles d'être mobilisées en actions finalisées face à une famille de situations »*. Cette définition met en avant les éléments mobilisés par une compétence. Au-delà d'une simple utilisation de connaissances (savoir et savoir-faire), elle intègre les dimensions affectives, sociales et expérientielles, d'où le caractère combinatoire du concept de compétence.

Les travaux de Le Boterf sur la définition de la compétence(16) ont permis de mettre en avant la notion de ressource. Dans son ouvrage, il remplace le terme de connaissances ou savoir-faire par celui de « ressources », terme évitant de restreindre ce qui est mobilisé par la compétence à des composantes cognitives ou des connaissances ; Il les regroupe ainsi :

- ❖ les ressources dites internes (ou personnelles) :
  - les savoirs : les savoirs théoriques, d'environnement, procéduraux
  - les savoir-faire : formalisés, empiriques, cognitifs
  - les qualités personnelles
  - les ressources émotionnelles
- ❖ les ressources dites externes (ou environnementales) : outils ; équipements d'information ou réseaux relationnels.

Cette mise en avant des ressources externes, de la prise en compte des qualités personnelles (ou connaissances implicites) et de critères de subjectivité (état émotionnel) impose la prise en considération du caractère contextuel de la compétence.

En 2001, Roegiers(17) propose une définition de la compétence comme étant : « *la possibilité pour un individu de mobiliser de manière intériorisée un ensemble intégré de ressources en vue de résoudre une famille de situations-problèmes* ». L'utilisation du terme « *famille de situations* », qui peut paraître superflu, est en fait indispensable. En effet, lorsque l'on parle de compétence, on doit savoir dans quels cas celle-ci doit être mise en œuvre, dans quel contexte. Perrenoud(18) insiste sur cette notion. Une situation (ou famille de situations) est d'abord déterminée par le sujet confronté à cette situation, et donc l'angle avec lequel cette situation sera abordée. Il utilise un exemple concret pour souligner ce propos : le cas d'un ouvrier qui vient d'apprendre qu'il souffre d'un handicap irréversible ne sera pas « traité » de la même manière par un médecin généraliste, un chirurgien, un psychologue, un agent d'assurance... D'où l'intérêt lors de l'énoncé d'une compétence d'articuler la situation (ou famille de situations) avec l'agent concerné.

De plus, la situation, dans une même profession, sera appréhendée différemment selon le nombre d'expositions à cette situation (caractère développemental) et selon les évolutions de la discipline ou de la société (caractère évolutif).

### 2.2.2 Une définition partagée

Enfin, Tardif(19) propose page 22 la définition désormais communément admise :  
« *Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations* ».

Cette définition introduit la notion de « *savoir-agir* », différent du savoir-faire car elle implique :

- ❖ un caractère heuristique, c'est-à-dire une action non fondée sur un modèle formel et qui n'aboutit pas nécessairement à une solution (contrairement à l'algorithme que sous-tend le savoir-faire).
- ❖ l'impossibilité d'automatiser le savoir-agir.
- ❖ l'impossibilité d'exercer le savoir-agir hors contexte.
- ❖ le haut degré de complexité du savoir-agir.

On retrouve aussi dans le même ouvrage de Tardif les caractéristiques inhérentes au terme de compétence dans le courant socio-constructiviste, se recoupant avec celles définies précédemment, qui sont :

Tableau n°2 : Caractéristiques d'une compétence dans le paradigme d'apprentissage (19)  
(page 26)

<b>Caractère intégrateur</b>	chaque compétence fait appel à une multitude de ressources de nature variée
<b>Caractère combinatoire</b>	chaque compétence prend appui sur des orchestrations différenciées de ressources
<b>Caractère développemental</b>	chaque compétence se développe tout au long de la vie
<b>Caractère contextuel</b>	chaque compétence est mise en œuvre dans des contextes qui orientent l'action
<b>Caractère évolutif</b>	chaque compétence est conçue afin d'intégrer de nouvelles ressources et de nouvelles situations sans que sa nature soit compromise

### **2.3 L'évaluation des compétences**

Définir le terme « compétence » constitue une étape obligatoire, car elle permet au corps enseignant de définir le contenu de chaque compétence mais surtout ses modalités d'évaluation. Comme indiqué dans le tableau précédent, dans un cadre pédagogique inspiré du paradigme d'enseignement, l'évaluation se fait en dehors des situations d'apprentissage, selon un aspect quantitatif (obtention de « bonnes réponses »), basé sur un programme formulé par objectifs. A l'inverse, l'évaluation dans le paradigme d'apprentissage est liée aux conditions d'apprentissage, selon des critères qualitatifs, dans un programme défini par compétences, comme nous allons l'approfondir dans cette partie.

## 2.3.1 Principes de l'évaluation des compétences

D'après Tardif(19), l'évaluation des compétences repose sur trois piliers complémentaires :

- ❖ la cognition : c'est-à-dire un modèle cognitif de l'apprentissage
- ❖ l'observation : c'est-à-dire la mise en situation, la contextualisation, de la ou des compétences
- ❖ l'interprétation : c'est-à-dire le jugement

### 2.3.1.1 La cognition

Un modèle cognitif de l'apprentissage dans le contexte du paradigme d'apprentissage est une modélisation reposant sur des données scientifiques valides qui, à partir des apprentissages critiques, circonscrit les étapes de développement de la compétence, du stade de novice à celui d'expert, sur une période plus ou moins longue. Leur intérêt est de servir de référence pour rendre compte du parcours de formation.

### 2.3.1.2 L'observation

Le deuxième pilier de l'évaluation des compétences constitue le cœur du problème pour tout enseignant, la partie la plus concrète. C'est l'élaboration de ces situations d'observation qui permettront une mise en situation de l'apprenant, d'où découlera le jugement porté.

Dans le cadre du paradigme d'enseignement, ce qui compte, c'est l'aspect quantitatif : c'est-à-dire la quantité de connaissances mémorisées à un temps t, et donc de favoriser le nombre d'évaluations et de situations d'évaluation afin de rendre compte du nombre d'objectifs atteints. A contrario, le point essentiel dans le paradigme d'apprentissage est l'aspect qualitatif. C'est la qualité de la situation d'évaluation qui permettra d'explorer les compétences. Mais quelles sont les situations adaptées ?

Popham(20) parle de la nécessité d'adapter au paradigme d'apprentissage de nouvelles situations qu'il appelle « *alternatives* » car « *elles constituent une manière différente d'évaluer comparativement à une situation dans laquelle il faut choisir une réponse déjà formulée* ». On retrouve la caractéristique heuristique de la compétence, ces situations devant

requérir non plus des savoirs ou savoir-faire, mais un savoir-agir complexe. Une évolution de ces situations « *alternatives* » est la situation dite « *authentique* »(19). Ce terme sous-entend que les situations d'évaluation, même si elles ont une caractéristique heuristique, doivent provenir de thématiques ou de problématiques qui existent réellement en dehors des situations de formation, dans des situations de la « vraie vie ».

Perrenoud(18), propose de ne retenir dans l'élaboration d'un référentiel que les situations spécifiquement professionnelles, emblématiques et problématiques :

- ❖ problématiques: car elles appellent à une action, une intervention.
- ❖ spécifiquement professionnelles: si le sens commun ne suffit pas à venir à bout du problème, si elles exigent des ressources dont chacun ne dispose pas, une forme d'expertise et d'entraînement professionnels.
- ❖ emblématiques: elles doivent se présenter assez souvent pour être constitutives et significatives du métier considéré, sachant que dans chaque métier, on affronte aussi certaines situations exceptionnelles, auxquelles la formation n'est pas censée préparer au même degré.

La prise en compte de la caractéristique intégratrice du concept de compétence est primordiale dans le choix des situations d'évaluation. En plus d'être authentique, spécifiquement professionnelle, problématique et emblématique, elle devra être à l'origine de la mobilisation et de la combinaison de multiples ressources, afin que s'y exercent le plus possible les compétences de médecine générale(14). D'où l'importance du choix des situations d'évaluation dans le paradigme d'apprentissage.

### 2.3.1.3 Le jugement

Le but de toute évaluation est d'apporter un jugement. Mais dans l'évaluation des compétences, celui-ci peut être multiple :

- ❖ à visée certificative (ou sommative) : qui vise à déterminer un niveau de développement des compétences. Le jugement est alors apporté par un ou plusieurs enseignants, qui déterminent, au travers de différents outils (grilles d'évaluation, échelles descriptives globales, RSCA, GEAPI, ECOS...) si l'étudiant maîtrise les compétences du domaine considéré à un niveau requis.

- ❖ à visée formative : qui favorise l'aide à l'apprentissage en s'adressant soit aux apprenants, soit à l'équipe pédagogique. L'étudiant pourra, dans une démarche réflexive, s'appuyer sur une auto-évaluation afin de cibler les points à travailler. De la même manière, une équipe pédagogique pourra évaluer son enseignement sur la base de l'évaluation d'un groupe d'apprenants pour optimiser son programme de formation (évaluation de programme).

### 2.3.2 Place du référentiel dans l'évaluation des compétences

Un référentiel est un document synthétique, consensuel et officiel permettant de regrouper l'ensemble des rôles/fonctions/compétences (selon le type de référentiel) dans une profession donnée. Il existe différents types de référentiels(21):

- ❖ Référentiel métier : détaille l'ensemble des tâches que doit réaliser un professionnel dans un métier donné
- ❖ Référentiel compétence : décrit les compétences requises pour exercer un métier, en listant les ressources (savoirs, savoir-faire), les qualités et aptitudes à maîtriser.
- ❖ Référentiel de formation : regroupe la déclinaison des compétences en objectifs pédagogiques et programmes de formation, ainsi que l'accompagnement et le suivi pour favoriser l'application de la formation sur le poste de travail, les situations et les indicateurs permettant d'évaluer les acquis
- ❖ Référentiel de bonnes pratiques : vise à offrir une réponse aux besoins d'un organisme professionnel qui cherche à établir en son sein des règles de pratiques professionnelles permettant de communiquer ou bien de codifier des bonnes pratiques acceptées par l'ensemble d'un organisme professionnel donné.

Le CNGE, en 2006(22), a élaboré un référentiel de compétence (Annexe n°1), qui décrit les compétences du médecin généraliste. Un travail mené à Tours en 2009(23) a validé ce référentiel auprès des formateurs et des étudiants, et déterminé les niveaux de maîtrise des compétences transversales de MG. Mais il n'existe pas d'outil pédagogique fonctionnel conforme au paradigme d'apprentissage permettant d'inférer qu'un IMG maîtrise les compétences de MG dans des situations de gynécologie. Le concept de « référentiel métier et

compétences » permet, en utilisant un outil validé (le référentiel de compétences du CNGE), de développer la façon dont s'exercent les compétences de MG dans des situations représentatives du métier. Son utilisation pourrait être effective à chaque étape de l'évaluation des compétences, en tant que modèle cognitif, en circonscrivant les situations d'observation, et en étant la base du jugement

## 3. MATERIEL-METHODE

---

### 3.1 Bibliographie

#### 3.1.1 Recherche bibliographique

Les données bibliographiques issues de ce travail ont été recherchées à partir:

- De bases de données en ligne :
  - SUDOC
  - BIUM
  - CISMef
  - PubMed
  - National Guideline Clearinghouse
- De revues spécialisées :
  - Pédagogie médicale
  - Exercer
  - Médecine
  - Prescrire
- De sites gouvernementaux :
  - HAS
  - IGAS
  - INPES
  - Site du ministère en charge de la Santé
  - ARS
- De sites de sociétés savantes :
  - SFMG
  - CNGOF
  - CNGE
  - SOGC
- D'ouvrages spécialisés :
  - L'évaluation des compétences-Documenter le parcours de développement, Tardif, Chenelière Edition, 2006
  - L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences, Scallon, De Boeck, 2004

- De la littérature grise (Google, Google Scholar)

### 3.1.2 Classement bibliographique

Le classement bibliographique a été réalisé grâce au logiciel Zotero.

## **3.2 Choix de la forme du référentiel**

Le référentiel métier et compétences du CNGE 2009 se présente en deux parties :

- ❖ La première est constituée de 16 situations de soins types, traitées comme lors d'une consultation de médecine générale, selon un déroulé inspiré de la grille de Calgary-Cambridge, dont le développement en cinq parties s'étale sur plusieurs consultations, comme l'attestent les deux dernière parties « *Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge* » et « *Effectuer un suivi en temps différé* ».
- ❖ La deuxième partie est constituée du référentiel de compétences du CNGE de 2006, développant les compétences spécifiques de la médecine générale.

Nous avons utilisé cette forme pour notre outil, à savoir articuler le référentiel de compétences du CNGE de 2006, avec des situations de soins types spécifiques à la prise en charge de patientes en soins primaires, que nous nous proposons de construire.

## **3.3 Choix de la méthodologie**

### 3.3.1 Recherche bibliographique

A partir de l'objectif de réaliser un référentiel métier et compétences compatible avec le paradigme d'apprentissage, nous avons exploré dans la littérature les méthodologies d'élaboration pour de tels outils. La méthodologie du référentiel métier et compétences de juin 2009 du CNGE, élaboré par le cabinet Guy Le Boterf Conseil n'est pas explicitée. Les bases de données universitaires nous ont permis de retrouver une thèse traitant de

l'élaboration d'un référentiel(23), mais l'objet du travail était d'élaborer puis de valider un référentiel de compétences, sans articulation de celles-ci avec des situations authentiques. Les ressources de la National Guideline Clearinghouse et du CISMef ne nous ont pas non plus orientés vers une méthodologie d'élaboration.

Une recherche sur PubMed, en utilisant la terminologie MeSH (Medical Subject Headings), nous a permis d'explorer différentes méthodes utilisées pour l'élaboration de référentiels. Les termes MeSH, obtenus grâce au Portail Terminologique de Santé du CISMef, qui nous ont intéressé sont :

- ❖ Compétence : qui regroupe dans notre domaine de recherche les MeSH words : « modèle de compétence attendue », en anglais « competency based education », et « compétence clinique », en anglais « clinical competence » ou « clinical skills ». Pour le terme « évaluation des compétences », non répertorié en MeSH word, nous avons utilisé le terme « competency based evaluation ».
- ❖ Référentiel : pas d'équivalent MeSH, mais le CisMEF propose « recommandation », en anglais « Guideline » ou « Framework »
- ❖ Certification : « attestation », en anglais « certification »
- ❖ Médecine générale : « médecine générale », « general practice » en anglais

Nous avons, à partir de cette terminologie, utilisé deux équations PubMed :

- « *Competency based evaluation AND general practice AND certification* » : 9 résultats
- « *Framework AND competency based evaluation AND general practice* » : 25 résultats

L'un des articles qui a attiré notre attention traite de l'élaboration d'un référentiel des compétences des infirmières ambulatoires canadiennes(24) à partir de résultats préliminaires obtenus par focus group, qui sont redéfinis et validés par une méthode de consensus, la méthode Delphi.

Les autres références retenues(25)(26) sont des articles, canadiens là aussi, traitant de l'élaboration d'outils pédagogiques compatibles avec le paradigme d'apprentissage, à partir des données du référentiel de compétences canadien CanMEDS-MF. Ces projets de recherche s'intègrent dans le cadre du cursus « Triple C », qui a pour vocation d'élaborer les objectifs d'évaluation des compétences en situation authentique. Là aussi, les méthodes de consensus ont été utilisées.

Ce travail de recherche bibliographique spécifique nous a permis de nous orienter vers une méthodologie basée sur les méthodes de consensus.

### 3.3.2 Une méthodologie en trois étapes

Les méthodes de consensus font partie du domaine de la recherche qualitative. Il s'agit de méthodes de recueil de l'information et de gestion des discordances scientifiques destinées à déterminer le niveau d'accord au sein d'un groupe donné(27). La construction d'une situation de soins types a nécessité d'obtenir le consensus d'un groupe de travail sur deux paramètres : les intitulés des situations de soins types, et leur contenu. Notre méthodologie a donc reposé sur trois étapes distinctes:

- ❖ Première étape : Constitution d'un groupe d'experts
- ❖ Deuxième étape : Détermination de l'intitulé des situations de soins types
- ❖ Troisième étape : Validation du contenu des situations de soins types

## **3.4 Première étape : Constitution du groupe d'experts**

Nous avons décidé de baser les consensus sur l'expérience des professionnels exposés aux types de situations explorées dans notre référentiel.

### 3.4.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- être titulaire du diplôme de docteur en médecine
- exercer ou avoir exercé la médecine générale

- être impliqué dans la pratique d'actes de gynécologie en soins primaires (part de l'activité de gynécologie significative, formation médicale continue, exercice en centre de planning familial) et être confronté quotidiennement à au moins l'un des motifs de consultation suivant : suivi de grossesse, dépistage gynécologique, contraception, vulvo-vaginite et ménopause.
- accessoirement être impliqué dans la formation des internes de MG

### 3.4.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- ne pas effectuer quotidiennement des actes de gynécologie
- le refus immédiat de participer à l'ensemble de l'étude
- le fait d'être investigateur de l'étude

### 3.4.3 Prise de contact

Le mode d'accès aux participants s'est fait par mail, contact téléphonique ou rencontre individuelle, selon la technique d'échantillonnage de la « boule de neige »(27). Il s'agit d'une méthode de recrutement de proche en proche, où à partir des connaissances personnelles des investigateurs de l'étude, et de celles des premières personnes recrutées, les médecins correspondant aux critères d'inclusion sont recrutés.

En cas d'accord tacite ou de marque d'intérêt pour notre travail, ils ont reçu par courriel un document expliquant les grandes lignes du projet (Annexe n°2) avec le référentiel métier et compétences du CNGE 2009. Un retour confirmant leur participation à l'étude était demandé pour les inclure dans le groupe de travail.

### 3.4.4 Déroulement de la première étape

La phase de recrutement des experts s'est échelonnée du 18 novembre 2011 au 3 février 2012, par plusieurs vagues successives. Au total, 29 personnes ont reçu le document présentant le projet, et 15 ont accepté de participer à l'étude.

## **3.5 Deuxième étape : Détermination des intitulés des situations de soins types**

### **3.5.1 Choix des thèmes**

Avant de choisir un intitulé de soin type de gynécologie, il a d'abord fallu circonscrire les thèmes de prise en charge spécifiques de la population féminine adaptés au métier de médecin généraliste. Afin d'être en accord avec cette exigence, nous nous sommes basés sur les données de l'observatoire épidémiologique de la SFMG(28) en sélectionnant les cinq thèmes de gynécologie les plus fréquemment rencontrés en médecine générale :

Tableau n°3 : Motifs de consultation de gynécologie en médecine générale les plus fréquents (d'après l'Observatoire de la Médecine Générale-SFMG)

<b>Classement par ordre de fréquence</b>	<b>Motif gynécologique en médecine générale</b>
<b>Rang 1</b>	Examen de dépistage et de prévention
<b>Rang 15</b>	Contraception
<b>Rang 60</b>	Grossesse
<b>Rang 63</b>	Vulvite-vaginite
<b>Rang 79</b>	Ménopause

### **3.5.2 Choix de la méthode de consensus**

Nous nous sommes inspirés de la procédure Delphi pour aboutir à un consensus sur l'intitulé des situations de soins types.

Il s'agit d'une méthode de consensus développée en 1948 par des sociologues américains, initialement pour déterminer quelles seraient les villes touchées en cas d'attaque nucléaire (faisant alors référence à l'oracle de Delphes). Elle est itérative et interactive, et peut être résumée ainsi(29):

- Des experts (représentatifs des connaissances, impartiaux mais impliqués et intéressés) sont consultés de manière individuelle et anonyme (afin d'éviter les biais sociologiques de pression du groupe).

- La taille du groupe est en général d'au moins 10 participants.
- Un questionnaire structuré leur est envoyé.
- Le premier tour est ouvert et exploratoire.
- On leur demande de donner leur avis, éventuellement de manière argumentée.
- Ils renvoient le questionnaire.
- L'ensemble des questionnaires est alors analysé par le « promoteur », qui renvoie le questionnaire avec les résultats classés par ordre de fréquence ainsi que le rappel de sa propre réponse.
- Le processus est alors répété jusqu'à obtenir un consensus de la part des experts, en général 2 à 4 tours, c'est à dire quand il y a au moins une diminution du nombre de remarques, au mieux quand il n'y a plus de nouvelle remarque.

### 3.5.3 Mise en forme des questionnaires

#### 3.5.3.1 Premier questionnaire

Afin de trouver un compromis entre dispersion et restriction des propositions, nous avons considéré que chaque intitulé de situation était constitué de 3 composantes :

- ❖ les caractéristiques biopsychosociales de la patiente.
- ❖ les caractéristiques du contexte de la consultation.
- ❖ les caractéristiques de la ou des demande(s) de soin(s)

La procédure itérative a porté sur ces trois composantes. Pour faciliter la compréhension et l'analyse ultérieure, le questionnaire a été présenté sous forme d'un tableau, où les thèmes de consultation étaient présentés horizontalement, et les composantes de la situation de soin type verticalement, accompagné d'une colonne « argumentaire ».

Il était demandé au groupe de travail d'indiquer les composantes des intitulés des situations qui, selon leur expérience professionnelle, généraient une situation répondant aux caractéristiques des situations d'observation compatible avec l'évaluation des compétences dans le paradigme d'apprentissage (authentique, spécifiquement professionnelle, problématique, emblématique et génératrice de tâche intégratrice). Le questionnaire était accompagné d'une introduction concise et de l'explicitation des résultats attendus, dans un

vocabulaire compréhensible, accompagné d'un exemple. (Annexe n°3). L'ensemble des questionnaires a été envoyé individuellement pour garantir l'anonymat des réponses

Tableau n°4: premier questionnaire du Delphi

THEME	Caractéristiques de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soin	Argumentaire (facultatif)
Examen de dépistage et de prévention				
Contraception				
Grossesse				
Vulvite-vaginite				
Ménopause				

### 3.5.3.2 Questionnaires suivants

Après l'obtention des résultats du premier Delphi, il a été fait une analyse des résultats en classant les réponses par ordre de fréquence. L'argumentaire demandé lors du premier tour nous a été utile pour la deuxième étape de l'étude (élaboration du contenu des situations), et pour préciser la composante indiquée en cas de résultat imprécis.

Les résultats, accompagnés des consignes (Annexe n°4), ont été présentés là aussi sous forme de tableau, un par thème, de la manière suivante :

Tableau n°5 : Exemple de questionnaire du deuxième tour du Delphi sur le thème « Contraception »

**THEME N°X : Contraception**

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	-Patiente de moins de 18 ans : xx% -Femme adulte non ménopausée : xx% -Pas de réponse précise : xx%	-Programmée, venant seule : xx% -Programmée par la mère : xx% -En urgence (oubli de pilule) : xx% -Pas de réponse précise : xx%	-Première contraception : xx% -Changement de contraception : xx% -Renouvellement de pilule : xx% -Motif non gynécologique (certificat de sport): xx% - Crainte de grossesse : xx% -Pas de réponse précise : xx%
Rappel de vos réponses			
Votre réponse au vu de ces éléments			

La procédure a été répétée jusqu'à ce que l'ensemble des composantes des situations de soins types soit renseigné par plus de 50% des experts. En cas de composante indiquée par plus de 70% des experts dès le premier tour, les cellules correspondantes ont été condamnées et la procédure ne s'est appliquée qu'aux autres caractéristiques :

Tableau n°6: exemple de questionnaire du deuxième tour du Delphi sur le thème « Grossesse »

**THEME N°X : Grossesse**

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristique du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	-Pas de réponse précise : xx% -Femme de 30 à 38 ans : xx% -Femme d'une vingtaine d'année : xx%	-Grossesse désirée, programmée : > xx%	-Initiation du suivi de grossesse : >xx% -Déclaration de grossesse : xx%
Rappel de vos réponses		CONSENSUS	CONSENSUS
Votre réponse au vu de ces éléments		CONSENSUS	CONSENSUS

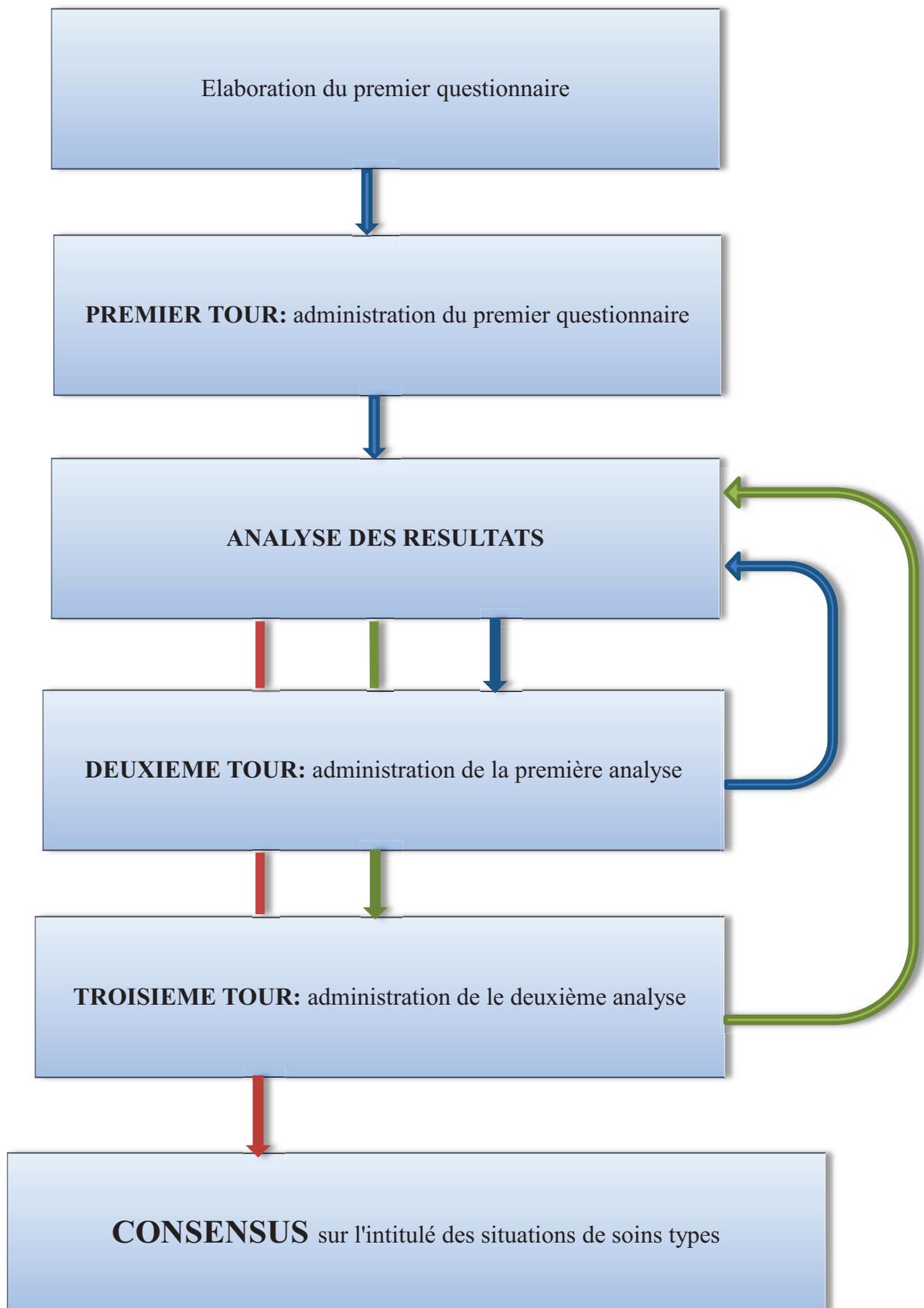
Les résultats ainsi obtenus étaient à la base de l'analyse pour l'élaboration des intitulés des situations de soins types.

### 3.5.4 Déroulement de la deuxième étape

La procédure Delphi s'est déroulée en trois tours :

- ❖ 1<sup>er</sup> tour du 19 novembre 2011 (dès la réception de l'accord par courriel des premiers experts recrutés) au 25 mars 2012 : 15 experts
- ❖ 2<sup>ème</sup> tour du 26 mars 2012 au 6 mai 2012 (perte de deux experts à l'occasion de ce tour) : 13 experts
- ❖ 3<sup>ème</sup> tour du 3 juin 2012 au 18 juin 2012 : 13 experts

### 3.5.5 Schéma récapitulatif



## **3.6 Troisième étape : Elaboration du contenu des situations de soins types**

### **3.6.1 Choix de la méthode de consensus**

La méthode utilisée pour l'élaboration et la validation du contenu des situations de soins types est inspirée d'une méthode employée par l'HAS pour valider des recommandations(30) : la procédure Rand/Ucla ou de consensus formalisé. Nous avons procédé à quatre phases successives :

- ❖ Première phase : élaboration d'un contenu provisoire des situations de soins types.
- ❖ Deuxième phase : analyse de ce contenu par les experts
- ❖ Troisième phase : analyse des items rajoutés ou de désaccord
- ❖ Quatrième phase : Rédaction du consensus finalisé

### **3.6.2 Déroulé de la troisième étape**

#### 3.6.2.1 Phase préparatoire

L'objectif de cette étape était d'aboutir à un premier contenu des situations. Pour cela, nous avons d'abord procédé à une revue de la littérature pour chacun des cinq thèmes, en utilisant comme bases de données les recommandations de l'HAS, des sociétés savantes francophones et d'organismes de prévention (INPES, IGAS,...) et certains éléments indiqués dans l'argumentaire du résultat du premier tour du Delphi (Annexe n°5).

Le contenu des consultations a été réalisé en suivant le canevas utilisé dans le référentiel métier et compétences du CNGE. Nous avons explicité entre parenthèse la signification des quatre dernières étapes du déroulé de consultation, afin de s'entendre sur les résultats attendus. En effet, au cours de la phase préparatoire, il était apparu aux investigateurs que la distinction entre « *Effectuer un suivi et assurer la prise en charge* » et « *Effectuer un suivi en temps différé* » prêtait à confusion, et risquait de rendre imprécises les réponses lors de la validation du contenu des situations de soins types. Elles ont donc été suivies, respectivement, des mentions (*du résultat de consultation*) et (*de toutes les caractéristiques de la patiente*).

Tableau n°7 : Canevas d'élaboration du contenu des situations de soins types :

<b>Thème et intitulé de la situation de soins types</b>	
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)	
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)	
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	
<b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)	

La phase préparatoire s'est déroulée de septembre 2011 (lecture de la littérature scientifique concernant les thèmes abordés) à juin 2012 (élaboration du contenu des situations de soins types adaptées aux intitulés obtenus par le Delphi).

### 3.6.2.2 Première phase exploratoire

Les tableaux, un par thème, ont été envoyés par mail aux experts. Ils ont eu pour consigne (Annexe n°5), dans chacune des cellules du tableau :

- en cas d'accord global : de l'indiquer par une marque d'adhésion (« ok », « d'accord »...).
- en cas de désaccord sur un point de la consultation : de faire ressortir l'élément de désaccord en y associant un argumentaire.
- en cas d'identification d'un oubli dans le document préparatoire : de nous l'indiquer dans la cellule correspondant à la phase de consultation souhaitée.

Il était demandé aux experts de se mettre en situation de contexte pour aborder les consultations types, afin de nous faire part de ce qu'ils font en consultation plutôt que de nous rappeler les recommandations de bonne pratique.

Tableau n°8 : Trame du premier questionnaire du consensus formalisé

<b>Thème et intitulé de la situation de soins types</b>		
	<b>NOS PROPOSITIONS</b>	<b>VOS PROPOSITIONS</b>
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>		
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)		
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)		
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)		
<b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)		

La première phase exploratoire s'est déroulée du 2 juillet 2012 au 14 août 2012 (date limite fixée au préalable). Cinq experts n'ont pas pu renvoyer le questionnaire faute de temps.

### 3.6.2.3 Deuxième phase exploratoire

Après analyse des résultats, ont été relevés les éléments (ou items) des situations de soins types qui n'ont pas fait consensus, à savoir :

- ❖ ceux qui ont fait l'objet d'une marque de désaccord
- ❖ ceux qui ont été rajoutés par les experts

Ils ont ensuite été discutés avec l'ensemble des membres du groupe de travail, et en fonction du pourcentage d'adhésion de l'élément correspondant, ils ont été intégrés au référentiel.

Il leur était demandé (Annexe n°7), pour chaque item, de dire s'ils donnaient leur accord à la proposition ou non. Le questionnaire était constitué de deux fichiers :

- ❖ L'un présentait les items rajoutés par le panel, avec la demande d'adhésion ou non correspondante (par une croix devant le choix effectué), sous la forme d'un tableau par situation de soins types.
- ❖ L'autre présentait les items de désaccord exprimés par le panel, sous la forme d'un tableau par situation de soins types.

En cas d'absence d'élément rajouté ou de marque de désaccord, cela était notifié dans la cellule de l'étape correspondante.

Tableau n°9 : Forme du questionnaire de la deuxième phase exploratoire

<b>Thème et intitulé de la situation de soins types</b>		
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	Item 1	-D'accord : <b>x</b> -Pas d'accord :
	Item 2	-D'accord : -Pas d'accord : <b>x</b>
	Item 3	-D'accord : <b>x</b> -Pas d'accord :
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié (ce qui va amener au résultat de consultation)</b>	Item 1	-D'accord : <b>x</b> -Pas d'accord :
	Item 2	-D'accord : -Pas d'accord : <b>x</b>
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)</b>	Pas de point de désaccord ou d'élément rajoutés	
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)</b>	Item 1	-D'accord : -Pas d'accord : <b>x</b>
	Item 2	-D'accord : <b>x</b> -Pas d'accord :
	Item 3	-D'accord : <b>x</b> -Pas d'accord :
	Item 4	-D'accord : -Pas d'accord : <b>x</b>
<b>Effectuer un suivi en temps différé (des autres caractéristiques de la patiente)</b>	Pas de point de désaccord ou d'éléments rajoutés	

Cette étape s'est déroulée du 16 août 2012 au 16 septembre 2012.

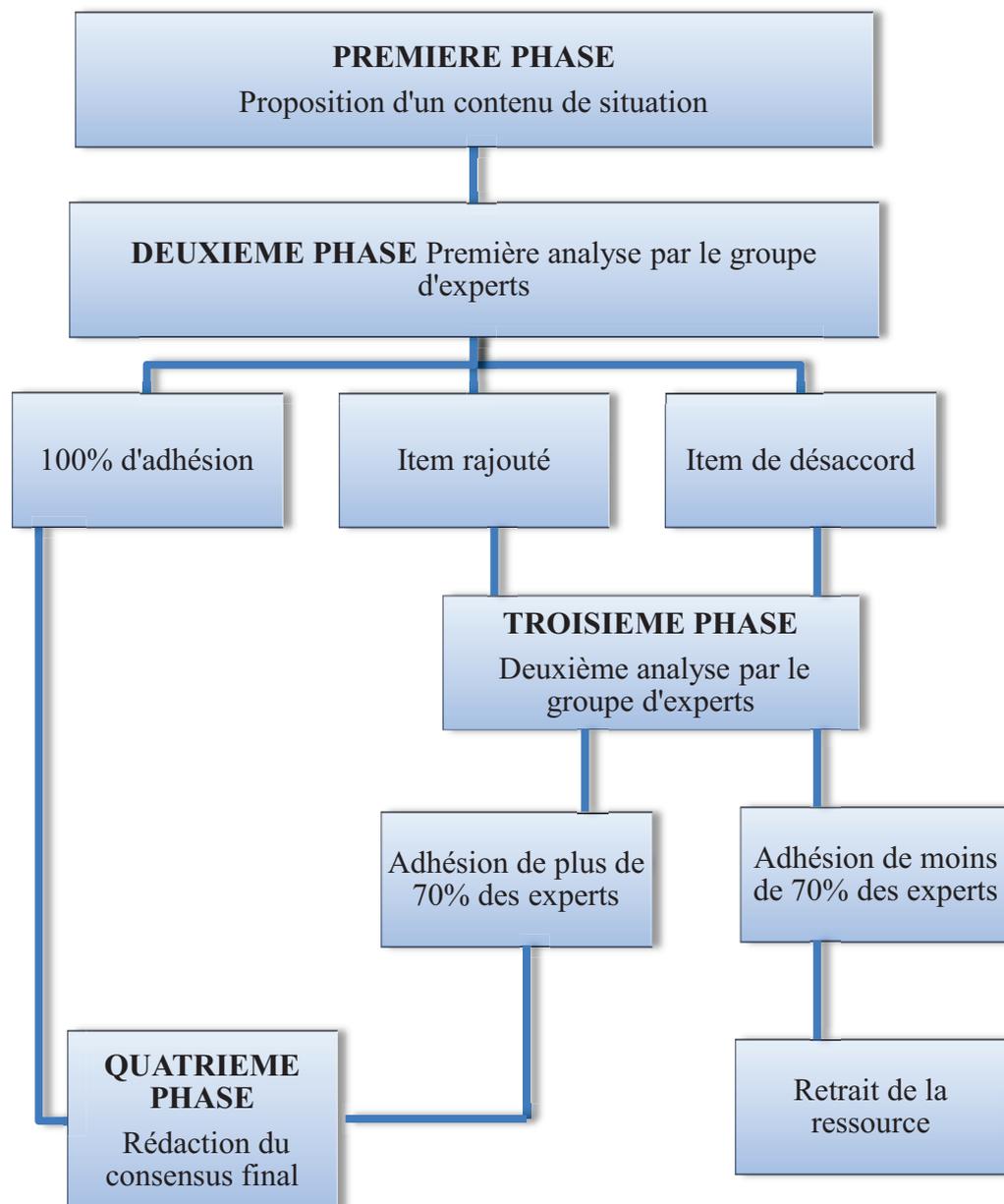
#### 3.6.2.4 Synthèse des résultats et rédaction du consensus

Les contenus de situations de soins types ont été finalisés en compilant les composantes de consultation type acceptées dès la première phase exploratoire, ainsi que les éléments

proposés par un ou plusieurs membres du groupe de travail, faisant l'objet d'un consensus de plus de 70% des experts.

Cette phase de rédaction du consensus s'est déroulée du 20 août 2012 (début de la synthèse des résultats) au 23 septembre 2012 (rédaction du consensus).

### 3.6.3 Schéma Récapitulatif



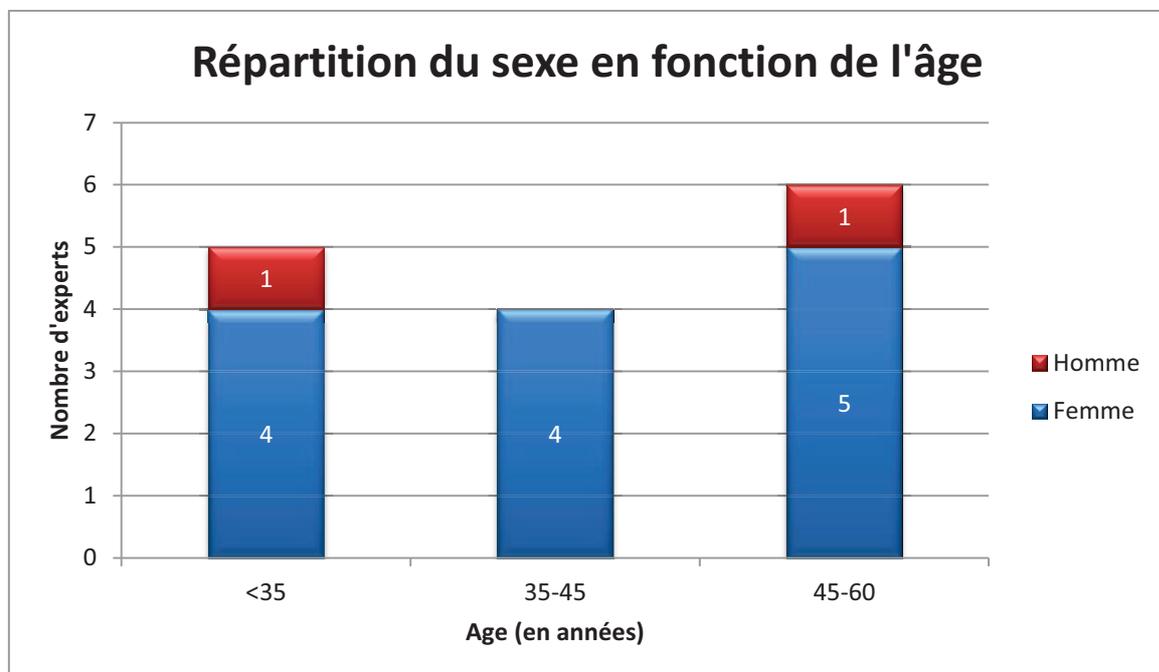
## 4. RESULTATS-ANALYSE

---

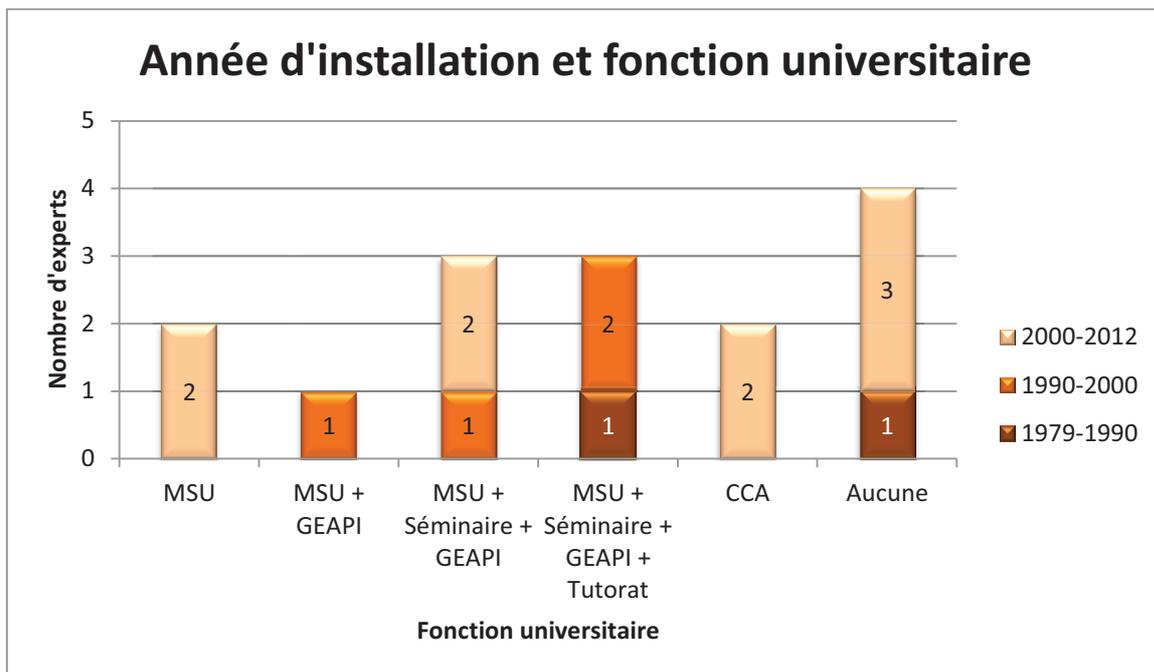
### 4.1 Détermination des intitulés des situations de soins types

#### 4.1.1 Caractéristiques du groupe de travail initial

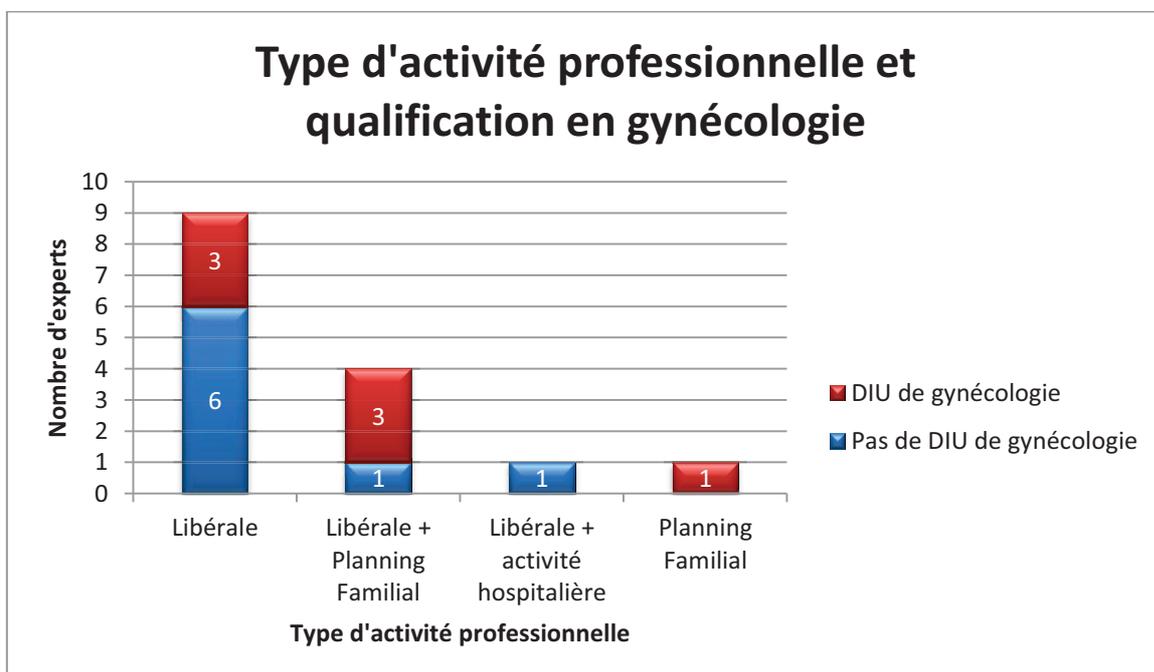
Sur les 29 experts contactés, 15 ont accepté de participer à l'étude (taux de réponse de 51,7%).



La population féminine représentait 86,7% de l'échantillon. La moyenne d'âge était de 40 ans, avec des extrêmes allant de 29 à 60 ans.



11 experts (73,3%) exerçaient une activité d'enseignement auprès d'IMG.



46,7 % des experts possédaient le DIU de gynécologie.

## 4.1.2 Déroulé du Delphi

### 4.1.2.1 Analyse des résultats du premier tour

Afin de rendre l'interprétation fonctionnelle, il a été nécessaire de catégoriser les réponses en termes génériques, afin de les uniformiser en prenant soin de ne pas en modifier le sens. Prenons comme exemple le thème « ménopause ». Les caractéristiques suivantes indiquées dans la catégorie « demande de soins » : « *bouffées de chaleur* », « *bouffées de chaleur, et plainte de baisse de la libido* », « *troubles climatériques* », « *bouffées de chaleur, irritabilité, prise de poids* » ont été regroupées sous le terme générique : « *Troubles climatériques comme motif principal* ». Lorsque il était indiqué « *vient pour son frottis et prescription mammo ; se plaint de troubles de l'humeur et de baisse de la libido* », « *demande de confirmation de ménopause, frottis et demande de traitement de prise en charge des symptômes* », ces caractéristiques ont été regroupées sous le terme générique « *Troubles climatériques comme motif annexe* » associé à certains motifs annexes entre parenthèse pour rendre compréhensible cette distinction.

Cette catégorisation a été particulièrement nécessaire pour les caractéristiques liées à la patiente, en particulier en ce qui concerne son âge. En effet, faire une distinction entre « *19 ans* » et « *22 ans* » n'apporterait pas de sens et rendrait la procédure plus longue, le temps que le consensus sur un âge précis intervienne. Pour contourner cette difficulté, il a été décidé de regrouper les âges en catégories, en fonction du thème proposé. Ainsi, pour le thème « *examens de prévention et de dépistage* », tous les âges depuis la puberté jusqu'à 25 ans ont été regroupé sous le terme générique « *Adolescente-25 ans* », afin de faire émerger l'âge de recommandation du dépistage de cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin. Nous avons fait de même pour les autres thèmes, ou les bornes d'âge ont été choisies pour leurs implications cliniques. Il n'a toutefois pas été possible de faire émerger toutes les périodes « *charnières* » de la vie médicale d'une femme, certaines propositions étant plus floues (« *périménopause* », « *femme à partir de 40 ans* », ...).

En l'absence de réponse ou en cas de réponses trop imprécises (« *femme de 14 à 40 ans* »), elles étaient intégrées sous le terme générique « *pas de réponse précise* ».

Lorsqu'il n'était pas possible d'intégrer une réponse adaptée à la question, celle-ci était indiquée comme « *pas de réponse précise* ».

L'utilisation des termes génériques nous a permis de dresser les résultats suivants, sous forme de tableau, où les pourcentages représentent la proportion d'experts ayant indiqué la caractéristique associée :

Tableau n°10 : Résultats du 1<sup>er</sup> tour du Delphi pour le thème « Examen de dépistage et de prévention

**THEME N°1 : Examen de dépistage et de prévention**

	<b>Caractéristiques de la patiente</b>	<b>Caractéristiques du contexte</b>	<b>Caractéristiques de la demande de soins</b>
<b>Réponse de l'ensemble des participants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adolescente-25 ans : 40%</li> <li>-25-40 ans : 20%</li> <li>-50-74 ans : 20%</li> <li>-40 -50 ans: 13,3%</li> <li>-pas de réponse : 6,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consultation programmée: 66,6%</li> <li>-En urgence, seule : 26,7%</li> <li>-En urgence, accompagnée des parents : 6,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Motif gynécologique de routine (renouvellement de CO, dépistage...) : 33,3%</li> <li>-Examen de routine (certif de sport, vaccin, renouvellement...): 26,7%</li> <li>-Affection gynécologique (Suspicion d'IST, métrorragies post IVG...) : 20%</li> <li>-Suite à des rapports non protégés : 13,3%</li> <li>-Affection non gynécologique (souffrance psycho-sociale) : 6,7%</li> </ul>
<b>Etat du consensus</b>	<b>Résultats à affiner</b>	<b>Résultats à affiner</b>	<b>Résultats à affiner</b>

Tableau n°11: Résultats du 1<sup>er</sup> tour du Delphi pour le thème « Contraception »

**THEME N°2 : Contraception**

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Patiente de moins de 18 ans : 46,6%</li> <li>-Femme adulte non ménopausée : 26,7%</li> <li>-Pas de réponse précise : 26,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Programmée, venant seule : 66,6%</li> <li>-Programmée par la mère : 20%</li> <li>-En urgence (oubli de pilule) : 6,7%</li> <li>-Pas de réponse précise : 6,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Première contraception : 46,6%</li> <li>-Changement de contraception : 20%</li> <li>-Renouvellement de pilule : 13,3%%</li> <li>-Motif non gynécologique (certificat de sport): 6,7%</li> <li>- Crainte de grossesse : 6,7%</li> <li>-Pas de réponse précise : 6,7%</li> </ul>
Etat du consensus	Résultats à affiner	Résultats à affiner	Résultats à affiner

Tableau n°12: Résultats du 1<sup>er</sup> tour du Delphi pour le thème « Grossesse »

**THEME N°3 : Grossesse**

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristique du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas de réponse précise : 40%</li> <li>-Femme de 30 à 38 ans : 20%</li> <li>-Femme de moins de 20 ans : 13,3%</li> <li>-Femme d'une vingtaine d'année : 13,3%</li> <li>-Femme de plus de 38 ans : 6,7%</li> <li>-Femme de 30 ans aux antécédents de MFIU : 6,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Grossesse désirée, programmée : 60%</li> <li>-Grossesse désirée, programmée, en milieu rural : 13,2%</li> <li>-Grossesse de découverte tardive : 6,7%</li> <li>-En urgence dans le cadre d'une grossesse désirée : 6,7%</li> <li>-En urgence dans me cadre d'une grossesse non désirée : 6,7%</li> <li>-pas de réponse précise : 6,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Initiation du suivi de grossesse : 33,3%</li> <li>-Déclaration de grossesse : 26,7%</li> <li>-Suivi de grossesse : 13,3%</li> <li>-Pas de réponse précise : 13,3%</li> <li>-Métrorragie du premier trimestre : 6,7%</li> <li>-Demande d'IVG : 6,7%</li> </ul>
Etat du consensus	Résultats à affiner	Résultats à affiner	Résultats à affiner

Tableau n°13: Résultats du 1<sup>er</sup> tour du Delphi pour le thème « Vulvite-vaginite »

**THEME N°4 : Vulvite-vaginite**

	<b>Caractéristique de la patiente</b>	<b>Caractéristiques du contexte</b>	<b>Caractéristiques de la demande de soins</b>
<b>Réponse de l'ensemble des participants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Femme en période d'activité génitale : 66,7%</li> <li>-Pas de réponse précise : 13,3%</li> <li>-Petite fille : 13,3%</li> <li>-Femme ménopausée : 6,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Premier recours : 66,7%</li> <li>-Motif récurrent : 26,6%</li> <li>-Programmée : 6,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dyspareunie, leucorrhée, brûlures vaginales, douleurs pelviennes... : 46,6%</li> <li>-Echec d'un traitement précédent : 13,3%</li> <li>-Erythème vulvaire : 13,3%</li> <li>-Leucorrhées, après conseil de la pharmacie : 6,7%</li> <li>-Mycoses prémenstruelles chez une porteuse de DIU : 6,7%</li> <li>-Récidives fréquentes : 6,7%</li> <li>-Douleurs abdominales et prurit chez une porteuse de DIU : 6,7%</li> </ul>
<b>Etat du consensus</b>	<b>Résultats à affiner</b>	<b>Résultats à affiner</b>	<b>Résultats à affiner</b>

Tableau n°14: Résultats du 1<sup>er</sup> tour du Delphi pour le thème « Ménopause »

**THEME N°5 : Ménopause**

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponses de l'ensemble des participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Femme de plus de 45 ans : <b>80%</b></li> <li>-En péri-ménopause : 18,2%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consultation programmée chez une patiente connue : 46,6%</li> <li>-Pas de réponse précise : 33,3%</li> <li>-Consultation programmée chez une patiente non connue : 6,7%</li> <li>-Consultation programmée sur conseil de l'entourage : 6,7%</li> <li>-Consultation programmé suite à l'échec d'un traitement antérieur : 6,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Troubles climatériques comme motif principal : 60%</li> <li>-Troubles climatérique comme motif annexe (Renouvellement de traitement, examen de dépistage, demande de confirmation de ménopause...) : 20%</li> <li>-Découverte d'une anomalie sur une ostéodensitométrie</li> <li>-Dysménorrhée : 6,7%</li> <li>-Pas de réponse précise : 6,7%</li> </ul>
Etat du consensus	<b>CONSENSUS</b>	Résultats à affiner	Résultats à affiner

A l'issue du premier tour du Delphi, le consensus n'a été obtenu que sur la composante « caractéristiques de la patiente » dans le thème « ménopause », la proportion d'expert l'ayant choisie dépassant les 70%.

L'ensemble des résultats étaient renvoyés aux participants, avec les termes génériques et leur pourcentage de répondants associés, ainsi que le rappel de leur réponse correspondant au terme générique.

#### 4.1.2.2 Analyse des résultats du deuxième tour

Tableau n°15: Résultats du 2<sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Examen de dépistage et de prévention »

#### THEME N°1 : Examen de dépistage et de prévention

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adolescente-25 ans : 46,2%</li> <li>-25-40 ans : 23%</li> <li>-40-50 ans : 7,7%</li> <li>-50-74 ans : 7,7%</li> <li>-pas de réponse précise: 7,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consultation programmée: 84,6%</li> <li>-En urgence, seule : 7,7%</li> <li>-En urgence, accompagnée des parents : 7,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examen de routine (certif de sport, vaccin, renouvellement...): 46,15%</li> <li>-Motif gynécologique de routine (renouvellement de CO, dépistage...): 46,15%</li> <li>-Suite à des rapports non protégés : 7,7%</li> </ul>
Etat du consensus	Résultats à affiner	<b>CONSENSUS</b>	Résultats à affiner

Tableau n°16: Résultats du 2<sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Contraception »

#### THEME N°2 : Contraception

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Patiente de moins de 18 ans : 69,2%</li> <li>-Pas de réponse précise : 23,1%</li> <li>-Femme adulte non ménopausée : 7,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Programmée, venant seule : 69,2%</li> <li>-Programmée par la mère : 15,4%</li> <li>-En urgence (oubli de pilule) : 7,7%</li> <li>-Pas de réponse précise : 7,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Première contraception : 69,2%</li> <li>-Changement de contraception : 7,7%</li> <li>-Renouvellement de pilule : 7,7%</li> <li>-Motif non gynécologique (certificat de sport): 7,7%</li> <li>-Crainte de grossesse : 7,7%</li> </ul>
Etat du consensus	<b>CONSENSUS</b>	<b>CONSENSUS</b>	<b>CONSENSUS</b>

Tableau n°17: Résultats du 2<sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Grossesse »

**THEME N°3 : Grossesse**

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristique du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	-Pas de réponse précise : 46,1% -Femme de 30 à 38 ans : 38,5% -Femme d'une vingtaine d'année : 15,4%	-Grossesse désirée, programmée : 100%	-Initiation du suivi de grossesse : 61,5% -Déclaration de grossesse : 38,5%
Etat du consensus	Résultats à affiner	<b>CONSENSUS</b>	<b>CONSENSUS</b>

Tableau n°18: Résultats du 2<sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Vulvite-vaginite »

**THEME N°4 : Vulvite-vaginite**

	Caractéristique de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	-Femme en période d'activité génitale : 92,3% -Petite fille : 7,7%	-Premier recours : 76,9% -Motif récurrent : 23,1%	-Dyspareunie, leucorrhée, brûlures vaginales, douleurs pelviennes... : 84,6% -Echec d'un traitement précédent : 7,7% -Erythème vulvaire : 7,7%
Etat du consensus	<b>CONSENSUS</b>	<b>CONSENSUS</b>	<b>CONSENSUS</b>

Tableau n°19: Résultats du 2<sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Ménopause »

**THEME N°5 : Ménopause**

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponses de l'ensemble des participants	-Femme de plus de 45 ans : <b>80%</b> -En péri-ménopause : 18,2%	-Consultation programmée chez une patiente connue : <b>100%</b>	-Troubles climatériques comme motif principal : <b>76,9%</b> -Troubles climatérique comme motif annexe (Renouvellement de traitement, examen de dépistage, demande de confirmation de ménopause...) : 23,1%
Etat du consensus	<b>CONSENSUS</b>	<b>CONSENSUS</b>	<b>CONSENSUS</b>

4.1.2.3 Analyse des résultats du troisième tour, élaboration des intitulés des situations de soins types

A partir des caractéristiques obtenues, il nous a été possible de construire les intitulés de situations de soins type :

Tableau n°20: Résultats du 3<sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Examen de dépistage et de prévention »

**THEME N°1 : Examen de dépistage et de prévention**

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	-Adolescente-25 ans : <b>76,9%</b> -25-40 ans : 7,7% -40-50 ans: 7,7% -pas de réponse précise : 7,7%	-Consultation programmée: <b>84,6%</b> -En urgence, seule : 7,7% -En urgence, accompagnée des parents : 7,7%	-Examen de routine : <b>53,8%</b> -Motif gynécologique de routine : 38,5% -pas de réponse précise : 7,7%
Réponses retenues	Adolescente-25 ans	Consultation programmée	Examen de routine
Intitulé obtenu	Abord des questions de dépistage et prévention chez une femme de 21 ans consultant pour établir un certificat de non contre-indication à la pratique du tennis		

Tableau n°21: Résultats du 3<sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Contraception »

**THEME N°2 : Contraception**

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	-Patiente de moins de 18 ans : 69,2% -Pas de réponse précise : 23,1% -Femme adulte non ménopausée : 7,7%	-Programmée, venant seule : 69,2% -Programmée par la mère : 15,4% -En urgence (oubli de pilule) : 7,7% -Pas de réponse précise : 7,7%	-Première contraception : 69,2% -Changement de contraception : 7,7% -Renouvellement de pilule : 7,7% -Motif non gynécologique (certificat de sport): 7,7% -Crainte de grossesse : 7,7%
Réponses retenues	Patiente de moins de 18 ans	Consultation programmée, venant seule	Première contraception
Intitulé obtenu	Jeune fille de 17 ans venant seule en consultation pour « commencer la pilule »		

Tableau n°22: Résultats du 3<sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Grossesse »

**THEME N°3 : Grossesse**

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristique du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	-Femme de 30 à 38 ans : 61,5% -Femme d'une vingtaine d'année : 23,1% -Pas de réponse précise : 15,4%	-Grossesse désirée, programmée : 100%	-Initiation du suivi de grossesse : 61,5% -Déclaration de grossesse : 38,5%
Réponses retenues	Femme de 30 à 38 ans	Grossesse désirée programmée	Initiation du suivi de grossesse
Intitulé obtenu	Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif, suite à un arrêt de pilule volontaire depuis 8 mois		

Tableau n°23: Résultats du 3<sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Vulvite-vaginite»

**THEME N°4 : Vulvite-vaginite**

	Caractéristique de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	-Femme en période d'activité génitale : 92,3% -Petite fille : 7,7%%	-Premier recours : 76,9% -Motif récurrent : 23,1%	-Dyspareunie, leucorrhée, brulures vaginales, douleurs pelviennes... : 84,6% -Echec d'un traitement précédent : 7,7% -Erythème vulvaire : 7,7%
Réponses retenues	Femme en période d'activité génitale	Premier recours	Dyspareunie, leucorrhée, brulures vaginales, douleurs pelviennes...
Intitulé obtenu	Femme de 36 ans non connue du cabinet, en raison d'un rendez-vous rapide impossible avec son médecin traitant, consultant devant des leucorrhées et des douleurs pelviennes depuis 2 jours		

Tableau n°24: Résultats du 3<sup>ème</sup> tour du Delphi pour le thème « Ménopause»

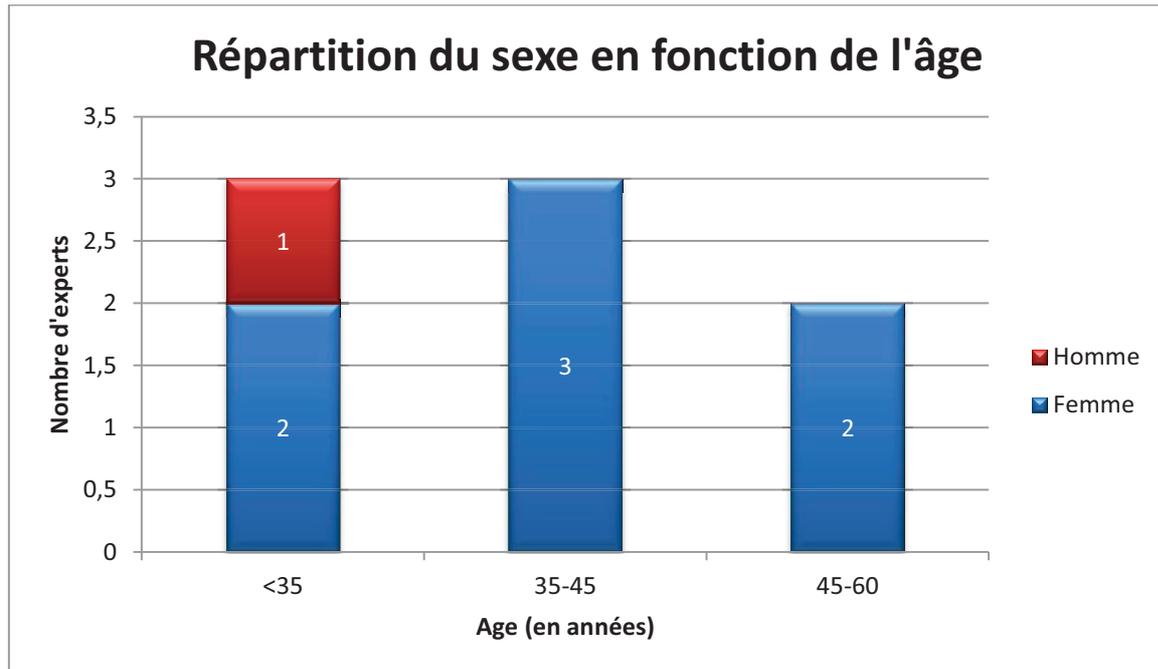
**THEME N°5 : Ménopause**

	Caractéristiques de la patiente	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponses de l'ensemble des participants	-Femme de plus de 45 ans : 80% -En péri-ménopause : 18,2%	-Consultation programmée chez une patiente connue : 100%	-Troubles climatériques comme motif principal : 76,9% -Troubles climatérique comme motif annexe (Renouvellement de traitement, examen de dépistage, demande de confirmation de ménopause...) : 23,1%
Réponses retenues	Femme de plus de 45 ans	Consultation programmée chez une patiente connue	Troubles climatériques comme motif principal
Intitulé obtenu	Bouffées de chaleur incommodantes chez une patiente de 53 ans suivie depuis longtemps au cabinet		

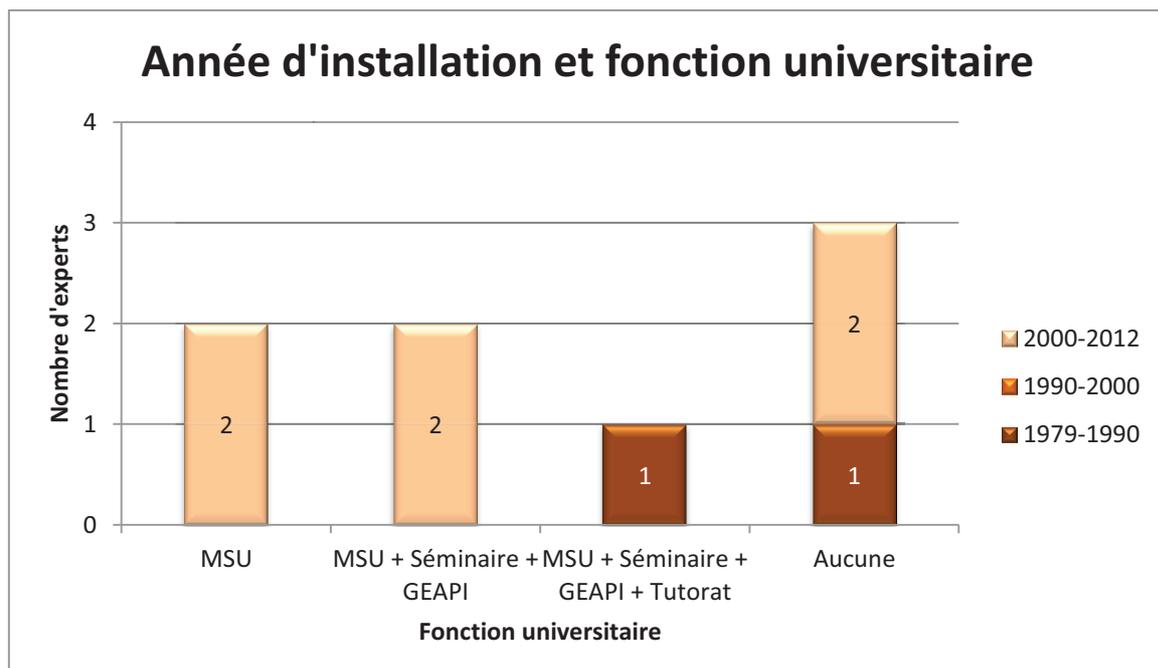
## 4.2 Validation du contenu des situations de soins types

### 4.2.1 Caractéristiques du groupe de travail

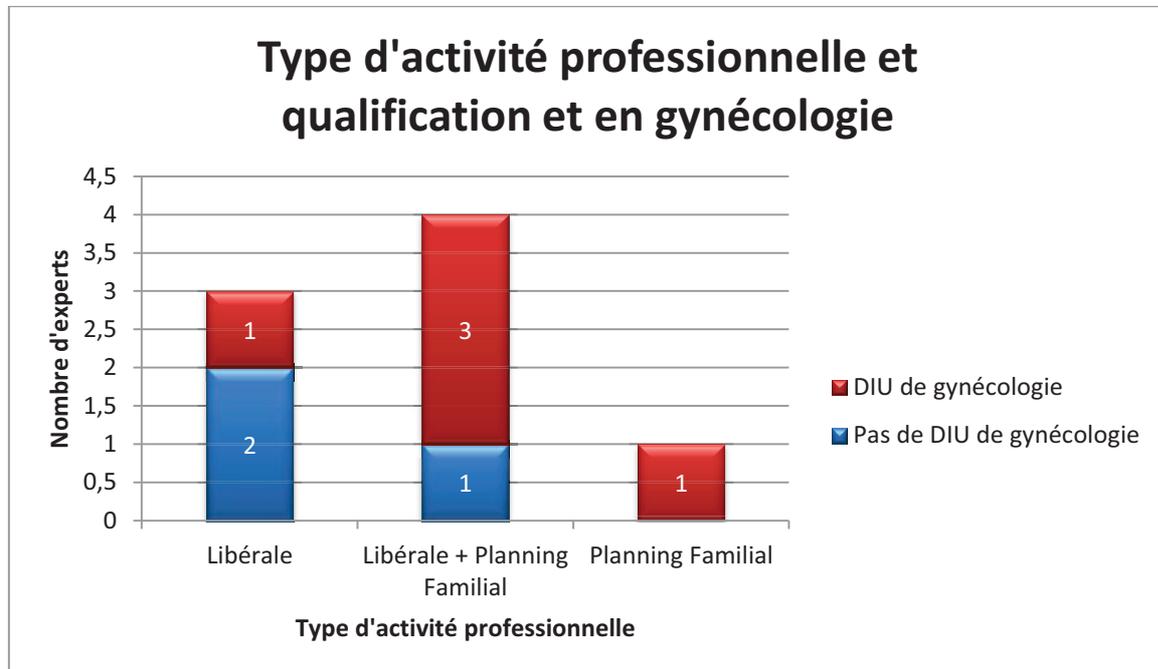
7 participants n'ont pas pu poursuivre l'étude, pour des raisons de dépassement de délai après l'administration du contenu provisoire des situations de soins types, malgré les rappels courriels ou téléphoniques. Les caractéristiques de l'échantillon s'en sont trouvées modifiées :



La moyenne d'âge de cet échantillon était de 41,3 ans, avec des extrêmes allant de 32 à 60 ans.



Sur les 3 experts n'ayant pas de fonction universitaire, deux travaillaient en centre de planification familiale. Le taux de participant exerçant un rôle d'enseignement est passé de 73,3 à 62,5%.



En revanche, le taux d'experts possédant le DIU de gynécologie est passé de 46,7% à 62,5%.

## 4.2.2 Déroulé du consensus formalisé

### 4.2.2.1 Phase préparatoire

Le document de travail (Annexe n°8) a été élaboré par les investigateurs de l'étude, le Dr Stéphanie Grandcolin et Rémy Belkébir. Pour cela, nous nous sommes fixés deux axes :

- ❖ Premier axe : nous nous sommes placés en situation de pratique de médecine générale, suivant la patiente imaginée par l'intitulé de situations de soins types, afin d'être en accord avec l'exigence d'authenticité.
- ❖ Deuxième axe : nous avons veillé à ce que les différentes ressources (ou connaissances au sens large) exprimées apparaissant dans le déroulé appartiennent aux différents registres cognitifs, psychomoteurs et affectifs. Pour nous aider, nous avons pris connaissance des différents déterminants de l'apprentissage(11), c'est-à-dire les

différents types de ressources acquises par le biais d'apprentissage. Cette taxonomie a l'avantage, par rapport à la distinction savoir/habilité/capacité ou savoir/savoir-faire/savoir-être, de faire émerger les notions de ressource externe via la distinction connaissances explicites/implicite et celle de schème.

Tableau n°25 : Taxonomie des ressources utilisées dans l'élaboration du document préparatoire

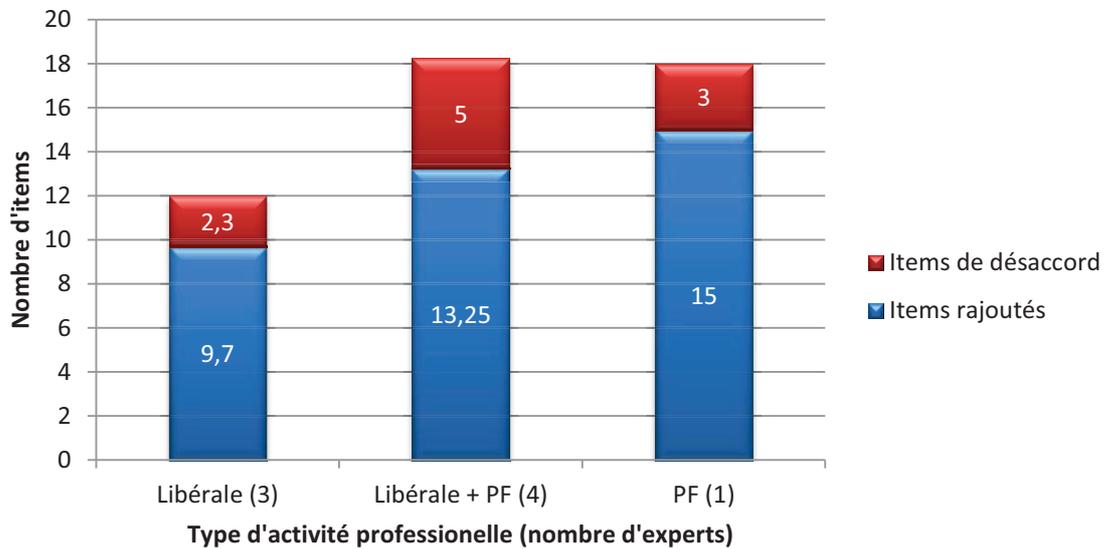
TYPE DE RESSOURCE	DEFINITION	EXEMPLES
<p align="center"><b>Connaissances déclaratives (ou savoirs)</b></p>	<p align="center">Unités sémantiques de base ou éléments du domaine du savoir scientifique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-les différents examens de dépistage</li> <li>-les différents moyens de contraception</li> <li>-les termes recommandés des échographies obstétricales</li> <li>-les indications de l'ostéodensitométrie</li> </ul>
<p align="center"><b>Connaissances procédurales (ou savoir-faire ou habileté)</b></p>	<p>Connaissances d'action, dont la mise en œuvre peut être schématisée comme suit : <i>si « x », alors 1ère action, puis 2ème action, ..., puis nième action</i>. Elles peuvent faire appel au domaine psychomoteur ou cognitif</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-mettre en place un stérilet ou un dispositif intra-utérin</li> <li>-réaliser un frottis cervico-utérin</li> <li>-prescrire une pilule contraceptive, prescrire les examens de suivi de grossesse selon le terme</li> </ul>
<p align="center"><b>Connaissances conditionnelles (ou capacité)</b></p>	<p>Connaissance d'action mais dont la mise en œuvre peut être imagée ainsi : <i>si « a » et « b » et...et « n », alors « résultat »</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conduite d'un interrogatoire adapté à la patiente</li> <li>-planification d'une action de dépistage selon les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique</li> </ul>

<b>Connaissances explicites</b>	Ensemble des connaissances dont le professionnel a conscience, et par extension ses limites, faisant émerger la notion de ressource externe	-avoir un carnet d'adresse en cas de résultat d'examen ou de consultation qui sortent du domaine des compétences -utilisation de ressources en cours de consultation (CRAT pour la recherche de iatrogénie au cours de la grossesse, recommandations HAS pour les examens biologiques de suivi de grossesse...)
<b>Connaissances implicites</b>	Données comportementales qui participent à la bonne conduite de la consultation médicale	-Adapter son discours aux caractéristiques de la patiente -Adopter une démarche empathique -Mettre en confiance la patiente
<b>Schémes</b>	Moyen d'économie cognitive qui permet la combinaison des différentes ressources du domaine déclaratif, procédural et conditionnel, afin de répondre à une situation donnée	-Moyen mnémotechnique BERCER pour la conduite de consultation pour une première prescription de pilule -Utiliser l'outil TSTS-CAFARD dans le dépistage du risque suicidaire chez une adolescente

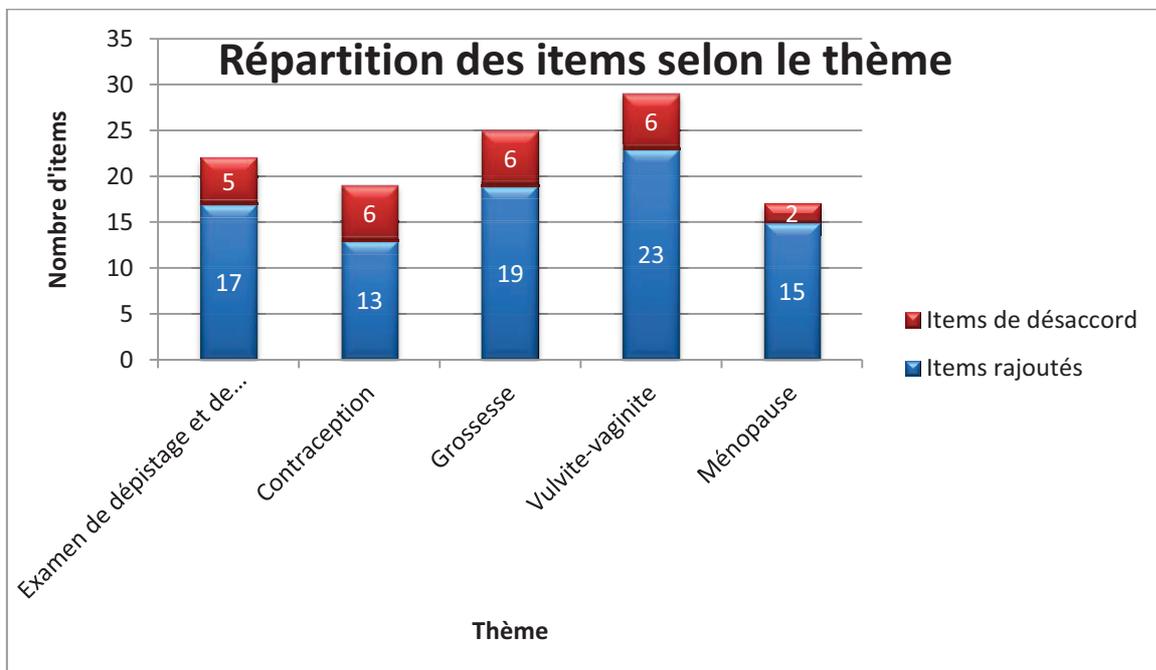
#### 4.2.2.2 Première phase exploratoire

A partir des items rajoutés ou de désaccord, un rapprochement sémantique a été effectué par l'obtention de termes génériques à partir d'éléments dont le sens était similaire. Par exemple, les items « *Un courrier doit être fait avec le suivi et le programme prévu présenté à la patiente à son médecin traitant* » et « *Contacter son médecin traitant habituel* » ont été regroupés sous le terme générique « *Etablir un courrier à son médecin traitant, avec l'accord de la patiente, qui précisera les données de l'examen clinique, les traitements entrepris et le suivi à effectuer* ».

## Moyenne des items rajoutés ou de désaccord par expert selon le type d'activité professionnelle



La synthèse des résultats a permis de faire ressortir 87 items rajoutés et 26 items de désaccord répartis de la sorte :



Les résultats ont ensuite été reportés sur deux nouveaux questionnaires, l'un portant sur les ressources rajoutées par les experts, l'autre portant sur les points de désaccord par rapport au contenu élaboré en phase préparatoire. Il a été demandé aux membres du groupe de travail d'indiquer s'ils valident (*d'accord*) ou non (*pas d'accord*) les propositions correspondantes en reportant une croix devant le choix correspondant, comme proposé sur le tableau x. Un mail explicatif leur a été adressé (Annexe n°7) accompagné des deux questionnaires.

#### 4.2.2.3 Deuxième phase exploratoire

Cette phase nous a permis d'obtenir un pourcentage d'adhésion pour chaque proposition de rajout ou de modification. N'ont été intégrées au contenu validé que les propositions ayant fait l'objet d'un accord de plus de 70 % des experts.

Les résultats sont présentés dans les tableaux 26 à 30 (items rajoutés) et 31 à 35 (items de désaccord). Les cellules ont été rayées en cas de résultat inférieur à 70%.

Tableau n°26 : Synthèse des items rajoutés du thème « Examen de dépistage et de prévention »

<b>Situation n°1 : Examen de dépistage et prévention : Abord des questions de dépistage et prévention chez une femme de 21 ans consultant pour établir un certificat de non contre-indication à la pratique du tennis</b>		
	<b>Items rajoutés</b>	<b>Pourcentage d'adhésion</b>
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	-Prise d'antécédents : si la patiente est connue, mettre à jour le dossier, sinon lui indiquer que l'on va lui poser des questions pour remplir son dossier médical	100%
	-Rechercher les antécédents ostéo-articulaires de la patiente	<del>62,5%</del>
	-Faire apparaître une rubrique « antécédents gynécologiques » dans le dossier médical	87,5%
	- Explorer la consommation de toxiques et l'automédication	100%

<b>Poser un diagnostic global de situation</b> (suite)	-S'enquérir du statut vaccinal vis-à-vis du VHB, de la rubéole et de l'HPV	87,5%
	-Explorer les aspects professionnel, social et affectif s'ils ne sont pas connus	87,5%
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va amener au résultat de consultation)	-Favoriser une approche centrée sur la patiente, en la questionnant sur sa sexualité avec tact, sans être intrusif, sans marque de jugement sur le type de sexualité (rapports avec filles ou garçons), afin de faire ressortir les éléments qui justifieront les examens de dépistage (par exemple : «êtes-vous en couple ? »)	100%
	-Trouver l'axe pour aborder les questions de prévention et de dépistage sans interférer avec la demande de la patiente	100%
	-Prévenir la patiente de quels dépistages il s'agit (IST, vaccins, FCU)	100%
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)	-Prescrire une sérologie toxoplasmose si statut inconnu	62,5%
	-Préciser que le sport dont il s'agit est le tennis	87,5%
	-Insister sur les moyens de prévention contre les IST	75%
	-En cas de facteurs de risque d'IST (rapports non protégés, partenaires multiples...), proposer un dépistage de Chlamydia trachomatis par auto-écouvillonnage	75%
	-en cas de virginité chez une patiente hétérosexuelle, proposer la vaccination contre HPV	87,5%
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	-Effectuer le rappel VHB si besoin	75%
	-Fixer un rendez-vous systématique pour expliquer les résultats des examens complémentaires	87,5%

<b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)	Lors d'une consultation ultérieure, expliquer l'intérêt d'une consultation préconceptionnelle	87,5%
--	---	-------

Tableau n°27 : Synthèse des items rajoutés du thème « Contraception »

<b>Situation n°2 : Contraception : Jeune fille de 17 ans venant seule en consultation pour « commencer la pilule »</b>		
	<b>Points rajoutés</b>	<b>Pourcentage d'adhésion</b>
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	-Si la patiente est connue, mettre à jour le dossier médical, sinon, prévenir la patiente que l'on va lui poser des questions pour remplir son dossier médical	100%
	-Se renseigner sur ses rapports avec ses parents, son lycée, son/sa partenaire	100%
	-Rechercher les antécédents personnels et familiaux thrombo-emboliques et cardio-vasculaires	100%
	-Demander si les parents sont informés de la démarche, et si un problème pourrait découler de la prise de connaissance des parents de la contraception via le remboursement envoyé par la caisse s'assurance maladie	100%
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)	Pas de points rajoutés	
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)	-Prévenir du non remboursement de certaines contraceptions	100%
	-Expliquer en quoi va consister l'examen clinique	100%
	-En cas de choix de pilule, expliquer les modalités de démarrage (premier jour des règles ou Quick Start)	100%

<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (suite)	-Pour l'examen clinique, préciser les examens utiles : TA, poids, taille, palpation abdominale, des aires ganglionnaires et de la thyroïde	75%
	-Remettre une information écrite sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, patch ou anneau (via une carte INPES ou sur l'ordonnance)	87,5%
	-Rappeler que le rapport sexuel doit se faire non pas par obligation mais par envie et respect mutuel	87,5%
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	-En cas de choix de pilule, faire une prescription pour 3 mois, prescrire un bilan glucido-lipidique à réaliser juste avant la consultation, venir en consultation avant la fin de la dernière plaquette	100%
<b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)	-Connaître les autres méthodes de contraception non médicalisées	87,5%
	-Vérifier l'absence d'interaction médicamenteuse avec la méthode contraceptive choisie tout au long de la période d'activité génitale	100%

Tableau n°28 : Synthèse des items rajoutés du thème « Grossesse »

<b>Situation n°3 : Grossesse : Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif, suite à un arrêt volontaire de pilule depuis 8 mois.</b>		
	<b>Points rajoutés</b>	<b>Pourcentage d'adhésion</b>
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	-Demander à la patiente si elle connaît son statut vaccinal vis-à-vis de la rubéole, a-t-elle déjà eu une sérologie rubéole et/ou toxoplasmose ?	87,5%
	-Se renseigner sur son groupe sanguin si elle le connaît.	87,5%
	-Se renseigner sur son statut vis-à-vis de la varicelle	75%
	-Se renseigner sur le contexte psychologique de la patiente, ainsi que sur le contexte socio-environnemental	100%

<b>Poser un diagnostic global de situation</b> (suite)	-Se renseigner sur le conjoint et sur la présence d'autres enfants	100%
	-Se renseigner sur la présence de chats à la maison	75%
	-A-t-elle pris de l'acide folique avant la conception ?	87,5%
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)	-Rechercher les signes sympathiques de grossesse et évaluer leur retentissement	100%
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)	-Expliquer en quoi va consister l'examen clinique	100%
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	-Réaliser de suite les ordonnances de demandes d'examens complémentaires jusqu'au 6 <sup>ème</sup> mois	37,5%
	-Prendre rendez-vous pour la première échographie en fonction de l'âge théorique	100%
	-Prévoir de voir le conjoint pour le préparer à la parentalité, selon la volonté de la patiente	100%
	-Autonomiser la patiente selon sa volonté par le biais d'outil d'information (CRAT, manger-bouger.fr...)	62,5%
	-Conseiller à la patiente de prendre tous ses rendez-vous	62,5%
	-Fixer la prochaine consultation juste après la première échographie pour la déclaration de grossesse	100%
	-Aborder la question de l'allaitement au cours du suivi	87,5%
	-Prévoir avec la patiente une consultation pour le post-partum	75%
	-Enoncer le principe du calcul du risque intégré de la trisomie 21, à faire lors de la déclaration de grossesse	75%
<b>Effectuer un suivi en temps différé</b>	-Prévoir une biologie du post-partum comprenant NFS, sérologie Toxoplasmose, TSH	25%

Tableau n°29 : Synthèse des items rajoutés du thème « Vulvite-vaginite »

<b>Situation n°4 : vulvite-vaginite : Femme de 36 ans non connue du cabinet, en raison d'un rendez-vous rapide impossible avec son médecin traitant, consultant devant des leucorrhées et des douleurs pelviennes depuis 2 jours</b>		
	<b>Points rajoutés</b>	<b>Pourcentage d'adhésion</b>
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	-Avec tact : il faut que la patiente perçoive la logique des transitions	100%
	-Sans être intrusif : la patiente doit percevoir l'intérêt médical des questions	87,5%
	-Percevoir un degré d'urgence plus important en cas de port de stérilet	87,5%
	-Evaluer la rythmicité éventuelle de ces symptômes par rapport au cycle menstruel	100%
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)	-Expliquer le contenu de l'examen clinique	100%
	-Réaliser un FCU si pas de possibilité d'en réaliser un plus tard (pas de suivi gynécologique, conditions précaires...)	75%
	-Rechercher de la fièvre ou des signes urinaires	100%
	-Proposer un examen dans le noir avec la lampe d'examen si la patiente appréhende l'examen gynécologique	25%
	-Réaliser en cas de leucorrhées suspectes des prélèvements à visée bactériologiques ou mycologiques	100%
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)	-Proposer un prélèvement bactériologique au laboratoire en cas de suspicion d'IST à gonocoque avant la mise en route du traitement	100%
	-Si la personne est en couple, demander avec tact s'il existe d'autres partenaires sexuels	100%
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	-Etablir un courrier à son médecin traitant, avec l'accord de la patiente, qui précisera les données de l'examen clinique, les traitements entrepris et le suivi à effectuer	87,5%

<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (suite)</b>	-Proposer que soient réalisés une palpation mammaire et un FCU lors d'une prochaine consultation	75%
	-Expliquer la simultanéité obligatoire du traitement entre les partenaires	100%
	-Expliquer l'absence de tout contact sexuel non protégés jusqu'au contrôle négatif au laboratoire à J7 en cas d'infection à gonocoque	100%
	-En cas de symptômes en rapport avec le cycle menstruel, traiter la carence oestrogénique relative	62,5%
	-Proposer la vaccination anti VHB	62,5%
	-Vérifier la mise à jour des vaccins	62,5%
	-Insister sur les règles d'hygiène non néfaste à la flore de Döderlein	100%
<b>Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de la patiente)</b>	-En plus du préservatif, aller plus loin dans la description des pratiques pour évaluer les risques de transmission d'IST	75%
	-Informer sur la nécessité de réaliser les FCU et de leurs fréquences	100%
	-Transmettre les informations à son médecin traitant, après accord de la patiente	87,5%
	-En cas de choix de stérilet, prévoir un dépistage de Chamydiae avant la pose	100%

Tableau n°30 : Synthèse des items rajoutés du thème « Ménopause »

<b>Situation n°5 : Ménopause : Bouffées de chaleur incommodantes chez une patiente de 53 ans suivie depuis longtemps au cabinet</b>		
	<b>Points rajoutés</b>	<b>Pourcentage d'adhésion</b>
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	-Explorer dès le début de la consultation les éléments ayant trait à sa vie professionnelle, affective, environnementale	100%

<b>Poser un diagnostic global de situation</b> (suite)	-Recherche de difficultés de mémorisation	50%
	-S'enquérir des antécédents obstétricaux	100%
	-Rechercher des contre-indications au THM	100%
	-Evaluer le retentissement psychologique de la ménopause	100%
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)	-Arrêt de la contraception si elle est toujours présente (à 53 ans, possibilité d'un stérilet, d'un implant « oublié » ou d'une pilule non arrêtée)	100%
	-Dans l'examen clinique : taille de la patiente, palpation mammaire, TV avec palpation des annexes et recherche de métrorragies	87,5%
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)	-En cas de demande d'ODM de la patiente hors indication de la sécurité sociale, renseigner sur l'utilité et les coûts hors remboursement	100%
	-Proposer des alternatives thérapeutiques pour les signes du syndrome climatérique : médicamenteuse (homéopathie) ou non (conseils alimentaires)	100%
	-Si besoin, proposer une réflexion avec un psychologue pour affronter les difficultés liées à la ménopause	87,5%
	-Planifier d'autres consultations pour les résultats des thérapeutiques mises en œuvre et des examens demandés	100%
	-Proposer un examen mammaire et une mammographie dans le cadre du dépistage organisé, y compris en dehors d'une prescription de THM, et discuter de l'autopalpation régulière	75%
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	-S'assurer des améliorations des symptômes sur la qualité de vie de la patiente	100%
	-Savoir formuler des encouragements	100%
<b>Effectuer un suivi en temps différé</b>	-Vérifier la mise à jour du test de dépistage du cancer du côlon	100%

Tableau n°31 : Synthèse des items de désaccord du thème « Examen de dépistage et de prévention »

<b>Situation n°1 : Examen de dépistage et prévention : Abord des questions de dépistage et prévention chez une femme de 21 ans consultant pour établir un certificat de non contre-indication à la pratique du tennis</b>		
	<b>Points de désaccord</b>	<b>Pourcentage d'adhésion</b>
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	Pas de points de désaccord	
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)	-Ne pas aborder la question de la sexualité via le questionnement sur la contraception, cela risque d'être trop hétéronormatif, et de masquer des informations utiles aux dépistages	75%
	-Ne pas demander l'observance du moyen de contraception, cela omet les autres moyens de contraception : questionner sur la contraception utilisée si elle existe, son acceptabilité, et si elle a des questions à ce sujet	62,5%
	-Ne pas mettre « présenter les examens de dépistage », mais proposer l'information sur les dépistages	87,5%
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)	-Ne pas planifier, mais informer sur l'intérêt d'un dépistage de FCU entre 25 et 65 ans	75%
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	-Lui donner les résultats du FCU même en cas de normalité	87,5%
<b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)	Pas de points de désaccord	

Tableau n°32 : Synthèse des items de désaccord du thème «Contraception »

<b>Situation n°2 : Contraception : Jeune fille de 17 ans venant seule en consultation pour « commencer la pilule »</b>		
	<b>Points de désaccord</b>	<b>Pourcentage d'adhésion</b>
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	-Ne pas mettre « les besoins qui découlent de la demande de contraception », mais l'indication de la contraception	75%
	-Ne pas mettre « absence d'obligation d'un examen gynécologique », mais « inutilité d'un examen gynécologique dans cette indication et à cet âge »	75%
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)	Pas de points de désaccord	
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)	-Ne pas prescrire systématiquement de pilule du lendemain (risque de brouiller le message), mais l'intégrer dans les informations sur les conduites à tenir en cas d'oubli	62,5%
	-Trop d'information sur les précautions d'usage : inciter à lire la notice, et en reparler lors de la prochaine consultation, mais insister sur les jours de prise et sur les modalités de démarrage	100%
	-En cas de diarrhées ou de vomissement dans les 3 heures (et non 1 heure) qui suivent la prise de pilule, la reprendre	87,5%
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	Pas de points de désaccord	
<b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)	-Ne pas refaire le point que sur la contraception lors d'une consultation ultérieure, mais sur le suivi gynécologique et la sexualité actuelle	62,5%

Tableau n°33 : Synthèse des items de désaccord du thème «Grossesse »

<b>Situation n°3 : Grossesse : Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif, suite à un arrêt volontaire de pilule depuis 8 mois.</b>		
	<b>Points de désaccord</b>	<b>Pourcentage d'adhésion</b>
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	-Plutôt que de parler de déterminants de la grossesse, poser une question neutre comme par exemple « que comptez-vous faire ? »	87,5%
	-L'exploration des signes sympathiques de grossesse survient trop tôt dans la consultation	37,5%
	-Ne pas parler de grossesse désirée, mais prévue ou souhaitée	75%
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)	-L'énoncé du principe du calcul du risque de trisomie 21 est trop tôt, à faire lors de la consultation de déclaration de grossesse après la première échographie	50%
	-On ne parle pas de dépistage de trisomie 21, mais de calcul du risque intégré	87,5%
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)	Pas de points de désaccord	
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	-Ne pas proposer le test de calcul du risque de trisomie 21, le faire au moment de la déclaration de grossesse	62,5%
<b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)	Pas de points de désaccord	

Tableau n°34 : Synthèse des items de désaccord du thème «Vulvite-vaginite »

<b>Situation n°4 : vulvite-vaginite : Femme de 36 ans non connue du cabinet, en raison d'un rendez-vous rapide impossible avec son médecin traitant, consultant devant des leucorrhées et des douleurs pelviennes depuis 2 jours</b>		
	<b>Points de désaccord</b>	<b>Pourcentage d'adhésion</b>
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	-Pour éviter de sortir de la neutralité et de bloquer la survenu d'informations utiles au diagnostic, plutôt que de demander le moyen de contraception (hétéronormatif), s'enquérir de la date des dernières règles, du suivi gynéco, de l'existence d'une vie sexuelle, protégée ou non	75%
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)	-Pas de FCU lors d'une infection génitale	62,5%
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)	-En cas de mycose : explorer les méthodes de toilette vaginale et vulvaire, et proposer un changement de méthode en cas de facteurs favorisants	100%
	-En cas d'IST, explorer les conduites à risque susceptibles de transmettre les IST	87,5%
	-Ne pas demander, mais proposer un test de grossesse si nécessaire	87,5%
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	Pas de points de désaccord	
<b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)	-Rappeler les principes de prévention des IST bien avant	75%

Tableau n°35 : Synthèse des items de désaccord du thème «Ménopause »

<b>Situation n°5 : Ménopause : Bouffées de chaleur incommodantes chez une patiente de 63 ans suivie depuis longtemps au cabinet</b>		
	<b>Points de désaccord</b>	<b>Pourcentage d'adhésion</b>
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	-Ne pas articuler la recherche de difficultés sexuelles avec le questionnaire sur la contraception	75%
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)	Pas de points de désaccord	
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)	Pas de points de désaccord	
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	Pas de points de désaccord	
<b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)	-Modifier la formulation pour une ostéodensitométrie de contrôle : une ODM de contrôle pourra être réalisée si aucun traitement n'est entrepris ou si le traitement a été interrompu précocement en raison d'une intolérance	87,5%

#### 4.2.2.4 Elaboration du consensus du contenu des situations de soins types

Les items validés par plus de 70% des experts ont été intégrés dans le document final. Il a été parfois nécessaire de transférer certains items d'une phase de consultation à une autre, en veillant à ne pas en changer le sens, notamment sur certains items concernant l'examen clinique qui n'étaient pas indiqués dans la phase « *Poser un diagnostic global de situation* ».

Tableaux n°36 : Contenu final de la situation de soins types « Examen de dépistage et de prévention »

<b>Situation n°1 : Examen de dépistage et prévention : Abord des questions de dépistage et prévention chez une femme de 21 ans consultant pour établir un certificat de non contre-indication à la pratique du tennis.</b>	
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	<p>-Accueillir la patiente.</p> <p>-Adopter un langage compréhensible et adapté, et être attentif aux attitudes de la patiente et à son ressenti tout au long de la consultation.</p> <p>-S'enquérir de la requête de la patiente.</p> <p>-Recueillir à l'interrogatoire les données utiles au diagnostic de situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mettre à jour le dossier (patiente connue) ou indiquer à la patiente que l'on va lui poser des questions pour remplir son dossier médical (patiente non connue).</li> <li>❖ Faire apparaître une rubrique « antécédents gynécologique » dans le dossier médical.</li> <li>❖ S'assurer des antécédents personnels et familiaux (dont les facteurs de risques cardio-vasculaires et les événements cardio-vasculaires personnels et familiaux) et remplir le dossier médical en colligeant ces informations.</li> <li>❖ Explorer la consommation de toxique et les pratiques d'automédication.</li> <li>❖ S'enquérir du statut vaccinal vis-à-vis du tétanos (date du dernier rappel), de la rubéole, du VHB et de l'HPV.</li> <li>❖ En cas de données manquantes, savoir combler ces informations sans interférer sur l'expression de la patiente, selon une conduite d'entretien basée sur une écoute active.</li> <li>❖ Explorer les aspects professionnel, social et affectif s'ils ne sont pas connus.</li> </ul> <p>-Pratiquer un examen clinique permettant de certifier la pratique du tennis.</p>
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b>	<p>-Proposer une information sur les examens de dépistages :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ en trouvant l'axe pour aborder les questions de prévention et de dépistage sans interférer avec la demande de la patiente.</li> <li>❖ en se renseignant sur les connaissances de la patiente.</li> <li>❖ en prévenant la patiente de quels dépistages il s'agit (IST, vaccins, cancer du col de l'utérus).</li> <li>❖ en adaptant son discours selon les informations manquantes sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ leur utilité en rapport avec les caractéristiques de la patiente.</li> <li>➤ leurs avantages/inconvénients.</li> <li>➤ leurs modalités de réalisation.</li> </ul> </li> <li>❖ en s'assurant de la bonne compréhension de la patiente sur les informations données.</li> <li>❖ en se renseignant sur le positionnement de la patiente vis-à-vis de la pratique du dépistage, afin d'évaluer son adhésion au projet.</li> </ul> <p>-Se renseigner sur une éventuelle contraception ou besoin de contraception, lui demander si elle a des questions à ce sujet.</p>

<p><b>Elaborer un projet d'intervention négocié (suite)</b></p>	<p>-Trouver l'axe pour s'enquérir, avec tact et sans être intrusif, des informations utiles sur la sexualité de la patiente pour évaluer les risques d'IST ou d'IVG (par une question comme par exemple « êtes-vous en couple ? »). Veiller à ne pas introduire de marque de jugement sur le type de sexualité.</p>
<p><b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b></p>	<p>-Informers la patiente de l'intérêt d'un dépistage du cancer du col utérin, en réalisant un FCU tous les 2 à 3 ans entre 25 et 65 ans. (à moduler selon le tabagisme et les facteurs de risque d'infection à HPV précoce).          -Insister sur les moyens de prévention contre les IST si ce point a pu être abordé.          -Prescrire les examens complémentaires qui se révéleront utiles selon les données de l'examen clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ sérologies VIH VHB VHC Syphilis Rubéole.</li> <li>❖ test de grossesse si risque de grossesse non souhaitée.</li> <li>❖ dépistage de Chlamydia trachomatis par auto-écouvillonnage en cas de facteurs de risque d'IST.</li> </ul> <p>-Proposer la vaccination contre le HPV en cas de virginité chez une patiente hétérosexuelle.</p>
<p><b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b></p>	<p>-Informers la patiente sur les délais de réception des résultats si bilan sanguin ou FCU réalisé.          -Dire à la patiente qu'elle recevra ses résultats à domicile, qu'elle pourra discuter en consultation (s'assurer que les coordonnées de la patiente sont dans le dossier médical).          -prescrire si besoin le rappel DTP (+/-Ca), rubéole ou VHB.</p>
<p><b>Effectuer un suivi en temps différé</b></p>	<p>-Lors d'une consultation ultérieure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Expliquer les résultats à la patiente en s'assurant de la bonne compréhension des données (demande de reformulation, besoin d'explications complémentaires...).</li> <li>❖ L'informer sur la fréquence des examens, notamment le FCU, selon les facteurs de risque retrouvés au cours de l'interrogatoire et des données de l'examen clinique réalisé.</li> <li>❖ Expliquer l'intérêt d'une consultation préconceptionnelle.</li> </ul> <p>-En cas d'anomalie sur un futur FCU (ASCUS, LIBG...), assurer le suivi en adressant en cas de besoin à un confrère gynécologue (avoir un « carnet d'adresse »).</p>

<b>Situation n°2 : Contraception : Jeune fille de 17 ans venant seule en consultation pour « commencer la pilule ».</b>	
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	<p>-Accueillir la patiente.</p> <p>-Favoriser une approche centrée sur la patiente en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Adoptant un langage compréhensible et adapté.</li> <li>❖ Etant attentif aux attitudes de la patiente et à son ressenti tout au long de la consultation.</li> <li>❖ Adoptant une attitude ouverte et empathique.</li> <li>❖ Etablissant un climat de confiance propice à un questionnement de la patiente.</li> <li>❖ Se posant la question du tutoiement/vouvoiement si la jeune fille n'est pas connue.</li> </ul> <p>-S'enquérir du motif de consultation.</p> <p>-Explorer les déterminants de la demande de soin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ De qui provient la demande ?</li> <li>❖ Quelle est l'indication de la contraception ? (à visée contraceptive, règles douloureuses, kystes ovariens fonctionnels...)</li> </ul> <p>-Rassurer la patiente quant à la confidentialité des propos de l'entretien.</p> <p>-Recueillir à l'interrogatoire les données utiles au diagnostic de situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mettre à jour le dossier (patiente connue) ou indiquer à la patiente que l'on va lui poser des questions pour remplir son dossier médical (patiente non connue).</li> <li>❖ Explorer les antécédents personnels et familiaux, en particulier, gynécologiques, obstétricaux, thrombo-emboliques et cardio-vasculaires.</li> <li>❖ Identifier les facteurs de risques de la patiente, avec tact et sans être intrusif, en particulier les toxiques et le risque suicidaire (TSTS).</li> <li>❖ Se renseigner sur ses rapports avec ses parents, son lycée, son/sa partenaire.</li> <li>❖ Demander si ses parents sont informés de sa démarche, et si un problème pourrait découler de leur prise de connaissance de la contraception via le remboursement envoyé par la caisse d'assurance maladie.</li> </ul> <p>-Rassurer la patiente sur l'inutilité de pratiquer un examen gynécologique dans cette indication et à cet âge, en l'absence d'antécédents ou de symptômes.</p> <p>-En cas de première prescription de pilule, articuler la prise en charge en s'aidant de l'acronyme BERCER :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenue</li> <li>• Entretien</li> <li>• Renseignement</li> <li>• Choix</li> <li>• Explication</li> <li>• Retour</li> </ul> <p>-Pratiquer un examen clinique en se limitant aux examens utiles (tension artérielle, poids, taille, auscultation, palpation abdominale, des aires ganglionnaires et de la thyroïde), en expliquant en quoi va consister l'examen clinique.</p>

<p><b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b></p>	<p>-Explorer les connaissances et croyances de la jeune fille en matière de contraception.</p> <p>-Laisser s'exprimer la patiente sur son choix de contraception et ses besoins.</p> <p>-Savoir exposer les avantages et les limites, et si besoin, élargir les choix contraceptifs selon la même méthode. (Diagnostic éducatif)</p> <p>-Aborder la question de la sexualité sous l'angle de l'approche globale de santé sexuelle, en pratiquant une écoute active, sans intrusion, et en l'assurant de la confidentialité de ses propos.</p> <p>-Explorer les questions d'IST et informer sur les moyens de prévention.</p>
<p><b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b></p>	<p>-Choix d'une méthode de contraception ou proposition de réflexion pour un choix ultérieur, à l'initiative de la patiente.</p> <p>-En cas de choix d'une contraception orale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Expliquer les modalités de prises.</li> <li>❖ Au mieux, disposer d'outils de démonstration (fausse plaquette, stérilet...), et proposer une technique pour une prise routinière de pilule.</li> <li>❖ Co-prescription d'une pilule du lendemain possible.</li> <li>❖ Informer sur les conduites à tenir en cas d'oubli.</li> <li>❖ Prévenir du non remboursement de certaines contraceptions orales.</li> <li>❖ Renseigner sur l'inactivité de la pilule en cas de vomissement ou de diarrhée dans les 3 heures qui suivent la prise, et sur la conduite à tenir (la reprendre).</li> <li>❖ Renseigner sur les effets secondaires potentiels de la contraception choisie.</li> <li>❖ Renseigner sur les interactions médicamenteuses potentielles.</li> <li>❖ Disposer d'outils pour rappeler ces consignes en raison de la multitude d'information (sur l'ordonnance, fiche explicative ou carte INPES), à conserver par la patiente.</li> <li>❖ S'assurer de la bonne compréhension des informations en s'en donnant les moyens (reformulation, questionnements...).</li> <li>❖ Faire preuve de sélectivité dans la manière de communiquer les informations, en insistant préférentiellement sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ les jours de prise,</li> <li>➤ les modalités de démarrage (premier jour des règles ou Quick Start selon le contexte de demande),</li> <li>➤ la possibilité de retrouver les informations utiles sur la notice.</li> </ul> </li> </ul> <p>-Connaître les autres moyens de contraception (stérilet, implant, patch, anneau, préservatif...), leurs avantages et inconvénients.</p> <p>-Etre capable de mettre en place un dispositif intra-utérin ou un implant sous-cutané, ou dans le cas contraire savoir adresser à une consœur/un confrère rodé à cette pratique (« carnet d'adresse »).</p> <p>-Informé sur les signes devant amener à consulter.</p> <p>-Rappeler que le rapport sexuel doit se faire non pas par obligation, mais par envie et avec respect mutuel.</p>
<p><b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b></p>	<p>-En cas de choix de contraception orale oestroprogestative, faire une prescription pour 3 mois, prescrire un bilan glucido-lipidique à réaliser juste avant la prochaine consultation, venir en consultation avant la fin de la dernière plaquette.</p> <p>-Hiérarchiser et différer si besoin le nombre d'informations transmises à la</p>

<p><b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (suite)</b></p>	<p>patiente, en faisant preuve de sélectivité, et être capable de les faire reformuler de manière ciblée (après questionnement ou demande de reformulation) lors des consultations ultérieures afin d’augmenter l’adhésion au moyen contraceptif.</p> <p>-S’assurer de la bonne tolérance clinique du moyen de contraception employé et de son acceptabilité.</p> <p>-Vérifier que le moyen de contraception est adapté à la patiente en tenant compte de son expérience et de son ressenti.</p> <p>-Prescrire un bilan d’IST si nécessaire.</p>
<p><b>Effectuer un suivi en temps différé</b></p>	<p>-Adapter la contraception selon les étapes de la vie de la patiente (tabagisme, post-partum, péri-ménopause...), et selon les choix personnels de la patiente.</p> <p>-Connaître les autres méthodes de contraception non médicalisées.</p> <p>-Savoir refaire le point sur le moyen de contraception employé lors d’une consultation pour un autre motif.</p> <p>-Vérifier l’absence d’interaction médicamenteuse avec la méthode choisie tout au long de la période d’activité génitale de la patiente.</p> <p>-Prévoir un bilan glucido-lipidique tous les 5 ans en cas de pilule oestroprogestative.</p> <p>-Expliquer les modalités des examens de dépistage en tenant compte du diagnostic global de la patiente (âge, toxiques, mode de vie, antécédents)</p> <p>-Prendre en charge des problèmes de santé indifférenciés de la patiente en tenant compte de son contexte de vie.</p>

Tableaux n°38 : Contenu final de la situation de soins types « Grossesse »

<p><b>Situation n°3 : Grossesse : Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif, suite à un arrêt volontaire de pilule depuis 8 mois.</b></p>	
<p><b>Poser un diagnostic global de situation</b></p>	<p>-Accueillir la patiente.</p> <p>-S’enquérir du motif de consultation.</p> <p>-Adopter un langage compréhensible et adapté, et être attentif aux attitudes de la patiente et à son ressenti tout au long de la consultation.</p> <p>-Recueillir à l’interrogatoire les données utiles au diagnostic de situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Recueillir les antécédents généraux, gynécologiques et obstétriques, personnels et familiaux.</li> <li>❖ Explorer les déterminants de cette grossesse (grossesse prévue ou non) grâce à une question neutre du type « que comptez-vous faire ? »</li> <li>❖ Situer la grossesse dans le contexte socio-environnemental de la patiente.</li> <li>❖ Rechercher les signes sympathiques de grossesse et leur retentissement.</li> <li>❖ Noter la date du premier jour des dernières règles si elle est connue.</li> <li>❖ Recueillir les données biologiques et les éléments de dépistage utiles au suivi de la grossesse : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Connaît-elle son statut vis-à-vis de la rubéole ? (vaccin ou sérologie)</li> <li>➤ Connaît-elle son statut vis-à-vis de la toxoplasmose ? A-t-elle des chats chez elle ?</li> </ul> </li> </ul>

<p><b>Poser un diagnostic global de situation (suite)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Connaît-elle son groupe sanguin ?</li> <li>➤ A-t-elle déjà eu la varicelle ?</li> <li>➤ S'enquérir du statut vaccinal vis-à-vis de la coqueluche des deux parents.</li> <li>➤ Rechercher les facteurs de risque de diabète gestationnel</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se renseigner sur le contexte psychologique de la patiente, ainsi que sur son contexte socio-environnemental et affectif (conjoint, autres enfants).</li> <li>❖ A-t-elle pris de l'acide folique avant la conception ?</li> </ul> <p>-Pratiquer un examen clinique, en réalisant un examen gynécologique général adapté (si pas d'examen normal récent), avec tact et dextérité.</p> <p>-Noter le poids de référence dans le dossier.</p>
<p><b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b></p>	<p>-Aborder et initier les éléments ayant traités au suivi de grossesse, en agissant avec sélectivité, selon les interrogations de la patiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Explorer ses connaissances sur le suivi d'une grossesse (rythme des examens, intervenants possibles, lieux d'accouchement, congés maternités...).</li> <li>❖ Enoncer l'existence du calcul du risque combiné de la trisomie 21.</li> </ul> <p>-Aborder et initier les éléments de prévention spécifique à cette période :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Explorer les connaissances de la patiente sur les précautions d'ordre alimentaire vis-à-vis de la toxoplasmose (si statut inconnu ou séronégativité), de la listériose et autres toxi-infections alimentaires.</li> <li>❖ Explorer les conduites à risque, en adoptant une attitude hors de tout jugement, concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ l'automédication,</li> <li>➤ la consommation de toxiques (tabac, alcool, drogues),</li> <li>➤ les IST.</li> </ul> </li> <li>❖ Compléter la recherche de facteurs de risque de MAP en se renseignant sur les conditions de travail (pénibilité, durée et mode de trajet) et les conditions sociales.</li> <li>❖ Prévenir du risque lors d'examens radiologiques utilisant les rayons X.</li> <li>❖ Evaluer les risques médicamenteux en utilisant des ressources adaptées.</li> </ul> <p>-Savoir déduire de tous ces éléments le niveau de risque de grossesse afin de proposer un suivi de grossesse dans un réseau de soins adapté.</p> <p>-Savoir limiter les informations, les hiérarchiser et les différer selon les questions de la patiente et les priorités d'ordre médical.</p>
<p><b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b></p>	<p>-Avoir réalisé un FCU si nécessaire lors de l'examen clinique.</p> <p>-Programmer la déclaration de grossesse.</p> <p>-Initier le suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Prescrire les béta-HCG pour confirmer la grossesse.</li> <li>❖ Prescrire les examens biologiques obligatoires et de suivi.</li> <li>❖ Prescrire l'échographie de datation selon le terme théorique, prendre le rendez-vous ou conseiller à la patiente de prendre rendez-vous selon les délais.</li> <li>❖ Fixer la prochaine consultation juste après l'échographie de datation des 12 SA.</li> </ul> <p>-Prescrire de l'acide folique jusqu'à la 8<sup>ème</sup> semaine de grossesse.</p>

<p><b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b></p>	<p>-Etre l'élément pivot du suivi de grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Prescrire le reste des examens obligatoires et recommandés : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ échographies des 22 et 32 SA,</li> <li>➢ examens biologiques selon les recommandations de la HAS.</li> </ul> </li> <li>❖ Proposer le test de calcul du risque combiné de la trisomie 21 après l'échographie de datation, en proposant une information claire sur ses modalités et sur la balance bénéfices/risques.</li> <li>❖ Expliquer le rythme de suivi d'une grossesse, et les différents intervenants selon le niveau de risque et selon le terme de la grossesse.</li> </ul> <p>-Assurer un rôle de prévention à chaque étape de la grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Expliquer à la patiente les signes devant amener à consulter en urgence.</li> <li>❖ Prendre garde à ne pas surmédicaliser une grossesse normale, en dispensant une information claire, simple, adaptée à la compréhension de la patiente.</li> <li>❖ Rappeler à chaque consultation les mesures de prévention en rapport avec les règles hygiéno-diététiques, l'automédication, les toxiques,..., en insistant sur les points non abordés lors des consultations préalables, et s'assurer de leur compréhension.</li> </ul> <p>-Aborder la question de l'allaitement au cours du suivi. -Prévoir avec la patiente une consultation pour le post-partum.</p>
<p><b>Effectuer un suivi en temps différé</b></p>	<p>-Prévoir le post-partum :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Rééducation des muscles périnéaux, rachidiens ou abdominaux si nécessaire en connaissant les modalités de prescription et les conditions de prise en charge.</li> <li>❖ Les complications du post-partum .</li> </ul> <p>-Prévoir la contraception du post-partum. -Prévoir le suivi et le soutien de l'allaitement maternel si cette technique a été choisie par la patiente. -Prévoir le suivi du nourrisson.</p>

Tableaux n°39 : Contenu final de la situation de soins types « Vulvite-vaginite »

<b>Situation n°4 : vulvite-vaginite : Femme de 36 ans non connue du cabinet, en raison d'un rendez-vous rapide impossible avec son médecin traitant, consultant devant des leucorrhées et des douleurs pelviennes depuis 2 jours.</b>	
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	<p>-Accueillir la patiente, et être attentif aux attitudes de la patiente et à son ressenti tout au long de la consultation.</p> <p>-Percevoir le degré d'urgence, qu'il soit médical ou ressenti par la patiente, afin d'adapter son discours.</p> <p>-Etablir un climat de confiance en pratiquant une écoute active.</p> <p>-Recueillir à l'interrogatoire les données utiles au diagnostic de situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se renseigner sur les symptômes ressentis par la patiente, et rechercher d'autres signes d'accompagnement.</li> <li>❖ Remplir le dossier médical en colligeant les informations administratives et les antécédents médicaux, chirurgicaux, personnels et familiaux, ainsi que les allergies.</li> <li>❖ S'enquérir de la date des dernières règles et de l'état du suivi gynécologique.</li> <li>❖ Se renseigner sur les traitements déjà entrepris et leur observance.</li> <li>❖ Aborder la question de la sexualité (partenaires(s), risques d'IST, impact des symptômes sur la vie sexuelle) : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avec tact : la patiente doit percevoir la logique des transitions.</li> <li>➤ Sans être intrusif : la patiente doit percevoir l'intérêt médical des questions.</li> </ul> </li> <li>❖ Evaluer la rythmicité éventuelle de ces symptômes par rapport au cycle menstruel.</li> </ul> <p>-Percevoir un degré d'urgence plus important en cas de port de stérilet.</p> <p>-Pratiquer un examen clinique général.</p>
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b>	<p>-Proposer un examen gynécologique, s'il est utile au vu des données de l'interrogatoire, avec accord de la patiente :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Examen vulvaire</li> <li>❖ Examen au spéculum avec tact et dextérité, selon les recommandations de bonne pratique.</li> <li>❖ Pratiquer un FCU si nécessaire (non à jour, col suspect).</li> <li>❖ Réaliser en cas de leucorrhées suspectes d'une infection bactérienne des prélèvements : au cabinet si écouvillons adaptés, au laboratoire sinon.</li> </ul>
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b>	<p>-Mettre en œuvre une thérapeutique adaptée aux données de l'interrogatoire et de l'examen clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ En cas de suspicion de mycose.</li> <li>❖ En cas de suspicion d'IST : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Traitement initial probabiliste en fonction du groupe à risque auquel elle pourrait appartenir.</li> <li>➤ Si la patiente est en couple, demander avec tact s'il existe d'autres partenaires.</li> </ul> </li> <li>❖ En cas de lichen.</li> <li>❖ En cas d'herpès.</li> </ul>

<p><b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique (suite)</b></p>	<p>-Eduquer la patiente sur les facteurs de risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ De mycose : explorer les méthodes de toilette vaginale et vulvaire, et proposer un changement de méthode en cas de facteur favorisant.</li> <li>❖ D'IST : explorer les conduites à risque susceptibles de transmettre les IST.</li> </ul> <p>-Savoir se rendre disponible aux éventuelles interrogations de la patiente en gardant une attitude neutre et empathique.</p> <p>-Proposer un test de grossesse et d'autres examens complémentaires si nécessaire.</p>
<p><b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b></p>	<p>-Etablir un courrier à son médecin traitant, avec l'accord de la patiente, qui précisera les données de l'examen clinique, les traitements entrepris et le suivi à effectuer.</p> <p>-En cas de mycose :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Savoir donner des informations qui permettront d'éviter des récurrences.</li> <li>❖ Penser à une allergie aux topiques utilisés en cas de lichenification.</li> <li>❖ Proposer qu'elle se fasse suivre de manière rapprochée en cas d'eczéma ou de lichen pour adapter le traitement.</li> <li>❖ Insister sur les règles d'hygiène non néfastes à la flore de Döderlein.</li> </ul> <p>-En cas d'IST :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Simultanéité obligatoire du traitement entre les partenaires, en demandant à la patiente de prendre contact.</li> <li>❖ Proposer un bilan sérologique (VHC, VHB, VIH 1 et 2, Syphilis).</li> <li>❖ Expliquer l'absence de tout contact sexuel jusqu'à la fin du traitement ou après contrôle négatif au laboratoire à J7 (gonocoque).</li> <li>❖ Adapter l'antibiothérapie aux résultats de la culture.</li> <li>❖ Proposer une consultation à J7 pour s'assurer de la guérison clinique en cas de signes de dissémination (gonocoque, chlamydia).</li> </ul> <p>-S'assurer de la compréhension de la patiente quant au diagnostic retenu, au traitement et aux mesures de prévention associées afin de prévenir une récurrence.</p> <p>-Explorer le retentissement psychologique de l'affection, afin de prévenir une éventuelle somatisation.</p>
<p><b>Effectuer un suivi en temps différé</b></p>	<p>-Proposer un suivi en sexologie en cas d'impact durable de ces symptômes sur la sexualité de la patiente.</p> <p>-Proposer un stérilet au cuivre en cas de sécheresses vaginales et de mycoses à répétition, en prévoyant un dépistage de Chlamydia avant la pose.</p> <p>-Rappeler si besoin les principes de prévention des IST (rapports protégés en cas de partenaires multiples), en allant plus loin dans la description des pratiques pour évaluer les risques de transmission d'IST (rapports non génitaux).</p> <p>-Transmettre les informations à son médecin traitant après accord de la patiente.</p> <p>-Informar sur l'intérêt de réaliser les FCU et de leurs fréquences.</p>

<b>Situation n°5 : Ménopause : Bouffées de chaleur incommodes chez une patiente de 53 ans suivie depuis longtemps au cabinet.</b>	
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	<p>-Accueillir la patiente, et être attentif à ses attitudes et à son ressenti tout au long de la consultation.</p> <p>-S'enquérir du motif de consultation.</p> <p>-Adopter une attitude ouverte et empathique, établir un climat de confiance propice à l'émergence de questionnements.</p> <p>-Recueillir à l'interrogatoire les données qui seront utiles au diagnostic de situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Explorer les éléments ayant traités à sa vie professionnelle, affective, environnementale.</li> <li>❖ Se renseigner sur les données cliniques définissant la ménopause.</li> <li>❖ Explorer l'impact du syndrome climatérique sur sa qualité de vie grâce à une écoute active, en explorant chacun des symptômes.</li> <li>❖ Evaluer le retentissement psychologique de la ménopause.</li> <li>❖ Rechercher des troubles urinaires.</li> <li>❖ Rechercher s'il existe encore un moyen de contraception.</li> <li>❖ Explorer les représentations de la patiente sur la ménopause.</li> <li>❖ Explorer d'éventuelles difficultés dans sa vie affective.</li> <li>❖ Faire un état des lieux des différents facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Niveau de risque cardio vasculaire,</li> <li>➢ Niveau de risque carcinologique,</li> <li>➢ Niveau de risque fracturaire.</li> </ul> </li> <li>❖ Prendre en compte l'ensemble des antécédents personnels (généraux et obstétricaux), familiaux, et les traitements en cours dans la démarche médicale.</li> </ul> <p>-Pratiquer un examen clinique général, en incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ la taille de la patiente,</li> <li>❖ une palpation mammaire,</li> <li>❖ un examen urologique (recherche d'incontinence urinaire d'effort)</li> <li>❖ et gynécologique (recherche d'un prolapsus, examen de la trophicité vulvo-vaginale, recherche de métrorragies et palpation des annexes).</li> </ul>
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b>	<p>-Planifier avec la patiente la prise en charge de ses troubles climatériques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Discuter avec elle de la balance bénéfices/risques du Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) avec une information claire et adaptée au profil de la patiente.</li> <li>❖ Proposer à la patiente un délai de réflexion en proposant un outil d'information.</li> </ul> <p>-Planifier avec la patiente la prévention de l'ostéoporose :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Evaluer les apports calciques quotidiens de la patiente.</li> <li>❖ Prescrire un dosage de la 1,25 OH-vitamine D2 si nécessaire.</li> </ul> <p>-Arrêter la contraception si elle est toujours présente (possibilité d'un stérilet ou d'un implant « oublié », ou d'une pilule « non arrêtée »).</p> <p>-Proposer une prise en charge des facteurs de risque liés à l'âge.</p> <p>-Proposer des conseils en cas de facteurs de risque d'IST.</p> <p>-S'assurer du statut vaccinal de la patiente.</p>

<p><b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b></p>	<p>-Lors de consultations ultérieures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Répondre de manière adaptée et concertée aux troubles climatériques : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En cas de troubles climatériques invalidants, après évaluation des facteurs de risque, initier un THM à posologie minimale efficace, de galénique indifférente, associant un œstrogène et un progestatif (sauf antécédent d’hystérectomie), en adaptant le schéma aux préférences de la patiente (avec « règles » ou en continu).</li> <li>➤ Proposer des alternatives médicamenteuses (homéopathie par exemple) ou non (conseils alimentaires par exemple).</li> <li>➤ En cas d’adoption du THM, pratiquer un examen mammaire régulier, et inviter la patiente à pratiquer une mammographie +/- échographie mammaire (selon la densité mammaire) dans le cadre du dépistage organisé (Ces examens peuvent être proposés avant l’âge de 50 ans, le sur-risque de cancer du sein existant dès la première année de l’initiation du THM).</li> </ul> </li> <li>❖ Répondre de manière adaptée et concertée à la prévention de l’ostéoporose : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En cas de facteurs de risque d’ostéoporose, réaliser une ODM dans le respect des indications remboursées par la Sécurité Sociale.</li> <li>➤ Proposer une activité physique adaptée à la patiente.</li> <li>➤ Initier une supplémentation vitamino-calcique selon l’évaluation des apports calciques et le résultat du dosage de 1,25 OH vitD2 si réalisé : établir un projet de soin adapté aux caractéristiques biopsychosociales de la patiente (mesures hygiéno-diététiques, supplémentation vitamino-calcique)</li> <li>➤ En cas de demande d’ODM de la patiente hors indication de remboursement de la sécurité sociale, renseigner sur la balance bénéfice/risque et les coûts.</li> </ul> </li> </ul> <p>-Planifier d’autres consultations pour les résultats des thérapeutiques mises en œuvre et des examens demandés.</p> <p>-Si besoin, proposer une réflexion avec un psychologue pour affronter les difficultés liées à la ménopause.</p> <p>-Proposer un FCU si non à jour.</p> <p>-Proposer un examen mammaire et une mammographie dans le cadre du dépistage organisé, y compris en dehors d’une prescription de THM, et discuter de la balance bénéfice/risque de l’autopalpation régulière.</p> <p>-Effectuer le rappel vaccinal si non à jour.</p>
<p><b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b></p>	<p>-Concernant les troubles climatériques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Réévaluer les symptômes au cours des consultations ultérieures, en adaptant si besoin la posologie du THM et en réévaluant le rapport bénéfice risque.</li> <li>❖ Des arrêts temporaires pourront être effectués afin de vérifier la persistance de troubles climatériques invalidants.</li> <li>❖ Savoir formuler des encouragements</li> </ul> <p>-Concernant la prévention de l’ostéoporose :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ S’informer et l’informer des résultats de l’ostéodensitométrie.</li> </ul>

<p><b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (suite)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Initier un traitement anti-ostéoporotique adapté aux caractéristiques biopsychosociales de la patiente si: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ T-Score &lt; 3 en l'absence d'autre facteur de risque de fracture.</li> <li>➤ T-Score &lt; 2,5 avec au moins un autre facteur de risque de fracture.</li> </ul> </li> <li>-Favoriser l'observance du traitement.</li> <li>-Evaluer régulièrement l'impact des symptômes sur la qualité de vie de la patiente.</li> <li>-S'assurer de l'amélioration des symptômes sur la qualité de vie de la patiente.</li> </ul>
<p><b>Effectuer un suivi en temps différé</b></p>	<p>-Accompagner la patiente dans son projet de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Réévaluer régulièrement les troubles climatériques et, si prescrit, la poursuite du THM.</li> <li>❖ Réévaluer régulièrement les apports calciques et les facteurs de risque de fracture ostéoporotique.</li> <li>❖ Réaliser une ostéodensitométrie de contrôle en cas d'indication à un traitement médicamenteux si : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aucun traitement n'est entrepris.</li> <li>➤ Le traitement a été interrompu précocement en raison d'une intolérance.</li> </ul> </li> </ul> <p>-Assurer le suivi des autres caractéristiques bio-médico-sociales de la patiente et planifier les examens de prévention.</p>

## 5. DISCUSSION

---

### 5.1 Discussion de la méthodologie

#### 5.1.1 Choix de la forme du référentiel métier et compétences

Nous avons décidé de nous baser sur la forme utilisée par le référentiel métier et compétences du médecin généraliste CNGE 2009. Ce choix s'appuie sur l'exigence d'obtenir un outil pédagogique en accord avec le paradigme d'apprentissage.

Nous avons vu en introduction ce qu'étaient les principes de l'évaluation des compétences dans le paradigme socio-constructiviste. Cette forme de référentiel y répond à chaque étape :

- ❖ En tant que « substitut » à un modèle cognitif de l'apprentissage. En dehors de certains domaines ayant donné lieu à des recherches nombreuses scientifiquement valides (comme le développement de la communication orale de la naissance jusqu'à l'âge scolaire, Piaget), il n'existe pas de modèle cognitifs de l'apprentissage. Tardif(19) propose alors de « *construire des modèles théoriques à partir de l'expérience professionnelle et de l'observation quotidienne en planifiant à valider ces conceptualisations au fur et à mesure de leur usage et auprès de plusieurs groupes d'étudiants* ». Le référentiel métier et compétences du médecin généraliste de juin 2009 se base sur l'expérience d'un groupe de travail constitué de médecins généralistes, et, comme le témoigne la version révisée de novembre 2010, répond à la nécessité de validation et d'actualisation au fur et à mesure de son usage.
  
- ❖ En tant que référentiel métier et compétences, il décrit les tâches que doivent accomplir les médecins généralistes, au sein de situations représentatives de l'activité professionnelle, suffisamment « riches » pour faire s'exprimer un grand nombre de ressources, et ainsi permettre la mise en action des compétences. Les situations d'observation étant envisagées en amont, la procédure d'évaluation s'en trouve planifiée, se basant sur des situations authentiques, répondant à l'exigence de mise en contexte des compétences dans des situations complètes, complexes et significatives.

- ❖ L'un des objectifs du référentiel métier et compétences tel que développé par le CNGE depuis 2009 est de pouvoir être à la base de l'évaluation des compétences, en permettant aux équipes pédagogiques de développer des outils nécessaires à l'accomplissement de leur mission(21).

L'association dynamique des différentes ressources constituant les compétences au sein de situations authentiques nous permet aussi d'éviter un écueil qu'il serait tentant d'approcher. Le Boterf(31) insiste particulièrement sur la distinction « avoir des compétences » et « être compétent ». Avoir des compétences, c'est avoir des ressources pour agir au sein d'une situation. Il s'agit d'une condition indispensable mais non suffisante. Le corolaire serait d'élaborer un référentiel sous la forme de listes, aussi complètes fussent-elles, mais dont la taille risquerait de le rendre peu fonctionnel pour une évaluation. Ainsi, le choix du CNGE, conditionné par le cabinet Le Boterf Conseil, d'articuler les ressources au sein d'un canevas dynamique compatible avec le cadre professionnel, permet de cibler les ressources et de mettre en évidence leur articulation avec l'activité au sein de la situation, ce qui correspond à montrer ce qu'est « être compétent ».

### 5.1.2 Choix du nombre de situations de soins types

Pourquoi n'avoir développé que cinq thèmes de gynécologie ? Il serait licite de penser que l'évaluation doive se porter sur, dans notre cas, l'ensemble des situations de gynécologie rencontrées en médecine générale. Cependant, le choix des situations issues de ces thèmes, si elles sont particulièrement significatives et complexes, permettra d'inférer qu'un étudiant en médecine générale, s'il les résout avec compétence, saura faire de même dans d'autres situations(32). De plus, l'une des caractéristiques de l'évaluation dans le paradigme d'apprentissage est de favoriser la qualité de la situation d'évaluation plutôt que la quantité. Nous avons considéré que le développement de cinq thèmes représentait un juste équilibre entre la diversité des thèmes abordés et la taille du référentiel.

### 5.1.3 Choix des thèmes des situations de soins types

#### 5.1.3.1 Critère quantitatif

Les thèmes ont été choisis pour être en accord avec l'exigence de représentativité en médecine générale selon des critères épidémiologiques (fréquence du motif de consultation). Une étude réalisée en 2011(33) sur les besoins de formation des internes en gynécologie faisait ressortir ces besoins pour les gestes techniques, la prescription de traitement substitutif de la ménopause, la prise en charge des IST et la réponse à une demande d'IVG. Les thèmes évoqués dans le présent référentiel permettraient, de par leur mise en situation, un approfondissement de ces mêmes points (les gestes techniques pouvant être en rapport avec le dépistage via le FCU ou la contraception via les DIU ou les implants).

A noter que le thème IVG qui n'a pas été développé dans notre étude, fait partie de l'exercice de médecine générale depuis la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001. Cependant, cette pratique reste sous représentée : il n'y avait fin 2008 que neuf médecins généralistes dans le Poitou-Charentes qui réalisaient cet acte(34). Pourtant, ce référentiel constitue indirectement une aide à cette prise en charge :

- ❖ par l'intermédiaire d'une approche centrée sur la patiente dans le choix de sa contraception, ce référentiel pourra aider à limiter les échecs venant d'une méthode contraceptive « pas toujours adaptée aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes »(35).
- ❖ en permettant de mettre en évidence des aptitudes de médecine générale du domaine de la communication (information claire et adaptée, empathie) et d'orientation communes à la prise en charge d'une IVG, aptitudes qui pourront être évaluées grâce à cet outil.

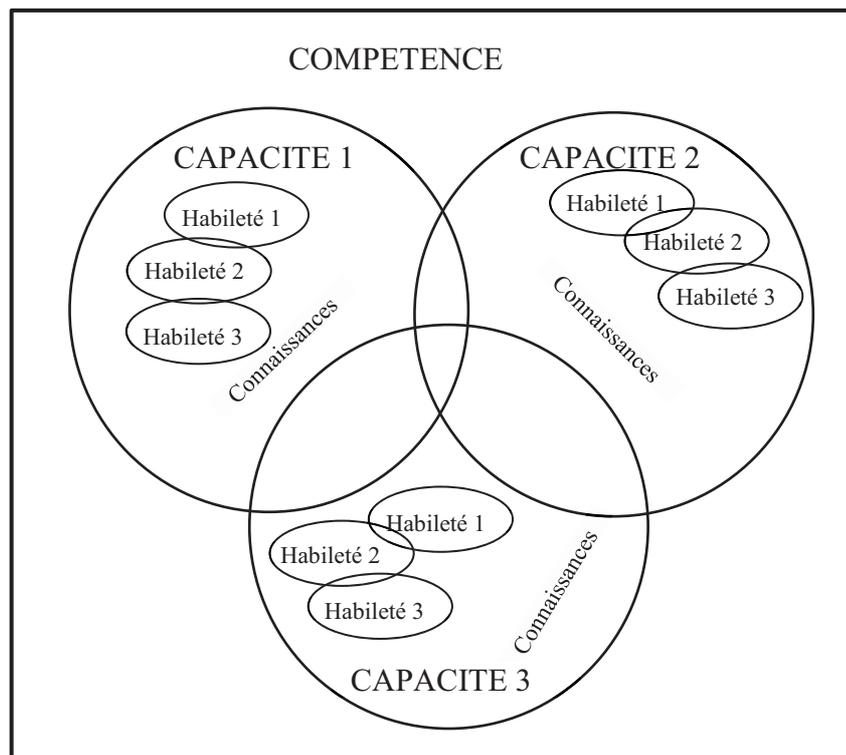
#### 5.1.3.2 Critère qualitatif

Afin de rendre les situations de soins types pédagogiquement utiles, nous avons insisté sur leurs caractéristiques attendues, en précisant aux experts que les situations obtenues devaient être :

- ❖ authentiques, car les compétences au sens socio-constructiviste ne peuvent s'exercer que dans une situation réelle, en contexte (Tardif).
- ❖ problématiques, spécifiquement professionnelles et emblématiques (Perrenoud).
- ❖ à l'origine de tâches intégratrices (Lasnier). Ce point est très important pour la valeur du référentiel. La compétence étant définie comme un « *Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations* », plus la

quantité de ressources à combiner et à mobiliser sera importante dans la résolution d'un problème, plus le degré de maîtrise d'une compétence et le nombre de compétences seront élevés.

Figure 2 : Représentation schématique des composantes d'une compétence (D'après Lasnier)(14)



En distinguant(11) :

- connaissances : connaissances déclaratives
- habiletés : connaissances procédurales et conditionnelles
- capacités : regroupe différentes habiletés
- compétence : regroupe différentes capacités

Pour illustrer ce propos, prenons le thème « contraception ». Toutes les situations cliniques où le médecin généraliste est confronté à la contraception ne font pas appel aux mêmes ressources. Certaines nécessiteraient plus de ressources que d'autres. Ainsi, un intitulé « renouvellement d'une contraception oestroprogestative » fera appel à moins de ressources que l'intitulé « adolescente à la demande d'une première contraception ». Cette deuxième situation implique en plus de la première:

- ❖ au niveau des connaissances : les différents moyens de contraception
- ❖ au niveau des habiletés : mettre en œuvre les modalités de prescription et de suivi du moyen de contraception choisi
- ❖ au niveau des capacités : adopter un langage adapté face à une adolescente

#### 5.1.4 Justification des caractéristiques de l'échantillon

L'échantillonnage théorique raisonné par la technique de la boule de neige nous a paru adapté à la question de recherche. Les méthodes de consensus, faisant partie des techniques de recherche qualitatives, ne nécessitent pas d'obtenir une population homogène. En revanche, l'échantillonnage doit être ciblé, avec pour objectif d'obtenir un groupe de travail expert dans le domaine exploré(36). C'est dans cette optique qu'ont été développés les critères d'inclusion et d'exclusion. La technique par « boule de neige » nous a permis de cibler les participants correspondant aux critères d'inclusion. Ce processus est essentiel pour obtenir une validité externe à notre étude. Les critères d'inclusion ont été basés sur les conditions d'agrément pour être MSU du stage ambulatoire « femme-enfant » (Annexe 9).

Nous avons veillé à ce que différentes tranches d'âge soit représentées, afin de créer un équilibre entre de jeunes médecins généralistes et des praticiens expérimentés. Cela traduit la volonté des investigateurs de ce travail d'obtenir un compromis entre les données issues de l'expérience et celles gardant un lien avec les études médicales encore récentes.

La diversité des profils des experts recrutés entre exercice rural/urbain et libéral/mixte/salarié témoigne de notre volonté de diversifier les profils, selon une stratégie d'échantillonnage à « variation maximale »(37) permettant une généralisation des données.

Nous avons décidé d'utiliser le même échantillon d'experts tout au long de l'étude afin d'améliorer la fidélité des résultats.

Une caractéristique notable de notre échantillon est la faible représentation masculine (13,3%). Ceci est lié en partie au mode de recrutement des experts, car la participation à l'étude n'a été proposée qu'à trois médecins hommes, deux ont accepté. Ce constat est consécutif à la représentation que se sont fait les investigateurs de l'activité de gynécologie,

pensée plus importante chez les médecins femmes que chez les médecins hommes. La revue de la littérature confirme cette représentation(7)(38).

Enfin, pourquoi ne pas avoir recruté de gynécologues dans le groupe d'experts ? Il existe des recouvrements entre les compétences déployées au sein des deux professions, et leur degré d'expertise aurait apporté de la valeur scientifique à notre référentiel. Mais nous avons pris le parti de ne faire appel qu'à des médecins généralistes, les compétences explorées étant celles de médecin généraliste et non pas de gynécologue.

### 5.1.5 Choix de la méthode de recherche

L'objectif principal de cette étude est d'élaborer un référentiel métier et compétences, utilisable pour une évaluation des compétences de médecine générale dans des situations de gynécologie, conforme au paradigme d'apprentissage. Or, le domaine des compétences cliniques est complexe, et sa mise en situation ne peut être définie seulement à l'aide de données quantitatives. L'approche qualitative est recommandée dans de telles situations(39). L'approche qualitative en médecine générale est utilisée pour établir des bases théoriques, ou élaborer des techniques de recueil de données ou d'analyse, afin de répondre à des questions de type « comment ? ». Recherches quantitative et qualitative ne sont pas pour autant antinomiques, les deux types de méthodes peuvent être complémentaires, et se succéder dans un même programme de recherche(36).

Le résultat attendu était la production d'un document synthétique rendant compte de la manière avec laquelle les compétences de médecine générale doivent idéalement s'exercer dans des situations de gynécologies fréquemment rencontrées en médecine générale. Nous avons voulu nous baser sur l'expérience de professionnels, et obtenir un document faisant consensus au sein du groupe d'experts. Les méthodes de consensus, produisant des estimations quantitatives (degré d'accord) à partir d'une approche qualitative (comment faites-vous ?), nous ont semblé être idéales pour répondre à notre question de recherche.

### 5.1.6 Choix de la procédure Delphi pour la détermination des intitulés de soins types

Nous avons utilisé la procédure Delphi pour la détermination des intitulés de soins types. Il existe d'autres méthodes de consensus, dont l'autre principalement utilisée est la technique du groupe nominal. La procédure Delphi nous a paru la plus adaptée à notre question de recherche, car elle et le groupe nominal donnent des résultats similaires, avec même un avantage de reproductibilité pour le Delphi(40).

De plus, la méthode Delphi permettra de nous affranchir des contraintes spatio-temporelles qu'imposeraient le groupe de travail dans la technique de groupe nominal, et donc d'élargir la zone géographique de recrutement des experts pour limiter le biais géographique. Nous avons ainsi pu recruter un participant en Loire-Atlantique, et un autre dans le département du Rhône. De plus, cette méthode de consensus nous a permis de recruter plus de dix personnes, nombre habituellement maximal pour la bonne conduite d'une technique du groupe nominal. Enfin, la réussite d'un groupe nominal dépend de la qualité et de l'entraînement du modérateur, compétence et expérience dont nous ne bénéficions pas.

### 5.1.7 Choix d'une méthode inspirée du consensus formalisé pour la validation du contenu des situations de soins types

Pour la deuxième partie de l'étude, il a été décidé d'adapter une méthodologie employée, entre autres, pour la rédaction des consensus au sein de l'HAS.

Nous comptons initialement appliquer la méthode Delphi sur toute l'étude. Cependant, il nous est apparu que cette procédure se serait avérée d'utilisation délicate, car portant sur un nombre d'éléments très important. L'ampleur de la tâche pour le groupe de travail s'en serait trouvé considérablement augmentée, avec un risque important d'émoussement de la motivation et d'abandon au cours de l'étude, avant même que le consensus ne puisse être atteint.

La méthode du consensus formalisé Rand/Ucla (RAM ou Rand Appropriated Method) dont nous nous sommes inspirés découle d'une adaptation des techniques Delphi et du groupe nominal en les combinant, et recourt :

- dans un premier temps à l'établissement d'un questionnaire par l'organisateur proposant un premier jet des recommandations par l'analyse de la littérature.
- puis une première évaluation à l'aide d'une cotation individuelle par échelle numérique est envoyée aux membres groupe de travail
- les résultats sont ensuite analysés, et discuté lors d'une réunion en présence du groupe de travail. De nouvelles propositions ou des modifications sont alors apportées.
- enfin, une dernière cotation numérique individuelle est effectuée.

Elle utilise une cotation numérique pour marquer l'intensité de l'adhésion à la proposition (exemple : cotation de 1 à 9, la zone 1-3 étant la zone de non adhésion, la zone 4-6 d'indécision et la zone 7-9 d'indication). Nous n'avons pas voulu utiliser cette procédure d'évaluation. En effet, il aurait fallu présenter le contenu des situations de soins types comme une liste de ressources sans lien dynamique, ce qui aurait eu pour effet de décontextualiser la situation clinique et de limiter la vision globale qu'elle exige. Or, pour répondre à l'exigence de l'évaluation des compétences en situation authentique, il faut que les experts répondent non pas en fonction de ce que les données de la littérature recommandent, mais en fonction de leur expérience personnelle, en essayant de contextualiser la situation. Les ressources ont donc été présentées de manière articulée entre elles et dans le temps de la (ou des) consultation.

Le premier avantage de cette méthode est de pouvoir partir d'un document réalisé au préalable, économisant alors un temps de travail utile. Le deuxième avantage est de permettre un apport de nouvelles propositions de manière individuelle par les membres du groupe de travail, qui seront ensuite soumises à évaluation du groupe. En plus d'une procédure de validation, cette technique nous permet d'enrichir le contenu des situations des expériences individuelles, et de les faire valider par l'ensemble des membres du groupe de travail. Les validités de construit et de contenu s'en trouvent renforcées.

## **5.2 Discussion des résultats**

### **5.2.1 Discussion des résultats du Delphi**

Les intitulés ont été construits à partir des trois composantes obtenues. Pour ce faire, chaque terme générique a été traduit en caractéristique « réelle », articulé entre eux, de manière à faire émerger une situation complète, complexe et signifiante. Afin d'augmenter la validité interne des résultats, la procédure a été réalisée avec une triangulation des chercheurs, c'est-à-dire par le thésard et sa directrice de thèse, avec échange de propositions jusqu'à obtenir les situations convenues.

Les compétences de médecine générale qui seront mises en application de manière primordiale dans chacune des situations cliniques retenues seront explicitées dans cette section, en se basant sur les compétences de médecine générale développées par le groupe « Certification des compétences » du CNGE en 2005(41).

#### 5.2.1.1 Examen de dépistage et de prévention

Nous avons choisi « *une femme de 21 ans* » pour la caractéristique « *adolescente-25 ans* ». Dans cette tranche d'âge, la majorité des questions de dépistage et surtout de prévention (sur le plan gynécologique) porteront sur les questions relatives à la sexualité (IST, prévention des grossesses non désirées,...). Nous avons considéré que choisir un âge supérieur à la moyenne de l'âge des premiers rapports sexuels en France (17,6 ans pour l'Institut National des Etudes Démographiques) justifierait l'exploration de ces questions.

La composante de demande de soins « *motif de routine* » a été traduite en « *consultant pour établir un certificat de non-contre-indication à la pratique du tennis* » pour deux raisons : la première est qu'il s'agit là aussi d'un motif lié au dépistage et à la prévention (maladies cardio-vasculaires, rhumatologiques...), la deuxième est que ce motif précis a été proposé soit tel quel en tant que caractéristique de la demande de soin, soit dans la partie argumentaire du premier tour du Delphi.

Enfin, la patiente ne venant pas dans l'optique d'être questionnée sur des questions relatives à la gynécologie, le terme « *abord des questions de dépistage* » a été choisi afin de faire émerger l'aptitude du médecin à répondre à la demande de la patiente, tout en agissant selon sa propre volonté de maîtriser les déterminants de santé de celle-ci.

Les compétences de médecin généralistes qui seront particulièrement mises en action sont :

- Eduquer le sujet à la gestion de sa santé.
- Négocier avec le patient pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée.
- Développer un processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Articuler et assurer dans la pratique l'éducation pour la santé, la prévention et le dépistage.

#### 5.2.1.2 Contraception

Nous avons décidé d'utiliser le terme « *Jeune fille de 17 ans* » pour traduire la caractéristique « *Patiente de moins de 18 ans* ». Les experts ayant décidé que la consultation devait être réalisée seule (« *programmée, venant seule* »), il nous a semblé nécessaire que la patiente ait plus de 15 ans, considérant l'âge légal de la maturité sexuelle (article 227-25 du code pénal), pour ne pas trop axer la situation sur questionnement éthique qu'aurait impliquée la prescription d'une première contraception chez une jeune fille de 13-14 ans.

Le terme « *venant seule* » a été gardé tel quel, car générateur par lui-même d'habiletés à posséder sur le plan de la communication. Il aurait été intéressant de considérer la situation en présence d'un parent afin de faire émerger les attitudes à adopter vis-à-vis de la relation triangulaire, mais bien que cité par 20% des experts au premier tour, le consensus s'est finalement établi sur une patiente venant seule.

La demande de soins a volontairement été traduite en langage familier (« *pour commencer la pilule* ») pour souligner qu'il s'agit pour cette tranche d'âge du moyen de contraception le plus connu et le plus utilisé, le deuxième étant le préservatif. Les autres techniques (implant, DIU, anneau, patch...) restent marginales(42).

Les compétences de médecine générale qui seront mobilisées de manière prépondérante sont :

- Adopter une approche centrée sur la personne du patient et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient.
- Négocier avec le sujet pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée.
- Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie : assurer la prévention des maladies et impliquer le sujet dans un projet de prise en charge.
- Adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet.

### 5.2.1.3 Grossesse

Le choix du groupe de travail quant à la caractéristique de la patiente a été de choisir la tranche d'âge 30-38 ans. « 30 ans » correspond à la moyenne d'âge de la première grossesse en France en 2009 (Institut National des Etudes Démographiques), « 38 ans » à l'âge à partir duquel était indiqué le diagnostic anténatal pour dépistage de la trisomie 21 avant la conférence de consensus sur les « stratégies de dépistage de la trisomie 21 » (HAS, Juin 2007). Par ce biais, nous avons voulu faire ressortir le questionnement sur le calcul du risque intégré de la trisomie 21, bien qu'il soit recommandé à tout âge.

La caractéristique « *Grossesse désirée programmée* » a été traduite par « *Suite à un arrêt de pilule volontaire depuis 8 mois* ».

Enfin, le terme « *Initiation de suivi de grossesse* », rarement employé par la patiente, a été remplacé par « *suite à un test de grossesse urinaire positif* », motif fréquent de première consultation post-conceptionnelle en médecine générale selon nos expériences.

Les compétences de médecine générale mises en avant dans cette situation sont :

- Eduquer le patient à la gestion de sa santé et de sa maladie : assurer la prévention des maladies, accompagner et motiver le sujet dans sa démarche.
- Fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science.
- Adopter une approche centrée sur la personne du patient et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient

- Coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés

#### 5.2.1.4 Vulvite-vaginite

Concernant les caractéristiques de la patiente, le consensus a été relativement rapide (2<sup>ème</sup> tour du Delphi) car les termes génériques ayant émergé ont été peu nombreux, en raison de notre choix de regrouper tous les âges compris entre la fin de l'adolescence et la ménopause en une seule catégorie, « *Femme en période d'activité génitale* », car les déterminants des risques critiques évitables portent sur la présence ou non d'une grossesse ou d'une IST.

Le terme générique « *Premier recours* » nous a permis de traduire « *consultation urgente* » en y associant les remarques dans l'argumentaire de deux participants : « *Nouvelle patiente qui souhaite un autre avis* » et « *patiente non connue* », enrichissant la portée sémantique du contexte et en l'orientant vers une des fonctions primordiales du médecin généraliste (gestion des soins primaires). Pour renforcer encore cette idée, il a été décidé de traduire ce « *Premier Recours* » en « *non connue du cabinet en raison d'un rendez-vous rapide impossible avec son médecin traitant* ».

Nous avons ensuite regroupé l'ensemble des signes cliniques associés au thème (« *Dyspareunies* », « *Douleurs abdominales* », « *Leucorrhées* », et « *Brûlures vaginales* ») sauf quand ils étaient associés à une caractéristique particulière (« *port d'un DIU associé* », « *récidives fréquentes* »). Ce choix délibéré nous a permis de mettre en avant la gestion de l'incertitude dans le métier de médecin généraliste.

Les compétences de MG particulièrement attendues dans cette situation sont :

- Gérer le premier contact avec les patients
- Prendre en charge des problèmes de santé de premier recours non sélectionnés.
- Développer un processus spécifique de prise de décision déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires
- Utiliser le temps comme outil décisionnel et tolérer (intégrer) l'incertitude dans la décision.
- Répondre de manière adaptée à la demande urgente d'un patient.
- Intégrer les logiques de santé individuelle et de santé publique dans la décision

### 5.2.1.5 Ménopause

Le consensus sur le choix des caractéristiques liées à ce thème ne s'est fait qu'en deux tours de Delphi. L'âge choisi initialement (« 63 ans »), comme l'ont fait remarquer plusieurs membres du groupe d'expert lors de l'élaboration du contenu des situations de soins types, paraît élevé pour être la première consultation traitant spécifiquement de cette question. Il a donc été décidé, pour augmenter la validité interne via la validité de signifiante des interprétations(43) , d'abaisser l'âge à 53 ans. Les autres caractéristiques (« *Consultation programmée chez une patiente connue* » et « *Troubles climatériques comme motif principal* ») ont été validées en, respectivement, un et deux tours. Le faible degré de complexité apparente de cette situation clinique reste cohérent avec le besoin de formation ressenti dans la prise en charge de la ménopause dans plusieurs études(33)(44).

Les compétences de médecine générale mises en œuvre dans cette situation seront :

- Adopter une approche centrée sur le patient et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient.
- Fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science.
- Négocier avec le sujet pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée.
- Entreprendre et participer à des actions de dépistage individuel et de dépistage de masse organisé.
- Eduquer le patient à la gestion de sa santé et de ses maladies, assurer la prévention des maladies, accompagner et motiver le sujet dans sa démarche.

## 5.2.2 Discussion des résultats du consensus formalisé

### 5.2.2.1 Faits marquants issus des items rajoutés ou de désaccord

Quelques points marquants liés aux ressources mobilisées méritent d'être soulevés au terme de l'analyse des résultats.

Un membre du groupe d'expert qui n'exerce pas en Poitou-Charentes a soulevé, dans le déroulé du contenu du thème « Contraception », le questionnaire relatif à la prise de connaissance des parents de la prescription d'un moyen de contraception. Cela fait ressortir

l'importance du contexte dans lequel s'exerce la consultation. L'absence de cette remarque de la part des autres experts est-il en rapport avec l'existence d'un dispositif de remboursement type « Pass Contraception » ?

La question de l'abord de la sexualité via la contraception a été abordée par un expert féminin dans trois des thèmes (« Examen de dépistage et de prévention », « Contraception » et « Grossesse »). Cette manière de procéder pour explorer les déterminants de la sexualité est adaptée dans le cas d'une patiente hétérosexuelle, mais elle a fait remarquer que cela pouvait créer un blocage lors de l'interrogatoire, limitant ainsi la collecte de données utiles à la bonne conduite de l'entretien. Nous avons veillé à faire valider cette ressource importante à l'ensemble du panel.

La prescription systématique d'une méthode de contraception d'urgence en cas de choix de contraception orale a fait débat au cours de la première phase exploratoire. Nous avons choisi d'évoquer la prescription systématique d'une « pilule du lendemain » en cas de choix de contraception orale, comme le suggère le rapport de l'IGAS sur la contraception(42), bien qu'il ne s'agisse pas d'une recommandation de l'AFSSAPS. Le point de désaccord concernant cet item a été au final rejeté, témoignant de l'ancrage des ressources citées dans l'expérience professionnelle, la majorité des experts ayant accepté la prescription systématique d'une pilule du lendemain avait une activité en centre de planification familiale.

Il avait été indiqué par les investigateurs dans le contenu préparatoire de prévenir la patiente que l'examen gynécologique n'était pas obligatoire. Le seul expert masculin ayant participé à la deuxième étape de notre étude a été le seul à mettre en avant l'inutilité de cet examen gynécologique dans le cadre d'une consultation pour l'initiation d'une contraception, hors choix de DIU. Cela témoigne d'un degré élevé de prise en considération des craintes de la patiente, et ce d'autant plus lorsque le médecin est un homme.

Un autre membre du groupe d'expert nous a indiqué à juste titre dans le contenu de la consultation du thème « Examen de dépistage et de prévention », que les éléments de prévention concernant l'alimentation, les toxiques, l'alcool..., n'ont pas été abordés, et que si cela devait être le cas, la consultation serait devenue rapidement non opérationnelle. Cette remarque nous rassure quant au réflexe de prise en charge globale des patientes par cet expert, témoignant d'un niveau élevé de compétence. Dans cette situation, nous avons pris le parti de

n'aborder que les aspects gynécologiques des dépistages et de la prévention, ce qui correspond à une dimension particulière d'une habileté de MG : la sélectivité(45). Elle pourra permettre, dans le cadre d'une évaluation, de déterminer comment l'étudiant s'y est pris pour aborder ces aspects au sein d'une consultation qui n'y était pas dédiée au départ, et évaluer ainsi cette habileté spécifique au MG.

#### 5.2.2.2 Discussion de la taxonomie des ressources utilisées lors de la phase préparatoire

La répartition des ressources intégrées dans notre référentiel en différents niveaux taxonomiques peut faire penser à une planification de l'évaluation s'inspirant du paradigme d'enseignement avec une perspective docimologique. Toutefois, il existe une certaine complémentarité entre les objets d'évaluation dans les courants behavioristes et socioconstructivistes(10).

Certes, l'utilisation de taxonomies, aussi complètes soient-elles, peut être révélatrice d'une approche par objectif dans l'évaluation (paradigme d'enseignement), en guidant les « épreuves » réalisées vers une exploration des notions enseignées en contexte non professionnel. Toutefois, la prise en compte d'éléments qui ne peuvent être appris hors contexte professionnel (telles que les connaissances implicites), et la pertinence de la tâche d'évaluation, impliquant une articulation dynamique de ressources ne visant pas l'exhaustivité, peuvent rendre fonctionnelle une telle taxonomie dans le paradigme d'apprentissage.

Une faiblesse de cette classification telle que nous l'avons utilisée est de ne pas avoir pu faire apparaître les ressources du domaine de l'expérience (connaissances générales et contextualisées), et surtout les métaconnaissances(11), c'est-à-dire les connaissances que chaque individu possède sur ses propres capacités, son fonctionnement intellectuel et les limites de son savoir. Pour autant, ces connaissances sur son fonctionnement cognitif étant spécifiques à chacun, la recherche de consensus sur ce type de ressource aurait été un contresens.

### 5.2.2.3 Répartition des nouveaux items au sein de cette taxonomie

Nous avons initialement utilisé cette classification pour permettre la représentation du plus large éventail possible de type de ressource lors de la phase préparatoire. Celle-ci peut être utile après collecte et analyse des données pour évaluer la valeur ajoutée par le processus de consensus formalisé, en étudiant la proportion de représentativité des ressources dans chaque niveau taxonomique.

Tableau n°41 : Répartition des items rajoutés dans leur niveau taxonomique respectif

TYPE DE CONNAISSANCE	ELEMENTS RAJOUTES PAR LES EXPERTS
Connaissances déclaratives	21,5%
Connaissances procédurales	39,8%
Connaissances conditionnelles	20,4%
Connaissances explicites	2,2%
Connaissances implicites	16,1%
Schème	0%

Cette analyse nous permet de rendre compte :

- ❖ De la prépondérance de représentation des connaissances procédurales (« *Enoncer le principe de dépistage du risque intégré de la trisomie 21* »)
- ❖ De la présence significative de ressources du domaine conditionnel (« *Rechercher les signes sympathiques de grossesse et évaluer leur retentissement* ») et implicite (« *Trouver l'axe pour aborder les questions de dépistage sans interférer avec la demande de la patiente* »).

A noter la non représentation de schèmes opératoires, leur mise en œuvre dépendant, comme les métaconnaissances, essentiellement du fonctionnement cognitif propre à un individu, donc par définition difficilement généralisable.

Une deuxième perspective d'utilisation de cette taxonomie est de pouvoir servir de base à la pondération des critères du référentiel en vue d'une évaluation avec utilisation de critères

quantitatifs, les niveaux taxonomiques « connaissances conditionnelles » et « connaissances implicites » étant de grande valeur dans la démarche médicale(11).

### **5.3 Evaluation de la rigueur scientifique de l'étude**

Bien que les méthodes de consensus fassent partie du domaine de la recherche qualitative, elles restent soumises à des contraintes précises pour prétendre faire partie du domaine scientifique. Cependant, il n'existe pas de consensus sur les éléments de rigueur d'une étude qualitative(43).

Le champ d'application des recherches qualitatives est varié, et les critères de scientificité qui s'y rapportent dépendent de l'approche épistémologique de l'étude qualitative en question. Henwood et Pidgeon(46) en rapportent trois : l'empirisme, le contextualisme et le constructivisme. Notre étude se situe dans le champ de l'empirisme (qui ne correspond pas au paradigme du positivisme empirique). Ils partent du principe que le monde social existe en tant que construction de l'esprit, mais aussi en tant que réalité objective. Dans notre démarche, nous n'avons pas étudié les mécanismes de construction cognitive menant à la performance, mais les ressources que les participants considéraient comme étant les moyens d'y accéder dans leur exercice. Ces ressources peuvent être considérées comme le fait observable sur lequel nous nous sommes basés. Les critères de validité et fidélité (ou fiabilité) habituellement utilisés en recherche quantitative peuvent y être rapportés.

#### **5.3.1 Fidélité**

La fidélité représente la reproductibilité des mesures effectuées, à savoir la stabilité de la mesure dans le temps, et l'accord des observateurs sur la réalité des mesures effectuées.

D'après Lecompte et Goetz (47), la fidélité peut être améliorée par cinq stratégies :

- ❖ L'utilisation de descriptifs faiblement inférentiels : pour améliorer ce point, nous avons insisté auprès du panel d'experts à chaque étape de l'étude, en leur demandant :
  - pour l'obtention des intitulés de soins types : de nous indiquer les caractéristiques de situations réelles qui répondaient selon eux aux exigences

d'authenticité (rencontrées dans leur exercice professionnel) et de représentativité.

- pour la validation et l'enrichissement de contenu : de se mettre en situation de contexte de soins et d'explicitier ce qu'ils font réellement.
  - de plus, les propositions qui n'étaient pas précises étaient écartées de l'analyse (composante indiquée non en rapport avec la caractéristique demandée, indication d'une fourchette d'âge trop large,...)
- 
- ❖ La participation de plusieurs chercheurs et l'examen des résultats par des pairs: le travail d'analyse des données a été effectué par le Dr Stéphanie Grandcolin et Rémy Belkébir.
  - ❖ La collaboration de chercheurs participants : cela n'a pas été fait car dans une procédure Delphi, l'équipe de recherche n'appartient pas au groupe de participants(29).
  - ❖ L'enregistrement électronique des données : chaque réponse, qu'elle soit sous forme de courriel ou de courrier papier, était immédiatement consigné dans un fichier de type Word® sans correction préalable avant d'être analysée.

Les conditions de fidélité ont été respectées. Celle-ci aurait pu être meilleure en impliquant davantage de chercheurs dans l'élaboration des outils de collecte et dans l'analyse des données.

### 5.3.2 Validité

La validité représente le degré d'authenticité de l'observation. On peut distinguer la validité interne, c'est-à-dire la crédibilité des résultats tirés de l'observation, et la validité externe, ou transférabilité des observations à d'autres objets ou contextes.

### 5.3.2.1 Validité interne

La validité interne a été affectée par différents biais :

- ❖ Le biais de maturation : qui représente l'effet de la durée de l'étude sur les participants selon qu'interviennent des événements perturbant les sujets de l'étude. Bien que l'étude se soit déroulée sur 10 mois, les investigations portaient sur l'expérience des experts, et ceux-ci répondaient à un moment non imposé par l'investigateur, ce qui permet de limiter l'effet de maturation.
- ❖ L'effet du chercheur : qui représente l'impact du chercheur sur les sujets d'étude ou l'impact de l'environnement sur le chercheur. Cet effet a été minime en raison de la technique de recueil des données utilisée, qui n'impliquait pas de rencontre physique. Toutefois, il a parfois été nécessaire de rentrer en contact téléphonique et physique avec certains participants, pour expliciter les résultats attendus ou leur rappeler les délais de réponses, ce qui a pu produire un biais.
- ❖ L'attente du chercheur : les représentations préalables des investigateurs ont eu un impact sur l'analyse des données et l'élaboration du contenu préalable des situations de soins types, induisant un biais d'analyse et d'interprétation. Afin de minimiser ces biais, les résultats ont été analysés par le thésard et sa directrice de thèse, et les résultats des contenus des situations de soins types ont été soumis à validation. Une triangulation de chercheurs plus large aurait augmenté la validité interne de l'étude.
- ❖ La perte des sujets : constitue le biais principal de notre étude, avec une perte de deux participants entre le premier et deuxième tour du Delphi, et la perte d'encore cinq participants entre la première et la deuxième étape. Les raisons étaient un manque de temps de la part des participants et un dépassement important des délais impartis (qui variaient entre quatre et six semaines selon les étapes). La validité interne s'en trouve réduite. Il aurait fallu constituer un échantillonnage plus conséquent et peut-être raccourcir les délais de réponses pour éviter l'effet d'oubli. Un effet d'épuisement est aussi responsable de cette perte de sujet, en raison de la taille importante des questionnaires, en particulier lors de la deuxième étape. Un nouvel échantillonnage aurait pu être réalisé afin de limiter l'émoussement de la motivation, mais

l'appropriation du cadre pédagogique et des objectifs par de nouveaux experts aurait limité la fidélité de l'étude. Une autre possibilité évoquée lors du travail préparatoire était de scinder les situations types pour réduire la taille du questionnaire. Mais il y aurait eu une invalidité de contenu, car un outil pédagogique compatible avec le paradigme socio-constructiviste nécessite que la tâche soit complète, afin de mettre en évidence les interactions entre les différentes composantes des compétences(48).

- ❖ Le biais de contamination : une proportion importante d'experts (62,5%) lors de la deuxième étape de l'étude travaillait en centre de planification, ce qui a pu générer des réponses orientées vers une population particulière, où les besoins en éducation de santé sont plus prégnants que dans une patientèle de médecine générale. Toutefois, il sera possible, lors de l'utilisation du référentiel, d'indexer ces éléments, repérés au préalable, par la description qualitative « au-delà des attentes » ou de ne pas les intégrer dans la cotation numérique.

Un autre critère de validité interne peut être soulevé, la validité de signifiante des interprétations(43). Cela consiste à soumettre les résultats de son analyse aux acteurs qui y ont participé en vue d'une corroboration. Dans la première partie de l'étude, cela se traduit par un rappel de la réponse donnée associée à notre interprétation en tant que terme générique. Aucun participant n'a exprimé de désaccord quant à l'interprétation des réponses qui ont été faites, sauf pour la caractéristique liée à l'âge de la patiente dans le thème ménopause, qui a été ramenée à 53 ans. Toutefois, il aurait été judicieux, à chaque étape, et en particulier après l'obtention des intitulés de situations de soins types, d'explorer le degré d'adhésion avec les interprétations (question fermée, cotation numérique individuelle...).

#### 5.3.2.2 Validité externe

La validité externe renvoie à la possibilité de généraliser les observations à d'autres contextes. Dans notre étude, cela consiste à s'assurer que la méthodologie et l'analyse auraient donné des résultats similaires avec une autre population considérée comme experts de médecine générale dans des situations de gynécologie.

Cela nécessite une sélection des experts rigoureuse, et l'utilisation d'outils méthodologiques et d'analyse (les construits) cohérents avec l'objectif recherché.

La technique d'échantillonnage utilisée nous a permis d'obtenir des MG considérés comme experts en situations de gynécologie. Cependant, au vu de l'analyse de sa constitution, il existe certains biais de sélection. La proportion entre hommes et femmes est inégale : deux hommes pour treize femmes. Certes, la recherche qualitative n'impose pas la représentativité de l'échantillon par rapport à la population générale de médecin. Mais la faible représentativité masculine peut induire une sous-représentation de certaines aptitudes du domaine psycho-affectif (connaissances implicites). Un autre de biais de sélection est l'absence d'évaluation préalable des compétences de médecine générale dans les situations de gynécologie de l'ensemble des experts. Cependant ce biais a pu être atténué par les critères d'inclusion et d'exclusion. De surcroît, il est possible d'inférer que les experts qui ont participé à l'ensemble de l'étude ont adhéré à l'objet de l'étude car ils se sentaient concernés.

Un autre aspect de la validité externe à explorer porte sur la validité de construit. Elle représente la manière avec laquelle un instrument ou un outil rend compte de la caractéristique explorée. Dans le cadre d'un outil pédagogique utilisé dans le paradigme d'apprentissage, la validité de construit nécessite de rendre compte de l'ensemble des composantes constituant la compétence(48). Les modalités d'élaboration de notre référentiel sous forme de situations authentiques au sein desquelles sont développées les composantes (ou ressources) se sont basées sur les résultats développés par un groupe de travail du CNGE dont l'expertise dans le domaine de la pédagogie est garantie. Ceci est particulièrement vrai pour ce qui est de la trame utilisée pour le contenu des situations. La validité externe de l'outil utilisé pour construire les intitulés de situations de soins type gagnerait à être évaluée, en procédant à une nouvelle procédure Delphi ou en triangulant les données avec une autre méthode (groupe nominal par exemple).

La validité de contenu a aussi été prise en compte. Celle-ci consiste dans notre cas à obtenir une congruence entre les compétences explorées et les ressources déterminées qui les composent. Notre étude n'avait pas pour but de déterminer les compétences de gynécologie, mais les compétences de médecine générale dans des situations de soins spécifiques à la prise en charge des femmes. Cela se traduit par la présence de ressources composant plusieurs compétences de médecine générale, le cadre de la situation authentique et du déroulé de consultation augmentant la validité de contenu.

Enfin, Tardif(48) rapporte une autre composante de la validité externe : la validité écologique. Elle indique le degré de ressemblance entre les conditions dans lesquelles se trouve l'étudiant dans des conditions d'évaluation et celles qui existeront après la période d'apprentissage. L'outil développé par notre étude a une validité écologique optimale, les situations d'évaluation étant celles que rencontrera l'étudiant lors de son activité professionnelle future.

## **5.4 Comparaison avec d'autres projets**

Nous nous sommes intéressés à d'autres projets aux objectifs similaires. Deux ont particulièrement retenu notre attention, leurs méthodologies et résultats nous ont permis de situer notre travail.

### **5.4.1 Le référentiel de compétences en éducation thérapeutique- Le référentiel des praticiens(49)**

Ce référentiel a pour objectif de rendre compte d'un large éventail de compétences en éducation thérapeutique des professionnels en contact direct avec des patients, par l'intermédiaire des situations rencontrées et des activités qui s'y produisent.

L'élaboration de ce référentiel se déroule depuis Mai 2010. Elle a eu lieu en quatre étapes, dont le déroulé est inspiré de la méthode ETED (Emploi-Type Etudié dans sa Dynamique):

- Première étape: Exploration des référentiels existants sur l'éducation thérapeutique. Puis, un comité technique qui a participé à l'élaboration et au suivi du projet, constitué d'un large panel d'intervenants (professionnels, associations, institutions et sociétés savantes), a déterminé à l'avance la cartographie des acteurs et des situations significatives (neuf maladies chroniques), puis a procédé à une phase d'échantillonnage raisonné par appel à participation de projet lancé par l'INPES.
- Deuxième étape : des membres du comité techniques ont réalisé 96 entretiens individuels semi structurés, où les professionnels ont été questionnés sur les situations

appelant une action d'éducation thérapeutique, les activités réalisées et leur déroulement précis.

- Troisième étape: Les investigateurs ont procédé à l'analyse des données, avec construction, selon le champ d'activité, des situations rencontrées, des activités qui s'y déroulent, et les démarches mises en œuvre pour les résoudre, par l'intermédiaire d'une analyse par codage des verbatim résultant des entretiens. Des compétences transversales et spécifiques (éléments des compétences transversales) ont été déterminées. Ce référentiel provisoire a ensuite été soumis aux professionnels précédemment consultés, afin de procéder à une première validation pour s'assurer de la fidélité de l'interprétation des données, par l'intermédiaire d'une procédure itérative, jusqu'à aboutir à un consensus.
- Quatrième étape: Le comité technique a lancé une phase de validation auprès des acteurs de terrain (qui ne sont pas ceux qui ont été interrogés) par questionnaire écrit à questions ouvertes (Quel est l'atout de ce référentiel ? Quelles utilisations pourriez-vous en avoir ? Quels sont les trois points à améliorer ? Quelles sont vos propositions pour chaque intitulé ?). Cette étape de concertation et de validation est encore en cours actuellement.

Le référentiel provisoire se présente sous la forme de six situations (par exemple : « accueillir un patient atteint de maladie chronique »), au sein desquelles sont caractérisées les activités qui s'y rapportent (par exemple « donner un premier niveau d'information sur l'éducation thérapeutique du patient et les acteurs qui y concourent »). Puis, les compétences transversales mises en œuvre sont explicitées (par exemple « pratiquer l'écoute active bienveillante ») ainsi que les compétences spécifiques qui les composent (en continuité de l'exemple précédent « personnaliser l'accueil d'un patient »). Les ressources sont aussi listées.

Ce travail de grande envergure, utilisant aussi l'approche par compétence dans le cadre du paradigme socio-constructiviste, présente une fidélité et une validité optimales, étant donné la diversité de domaine des investigateurs (le comité technique), le nombre et la qualité des professionnels concernés, et les procédures visant à améliorer la fidélité et la validité externe. Le champ d'application de ce référentiel étant bien plus large, correspondant à plusieurs

professions, il s'agit plutôt d'un référentiel de compétences. Toutefois, il représente, de par sa rigueur et sa méthode d'élaboration à partir de l'activité réelle des professionnels, un modèle dont nous devons nous inspirer pour améliorer notre référentiel. En vue d'une utilisation certificative ou d'évaluation de programme de notre référentiel, la quatrième étape de la méthodologie de ce référentiel (la validation auprès des professionnels concernés qui n'ont pas participé à l'élaboration préalable) paraît essentielle pour renforcer la validité et l'appropriation du référentiel.

#### 5.4.2 Le référentiel CanMEDS-MF et le cursus Triple C

Le référentiel CanMEDS-MF est le référentiel de compétences du métier de médecin généraliste (appelé médecin de famille au Canada). Il s'intègre dans un programme de reconnaissance des compétences des différentes spécialités reconnues par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada depuis 1996, et s'appuie sur le référentiel de compétences transversales communes à toutes les disciplines médicales ou chirurgicales : le cadre de compétence CanMEDS. Celui-ci formalise les rôles que doivent remplir les médecins sans rentrer dans les caractéristiques de spécialité, et énumère les compétences qui doivent être mises en œuvre dans chacun de ceux-ci, au nombre de sept (Expert, Communicateur, Professionnel, Erudit, Gestionnaire, Promoteur de la santé, Collaborateur).

CanMEDS-MF décrit ces mêmes rôles, mais adaptés à la profession de médecine familiale. Il correspond, dans sa portée, au référentiel de compétences du médecin généraliste élaboré par les experts du CNGE en 2006. Cependant, ils ne permettent pas de répondre aux exigences concrètes de l'évaluation dans l'approche par compétence, ou du moins, ils ne constituent que le « squelette » du modèle cognitif de l'apprentissage, les ressources constituant les compétences, propres aux familles de situations, n'étant pas explicitées.

C'est dans cette optique que, sous l'impulsion du Collège de Médecine Familiale du Canada (CMFC), le cursus Triple C a été développé. Celui-ci vise des soins Complets et globaux, est orienté vers la Continuité pédagogique, et les soins Centrés sur la médecine familiale. Pour se faire, le CFMC a missionné un groupe de travail pour axer les cours et stages des résidents (équivalent des internes en France) vers un développement des compétences, et promouvoir une action réflexive tout au long de la profession.(45).

Le résultat est un document complet détaillant ce que le groupe de travail a déterminé comme étant les objectifs d'évaluation des compétences :

- Approche centrée sur le patient
- Habiletés de communication
- Professionnalisme
- Habiletés de raisonnement clinique
- Sélectivité
- Habiletés techniques
- Sujets prioritaires et éléments clés pour l'évaluation en médecine familiale

Ce dernier point nous a particulièrement intéressés dans sa forme. Il permet l'articulation des 99 thèmes jugés comme prioritaires avec ce que le groupe de travail nomme les « *éléments clés* ». Ce sont des actions observables spécifiques à une situation particulière dans le cadre d'une discipline. A cet égard, il s'agit d'un élément constitutif de la compétence. Pour chaque thème reconnu prioritaire, les différents éléments clés ont été assemblés, associés à l'intitulé de la compétence dont ils proviennent et à la phase de l'examen clinique où ils doivent apparaître. Un moyen supplémentaire de s'assurer de la validité externe (ou transférabilité) de notre étude est de comparer les éléments-clés avec nos résultats. Ainsi, on peut observer certaines similitudes :

Tableau n°42 : comparaison entre les éléments-clés du référentiel canadien et les ressources de notre référentiel pour le thème « Ménopause »

<b>Ménopause</b>	
<b>Eléments-clés</b>	<b>Ressources de notre référentiel</b>
Lorsqu'une patiente présente des contre-indications à l'hormonothérapie, ou qu'elle fait le choix de ne pas en prendre : Explorez les autres options thérapeutiques et recommandez d'autres alternatives qui sont appropriés.	Répondre de manière adaptée et concertée aux troubles climatériques : Proposer des alternatives médicamenteuses (homéopathie) ou non (conseils alimentaires)
Chez les femmes ménopausées ou en période de périménopause, renseignez-les sur les recommandations concernant le dépistage et la prévention de certains problèmes de santé (p. ex. tests pour l'ostéoporose, mammographie).	Répondre de manière adaptée et concertée à la prévention de l'ostéoporose. Proposer un FCU si non à jour. Proposer un examen mammaire et une mammographie dans le cadre du dépistage organisé, y compris en dehors d'une prescription de THM, et discuter de la balance bénéfice/risque de l'autopalpation régulière

Tableau n°43 : comparaison entre les éléments-clés du référentiel canadien et les ressources de notre référentiel pour le thème « Contraception »

<b>Contraception</b>	
<b>Éléments-clés</b>	<b>Ressources de notre référentiel</b>
Recherchez et identifiez les risques (contre-indications relatives et absolues).	Explorer les antécédents personnels et familiaux, en particulier, gynécologiques, obstétricaux, thrombo-emboliques et cardiovasculaires.
Recherchez (et évaluez) l'exposition aux infections transmises sexuellement.	Explorer les questions d'IST et informer sur les moyens de prévention
Identifiez les obstacles à certaines méthodes spécifiques (p. ex. coût, contraintes culturelles)	Prévenir du non remboursement de certaines contraceptions orales. Demander si ses parents sont informés de sa démarche, et si un problème pourrait découler de leur prise de connaissance de la contraception via le remboursement envoyé par la caisse d'assurance maladie.
Informez les patients concernant l'efficacité et les effets indésirables, particulièrement les effets secondaires à court terme susceptibles d'inciter à abandonner la méthode.	Renseigner sur les effets secondaires potentiels de la contraception choisie. Renseigner sur les interactions médicamenteuses potentielles. Informer sur les signes devant amener à consulter.

Cette démarche visant à définir les objectifs d'évaluation des compétences sous la forme d'une articulation dynamique des éléments constitutifs des compétences avec une situation authentique car rencontrée dans le cadre de l'exercice professionnel, coïncide avec la forme du référentiel métier et compétences du CNGE, sur laquelle nous nous sommes basés.

## **5.5 Perspectives**

L'élaboration d'un référentiel comme outil pédagogique offre un cadre dont l'utilisation peut être variée : reconnaissance du métier, valorisation de la profession auprès du public ou des étudiants, certification, validation des acquis d'expérience... Nous nous sommes fixés comme objectifs secondaires de prévoir l'utilisation du référentiel en tant qu'outil d'évaluation des compétences.

### 5.5.1 Evaluation certificative

L'utilisation de notre référentiel à visée certificative aurait pour mission de déterminer le niveau de compétence requis pour pratiquer, de manière adaptée aux exigences sociales, les actes de gynécologie en médecine générale. Se posent alors de multiples questions :

#### 5.5.1.1 Comment déterminer le niveau de compétence ?

Déterminer le niveau de compétence, c'est déterminer la trajectoire de développement de celle-ci du stade de novice (première mise en application) au stade développement maximal théorique de la compétence (niveau expert), en utilisant des indicateurs de développement(19). Malheureusement ce postulat nécessite de pouvoir se baser sur un modèle cognitif de l'apprentissage, ce dont nous ne disposons pas. Scallon souligne(50) page 173 qu' « *en fin de parcours,[...], le jugement exprimé doit résumer et intégrer une multitude d'observations relevées en cours de progression* » et propose l'utilisation d'échelles d'appréciation.

Le référentiel de formation anglais de gynécologie-obstétrique, basé sur l'approche par compétence, utilise une de ces échelles pour rendre compte du développement des compétences(51). Il s'agit d'une échelle descriptive dont le critère d'évaluation principal est l'implication de l'étudiant dans une procédure, en 5 niveaux selon le degré d'implication. L'avantage de cette échelle est de proposer des critères distincts les uns des autres, dont l'observation extérieure objective est possible. Une note globale permettrait d'utiliser les résultats de cette évaluation. Son obtention pourrait représenter la somme des points attribués à chaque niveau de l'échelle descriptive, selon des critères de pondération pouvant être établis au préalable selon l'importance taxonomique de la ressource abordée.

Tableau n°44 : proposition d'une échelle descriptive globale , inspirée du référentiel de formation anglais de gynécologie-obstétrique

Niveau d'accomplissement de la ressource	Description	Critère quantitatif correspondant (exemple)
<b>Observateur</b>	Observe la ressource produite par le maître de stage	1
<b>Assistant</b>	Aide le maître de stage à produire la ressource	2
<b>Supervision directe</b>	Produit la ressource sous la supervision directe du maître de stage	3
<b>Supervision indirecte</b>	Produit la ressource sous la supervision indirecte du maître de stage	4
<b>Indépendant</b>	Produit la ressource de manière autonome sans supervision	5

Le critère quantitatif pourra être modulé lors de la planification de l'évaluation, selon le degré de complexité de la ressource considérée selon la taxonomie utilisée précédemment. Une ressource du domaine procédural (par exemple « *rechercher les antécédents* ») n'a pas la même valeur pédagogique qu'une ressource du domaine implicite (par exemple « *Etablir un climat de confiance en pratiquant une écoute active* »). La note ainsi obtenue sera plus représentative du niveau de compétence réalisé. Cette pondération pourrait être réalisée par un groupe de travail sensible à cette évaluation selon une méthodologie de consensus type groupe nominal ou Delphi.

#### 5.5.1.2 Dans quel contexte évaluer ?

Notre référentiel prend en compte les situations de mise en observation de l'application des compétences, mais le compte rendu peut avoir différentes modalités:

- ❖ En supervision directe : le maître de stage, en cas de situation s'approchant d'un intitulé des situations de soins types, pourra remplir la grille d'évaluation en suivant le contenu des situations de soins types en cours de consultation ou juste après au cours d'une pause. L'inconvénient de ce contexte est de créer un climat sanctionnant qui peut affecter la performance de l'étudiant et créer un biais dans la notation. Un moyen

de contourner ce désavantage serait de recourir à l'observation directe via une glace sans tain ou un enregistrement vidéo, nécessitant un investissement important (infrastructure, demande d'autorisation au préalable) rendant l'évaluation difficilement généralisable.

- ❖ En supervision indirecte : l'évaluation est réalisée par le maître de stage, en fin de journée ou lors d'un moment de pause aménagée, sans que sa présence n'ait interféré au cours de la consultation. Un moyen de s'approcher au plus près de la réalité de l'action antérieure est de recourir à une technique de recueil de données particulière : l'entretien d'explicitation(52). Cette technique permettrait de limiter les contraintes d'infrastructure et les biais liés à la relation triangulaire en cours de consultation, mais nécessite une formation du maître de stage pour améliorer la validité de recueil de données.
  
- ❖ En rétroaction : par le biais de la même technique, une investigation du déploiement dynamique des ressources pourrait être réalisée par une tierce personne expérimentée à l'entretien d'explicitation.

Cette procédure de certification n'a pas vocation à être utilisée telle quelle. Elle doit être étalée dans le temps, réalisée par différents formateurs (maîtres de stage hospitaliers et extra hospitaliers), en se basant sur différents moyens pédagogiques déjà en cours dans le cadre du DES de MG à Poitiers(53): analyse de cas cliniques, portfolio, audit de dossiers médicaux, révisions de dossiers, traces de présentation de dossier, participation aux staffs hospitaliers, projets personnels.

De plus, les champs d'activité de la médecine générale étant très vastes, une telle procédure de certification des compétences de médecine générale appliquée à chacun de ceux-ci (cardiologie, hépato-gastro-entérologie, pédiatrie...) nécessiterait un temps d'évaluation bien trop important. La certification par ce biais serait dès lors contre-productive.

### 5.5.2 Evaluation de programme

Par contre, cette procédure d'évaluation pourrait s'avérer utile dans le cadre d'une évaluation de programme, par l'association de techniques qualitatives et quantitatives. Cette thèse est née de l'idée d'obtenir un outil capable de déterminer l'impact d'un nouveau stage ambulatoire femme-enfant. L'évaluation de programme consisterait à comparer le niveau de compétences (tel que défini précédemment par l'échelle descriptive globale) d'une part avant et après ce stage, et d'autre part en fin de DES en comparant les résultats entre les internes qui sont passés dans ce stage et les autres.

Le versant qualitatif consisterait à procéder à un certain nombre d'entretiens d'explicitation sur des situations similaires à celles abordées par notre référentiel, en augmentant la fidélité et la validité des résultats en s'assurant de la bonne maîtrise de la technique d'entretien d'explicitation et de l'appropriation du référentiel par l'investigateur.

Le versant quantitatif consisterait:

- A obtenir des groupes de taille suffisante, dont le critère principal d'inclusion serait d'être ou non passés dans ce stage ambulatoire femme enfant. Des sous-groupes pourraient être réalisés selon que les internes sont ou non passés en service hospitalier de gynécologie. D'autres critères devront être déterminés (âge, faculté d'origine, enfants,...) afin d'obtenir des échantillons les plus homogènes possibles.
- A déterminer un niveau de compétence de MG dans les situations de gynécologie par analyse des résultats des entretiens d'explicitation (dont le déroulement pourrait avoir été enregistré) en utilisant une échelle descriptive (comme celle proposée précédemment) dont chaque critère est associé à une valeur numérique, dont le niveau devra avoir été déterminé à l'avance selon l'importance taxonomique de la ressource libellée. Le résultat final pourra être représenté par un chiffre reflétant le niveau global de développement des compétences de MG dans des situations de gynécologie en situations de soins primaires.
- A analyser ces résultats, et à rechercher une différence significative entre les groupes et sous-groupes, ce qui permettrait d'évaluer l'impact réel de ce nouveau stage ambulatoire.

### 5.5.3 Evaluation formative

Un autre intérêt de l'utilisation de ce référentiel réside dans l'utilisation à visée formative. Scallon(54) la définit ainsi : « *Processus d'évaluation continue ayant pour objectif d'assurer la progression des individus engagés dans une démarche d'apprentissage [...] selon deux voies possibles : soit par des modifications de la situation ou du contexte pédagogique, soit en offrant à chaque individu l'aide dont il a besoin pour progresser* ».

La première des deux voies correspond à ce que nous avons présenté dans l'évaluation de programme. La deuxième voie représente une finalité possible de notre référentiel. L'utilisation d'un document présentant les compétences et leur niveau de développement peut améliorer le degré de maîtrise de compétence clinique entre le début et la fin d'un stage chez des étudiants en médecine, comme le suggère une étude Suisse(55). Dans une attitude de réflexivité, l'étudiant peut utiliser le référentiel pour se situer dans ses apprentissages et faire le point sur les ressources maîtrisées et celles sur lesquelles ses efforts doivent se porter. Le référentiel devient dans cette optique, et sur la durée, un facilitateur des apprentissages, mais n'a pas pour vocation d'être la seule source de savoir.

## 6. CONCLUSION

---

L'aboutissement de ce travail signe le début de l'évaluation de l'impact d'un stage ambulatoire visant l'amélioration de la formation des IMG en gynécologie. Le recueil des données a été obtenu à partir de l'expérience des professionnels dont la pratique en gynécologie nous a semblé optimale, conformément aux tendances actuelles en matière d'élaboration de référentiel. Notre travail s'inscrit dans la continuité des procédures de certification en cours, dont font l'objet les disciplines médico-chirurgicales par l'intermédiaire de l'amélioration de la qualité des soins. Les référentiels métier et compétences représentent le socle de cette démarche, en constituant la base de l'élaboration d'outils d'évaluation.

Nous avons veillé lors de chaque étape à assurer une cohérence avec le courant pédagogique actuel, dont l'essence est de conduire l'étudiant à acquérir une autonomie dans ses apprentissages et d'en faire un professionnel réflexif sur ses pratiques, mais aussi d'amener les équipes pédagogiques à réévaluer régulièrement ses pratiques.

Notre référentiel nécessite encore quelques étapes afin d'en faire un outil fonctionnel dans l'optique d'une évaluation de programme, en particulier l'élaboration d'une échelle descriptive globale et la diffusion auprès des MSU.

## 7. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, ONDPS. Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011. 2011 févr.
2. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002.
3. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Code de Santé Publique.
4. Iedema R, Degeling P, Braithwaite J, Kam Yin Chan D. Medical education and curriculum reform: putting reform proposals in context. Medical Education Online [série en ligne]. 2004;9(17).
5. Chamberfort C. Certification: Quelle validation pour le 3ème cycle? Tours; 2006.
6. Agence Régionale de Santé du Poitou-Charentes. Liste des postes offerts par établissement. 2012.
7. Levasseur G, Bagot C, Honorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. 2005;17(1):109-19.
8. Bourgeois M. La mise en place de la maîtrise de stage de 6 mois en médecine générale. Concours médical. 1999;121(24):1961-4.
9. Gardon Forestier S. Mise en place d'un atelier pratique de gynécologie dans la formation des étudiants de troisième cycle de médecine générale [Thèse de médecine générale]. Dijon; 2001.
10. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. Pédagogie médicale. 3(1):38-52.
11. Bernard J-L, Reyes P. Apprendre, en médecine (1ère partie). Pédagogie médicale. 2001 août;2(3):163-9.
12. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? Pédagogie médicale. 2003 août;4(3):163-75.
13. Perrenoud P. Des savoirs aux compétences: de quoi parle-t-on en parlant de compétences? Pédagogie collégiale. 1995 oct;9(1):20-4.
14. Lasnier F. Réussir la formation par compétences. Guérin; 2000.
15. Allal L. Acquisition et évaluation des compétences en situation scolaire. Raisons éducatives. 2(1-2):77-94.
16. Boterf GL. Développer la compétence des professionnels. Éditions d'Organisation; 2002.
17. Roegiers X. Une pédagogie de l'intégration: Compétences et intégration des acquis dans l'enseignement. De Boeck Supérieur; 2001.

18. Perrenoud P. Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle [en ligne]  
[http://unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2001/2001\\_33.rtf](http://unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_33.rtf). 2001.
19. Tardif J, Fortier G, Préfontaine C. L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière-éducation; 2006.
20. Popham WJ. Modern educational measurement: practical guidelines for educational leaders. Allyn and Bacon; 2000.
21. Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. *Exercer*. 2010;(91):41-6.
22. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Aspects théoriques, réflexions pratiques. *Exercer*. 2005 avr;(73):63-9.
23. Bamberger Chancerelle V. Elaboration et évaluation d'un référentiel de compétences en médecine générale pour une évaluation directe et formative des internes en stage de premier niveau [Thèse de médecine générale]. Tours; 2009.
24. Moaveni A, Gallinaro A, Conn LG, Callahan S, Hammond M, Oandasan I. A Delphi approach to developing a core competency framework for family practice registered nurses in Ontario. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2010 déc;23(4):45-60.
25. 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 oct;57(10):e373-380.
26. Allen T, Brailovsky C, Rainsberry P, Lawrence K, Crichton T, Carpentier M-P, et al. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: dimensions of competence and priority topics for assessment. *Can Fam Physician*. 2011 sept;57(9):e331-340.
27. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie: d'« Acteur » à « Interdépendance ». *Exercer*. 2009;20(87):74-9.
28. Observatoire épidémiologique de la SFMG. Consulté sur  
[http://www.sfm.org/outils\\_sfm/observatoire\\_de\\_la\\_medecine\\_generale\\_-\\_omg](http://www.sfm.org/outils_sfm/observatoire_de_la_medecine_generale_-_omg) le 16 Novembre 2011.
29. Letrillart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus: quelle méthode utiliser? *Exercer*. 2011 nov;22(99):170-7.
30. HAS. Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. 2006 janv.
31. Boterf GL. Construire les compétences individuelles et collectives: Agir et réussir avec compétence. Eyrolles; 2010.

32. Berger-Levrault. Référentiels métier et compétences : Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Berger-Levrault; 2010.
33. Baranger Royer L. Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire: enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de mai à octobre 2010 [Thèse de médecine générale]. Angers; 2011.
34. Merlière S, Vivier Darrigol M. Les IVG en 2008. Etat des lieux et prise en charge en Poitou-Charentes. DRASS Poitou-Charentes; 2009 sept p. 1-8. Report No.: 4.
35. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? Population et sociétés. 2004;(407):1-4.
36. Aubin Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
37. Huberman AM, Miles MB. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003.
38. Perrissin-Pirasset M, Lemonnier A. Pratique de la gynécologie en médecine générale : état des lieux et perspectives, attentes et ressentis des médecins généralistes, critères de choix de leur intervenant par les patientes [Thèse de médecine générale]. Caen, 2010.
39. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. BMJ. 1995 août 5;311(7001):376-80.
40. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. Am J Public Health. 1984 sept;74(9):979-83.
41. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer. 2006 janv;(76):31-2.
42. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2010 févr p. 1-99.
43. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques Psychologiques. 2004 mars;10(1):79-86.
44. Bidault F, Leveque J, Broux P-L, Grall J-Y, Honnorat C. Création d'objectifs d'apprentissage pratique et leur confrontation à la réalité pédagogique d'une unité de gynécologie : l'expérience rennaise. Pédagogie médicale. 2002 mai;3(2):74-80.
45. Définir la compétence aux fins de la certification par le collège des médecins de famille du Canada: Les objectifs d'évaluation en médecine familiale. Le Collège des Médecins de Famille du Canada; 2010 oct p. 190.
46. Henwood K, Pidgeon N. Beyond the qualitative paradigm: A framework for introducing diversity within qualitative psychology. Journal of Community & Applied Social Psychology. 1994;4(4):225-38.
47. LeCompte M, Goetz J. Problems of reliability and validity in ethnographic research. Review of Educational Research. 1982;52(1):31-60.

48. Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation. Université de Sherbrooke; 1993. p. 27-56.
49. Ardouin T, Balcou Debussche M, Beyragued L, Boulon C, Dardel A, Deccache A. Elaboration d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. Le référentiel des praticiens. INPES; 2011.
50. Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. De Boeck Supérieur; 2004.
51. Jones O, Reid W. The development of a new speciality training programme in obstetrics and gynaecology in the UK. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010 déc;24(6):685-701.
52. Vermersch P. L'entretien d'explicitation en formation initiale et en formation continue. ESF; 1994.
53. Attali C, Ghasarossian C, Bail P, Gomes J, Chevallier P, Beis J-N, et al. La certification de la compétence des internes de médecine générale: mode d'emploi [Internet]. Available de: <http://www.medecinegen-creteil.net/-Tutorat-Certification>
54. Scallon G. L'évaluation formative. De Boeck Université; 2000.
55. Zuercher S, Bonvin R, Reber L, Michaud P-A, Feihl F, Waeber B. Evaluation using a logbook of mastering of clinical skills by medical students. *Praxis (Bern 1994)*. 2010 janv 20;99(2):101-5.

## 8. ANNEXES

---

### **8.1 Annexe n°1 : Référentiel compétences du CNGE**

Pour exercer la spécialité, la médecine générale requiert les compétences suivantes dans trois champs d'activité :

- **la démarche clinique,**
- **la communication avec les patients,**
- **la gestion de l'outil professionnel.**

Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques sont fondamentales :

- **Dimension scientifique** : l'approche critique basée sur la recherche des connaissances et son maintien par une formation continue visant une amélioration permanente de la qualité des soins.
- **Dimension comportementale** : les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique.
- **Dimension contextuelle** : le contexte de la personne et du médecin, la famille, la communauté, le système de soins et la culture.

#### **LES COMPETENCES GENERIQUES :**

##### **La gestion des soins de santé primaire dans le contexte réglementaire :**

- Gérer le premier contact avec les patients.
- Prendre en charge des problèmes de santé de premiers recours non sélectionnés.
- Coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés
  - organiser la prise en charge des sujets dans les parcours, filières et réseaux appropriés.
  - accompagner et protéger le sujet au sein des parcours, filières et réseaux.
- Respecter la loi et le code de déontologie.
- Assurer la continuité des soins dans la durée, selon les besoins du patient, en équilibre avec les ressources disponibles et les contraintes, tout en assumant un rôle de défenseur du patient si cela est nécessaire :

- collaborer avec les partenaires médico-sociaux,
- collaborer avec le système de permanence de soins en vigueur,
- - organiser l'hospitalisation et le retour à domicile,
- organiser ou faire organiser les soins lors des absences (vacances, formations, autres activités).
- Privilégier le modèle biopsychosocial qui prend en considération les dimensions culturelles et existentielles :
  - fonder son raisonnement et sa synthèse sur les données actuelles de la science ;
  - négocier avec le patient pour aboutir à une prise en charge acceptable et acceptée.

## **LES COMPETENCES DECISIONNELLES SPECIFIQUES :**

### **1. L'aptitude à la résolution de problèmes :**

- Développer un processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Utiliser le temps comme outil décisionnel et tolérer (intégrer) l'incertitude dans la décision.
- Gérer des situations au stade précoce et indifférencié d'une part, au stade avancé voire "terminal" d'autre part.
- Prendre des décisions qui intègrent les principes de données actuelles de la science adaptées aux besoins du patient dans son contexte (EBM).
- Intervenir dans l'urgence si nécessaire c'est-à-dire :
  - gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et les plus graves en soins primaires,
  - répondre de manière adaptée à la demande urgente d'un des patients,
  - constituer et maintenir une trousse d'urgence adaptée à son lieu d'exercice.
- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours.

### **2. Les soins centrés sur la personne :**

- Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient.

- Créer une relation adaptée entre le médecin et le patient, en respectant son autonomie :
  - manifester une écoute active et empathique,
  - maîtriser les techniques de communication verbale et non verbale,
  - adapter la communication aux possibilités de compréhension du sujet,
  - prendre en compte ses émotions et celles du patient sujet,
  - intégrer dans la pratique les principes éthiques appliqués aux soins : humanité, respect, égalité, autonomie du patient.

### **3. L'approche globale (prévention, dépistage, soins curatifs et palliatifs, réadaptation) :**

- Gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient.
- Eduquer le patient à la gestion de sa santé et de ses maladies :
  - promouvoir l'éducation pour la santé en utilisant des stratégies appropriées de promotion de la santé et de prévention des maladies,
  - assurer la prévention des maladies,
  - mettre en place l'éducation thérapeutique,
  - établir un diagnostic éducatif,
  - impliquer le sujet dans un projet de prise en charge,
  - décliner des stratégies éducatives,
  - accompagner et motiver le sujet dans sa démarche.
- Articuler et assurer dans la pratique l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, les soins y compris palliatifs et de réadaptation.

**4. L'orientation communautaire :**

- Prendre en compte le fonctionnement du système de soins, les moyens disponibles et l'ensemble de l'environnement.
- Intégrer les logiques de santé individuelle et de santé publique dans la décision.
- Entreprendre et participer à des actions de dépistage individuel et de dépistage de masse organisé :
  - repérer les sujets cibles de ces actions dans son activité,
  - identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention,
  - gérer et exploiter les données du dossier médical des patients dans cette orientation

## **LES COMPETENCES EN RAPPORT AVEC L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE :**

### **1. Se préparer à son exercice professionnel :**

- Organiser le temps de travail de façon à préserver sa capacité de travail et d'investissement.
- Adapter le lieu et les conditions d'exercice à ses besoins, désirs et capacités et aux nécessités du système dans une démarche qualité : exercice en commun, hygiène, maintenance.
- Gérer l'outil de travail et les ressources humaines selon les modalités de l'exercice

### **2. Actualiser et développer ses compétences :**

- Adopter une attitude critique envers ses savoirs, basée sur la recherche.
- Maintenir et améliorer ses compétences par une formation médicale continue validée.
- Evaluer sa pratique professionnelle.

## **8.2 Annexe n°2 : Présentation du projet**

### **Elaboration d'un référentiel métier et compétences**

Je suis actuellement en cours de réalisation de ma thèse de médecine générale, sous la direction du Dr Stéphanie GRANDCOLIN (Poitiers).

Mon sujet porte sur la pédagogie médicale, en particulier sur l'élaboration d'un référentiel métier et compétences dans des situations spécifiques de gynécologie en soins ambulatoire, qui pourrait avoir plusieurs utilités (formative pour les internes ou pour l'enseignement, certificatives en fin de 3<sup>ème</sup> cycle,...), sur le modèle du référentiel métier et compétences développé par le CNGE (pièce jointe).

Je fais appel à vous pour participer à un groupe de travail à distance (par échange de courriels), où vous ferez office d'experts de gynécologie en situations de soins primaires, en tant que médecins généralistes en activité, pratiquant régulièrement des actes de gynécologie.

Ce travail aura lieu en 2 étapes, inspirées par la méthode DELPHI, une technique de recherche de consensus, utilisée dans les enquêtes de type qualitative :

- la première devra déterminer quelles situations de consultation vous semblent les plus authentiques, spécifiques, emblématiques et génératrices de tâches intégratrices.
- la seconde nous permettra d'arriver à un consensus sur le contenu « idéal » de chacune de ces situations types.

De tels référentiels s'inscrivent dans une démarche d'évaluation des compétences, et constituent le socle de la reconnaissance du métier, en permettant une valorisation de la profession et une transparence de l'activité (Rapport de mission parlementaire du Pr Yves Matillon, mars 2006).

Merci d'avance de votre réponse, que celle-ci soit positive ou négative.

Rémy BELKEBIR

## 8.3 Annexe n°3 : Premier tour du Delphi

### Elaboration d'un référentiel métier et compétences

#### DELPHI n°1 : Elaboration des situations types

Dans la première partie de notre étude, nous allons chercher à trouver un consensus sur l'intitulé des situations, grâce à une technique de recherche dénommée DELPHI.

Le DELPHI est une méthode de consensus reposant sur une série de questionnaires structurés visant à élaborer des décisions, utilisée dans les études de type qualitatives.

On peut résumer le déroulement d'un DELPHI ainsi :

- les experts sont consultés de manière individuelle et anonyme
- un questionnaire leur est envoyé
- on leur demande de donner leur avis, éventuellement de manière argumentée
- ils renvoient le questionnaire.
- l'ensemble des questionnaires est alors analysé par le « promoteur », qui renvoie le questionnaire « corrigé » avec les arguments correspondant
- le processus est alors répété jusqu'à obtenir un consensus de la part des experts, c'est à dire quand il y a au moins une diminution du nombre de remarques, au mieux quand il n'y a plus de nouvelles remarques.

La première partie de notre étude consistera à circonscrire 5 situations de gynécologie fréquemment rencontrées en médecine générale, sous la forme de **situations de soin type**.

Le but d'un référentiel est d'établir un cadre spécifique à un métier et de développer la manière dont les compétences constitutives doivent s'exercer. Le cadre adapté dans notre étude est la consultation de médecine générale. Les compétences sont celles définies par le CNGE à partir de la définition de la médecine générale de la WONCA. Afin d'être exploitable, il doit répondre à deux impératifs dans le choix de ces consultations de médecine générale (qui constitueront les situations types) :

-les situations types doivent être **authentiques** (rencontrées en consultation de médecine générale), **professionnelle** (appelant une démarche que l'on attend spécifiquement d'un médecin généraliste), **problématique** (appelant à une action raisonnée) et **emblématique** (se rencontrant fréquemment en médecine générale).

-ces situations doivent être à l'origine de la mise en jeu d'un maximum de ressources pour répondre à l'exigence de **tâches intégratrice**. Prenons le thème « contraception ». Toutes les situations cliniques où le médecin généraliste est confronté à la contraception ne font pas appel aux mêmes variétés de ressources. Certaines en nécessiteraient plus que d'autres. Ainsi, un intitulé « renouvellement d'une contraception oestroprogestative » fera appel à moins de ressources que l'intitulé « adolescente face à la contraception : consultation

urgente suite à un accident de préservatif » (exemple tiré du référentiel du CNGE). Cette deuxième situation implique en plus de la première de connaître les différents moyens de contraception, les risques infectieux, savoir prescrire un moyen de contraception, savoir communiquer avec une adolescente...

Pour répondre à ces exigences, nous allons utiliser les cinq thèmes de gynécologie les plus fréquemment rencontrés en consultation de médecine générale (observatoire de médecine générale de la SFMG). Chaque thème sera articulé sur trois axes :

<b>AXES DE CHAQUE THEME</b>	<b>EXEMPLE : contraception</b>
Caractéristiques du patient (âge, antécédents,...)	Adolescente
Caractéristiques du contexte (patiente connue ou non du cabinet, degré d'urgence...)	Consultation urgente
Caractéristiques de la demande de soin (demande de la patiente, suivi...)	Accident de préservatif

Il faudrait pour chaque axe indiquer ce qui serait selon vous à l'origine d'un maximum de ressources :

<b>THEME</b>	<b>Caractéristiques de la patiente</b>	<b>Caractéristiques du contexte</b>	<b>Caractéristiques de la demande de soin</b>	<b>Argumentaire (facultatif)</b>
Examen de dépistage et de prévention				
Contraception				
Grossesse				
Vulvite-vaginite				
Ménopause				

Dès la réception de l'ensemble des questionnaires, je vous ferai parvenir les résultats.

Merci

## **8.4 Annexe n°4 : Consignes des questionnaires suivants du Delphi**

### **Elaboration d'un référentiel métier et compétences**

#### **DELPHI n°1 : Elaboration des situations types**

Après obtention de l'ensemble des résultats, nous avons pu procéder à l'analyse de ceux-ci. L'**objectif** de cette étape est **d'aboutir à un consensus sur l'intitulé** des situations de soins types, qui seront développées ultérieurement pour donner notre référentiel.

Je vous rappelle les impératifs de ces intitulés, ils doivent être :

- Suffisamment souvent rencontrés** en médecine générale pour être représentatifs de l'activité de gynécologie en situation de soins primaires.
- Suffisamment riches** pour permettre l'émergence des compétences de médecine générale au sein des situations.

Pour aboutir au consensus, nous vous demandons d'indiquer, dans les cases prévues à cet effet dans les tableaux, **soit la réponse que vous avez déjà donnée, soit une réponse donnée par un ou plusieurs autres participants** qui répondrait mieux aux impératifs selon vous.

Le consensus sera obtenu lorsque la fréquence de l'ensemble des réponses données sera supérieure à 50%.

La partie « Argumentaire » du tableau que vous avez rempli en premier nous sera utile pour agrémenter le référentiel définitif selon vos indications.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement.

Merci

## **8.5 Annexe n°5 : Bibliographie de la version de travail du contenu des situations de soins types**

### **Thème n°1 : Examen de dépistage et de prévention**

- Direction générale de la santé, Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations, Edition 2012. INPES. Saint-Denis; 2012.
- Institut national de Veille Sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2012 avr 10;(14-15).
- Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS; 2010 oct.
- Ministère chargé de la santé, INPES. Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST). 2011 mai.
- Fleury É, Institut national de santé publique du Québec. Guide québécois de dépistage des ITSS. Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide Institut national de santé publique : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications; 2010 Consultable à l'adresse: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1983167>. Consulté le 26 septembre 2012.
- Auger M, Mayrand M-H, Goggin P, Institut national de santé publique du Québec. Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels. Avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin au Québec. Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique Québec; 2009 Consultable à l'adresse: <http://site.ebrary.com/id/10309467>. Consulté le 26 septembre 2012.
- Carré F. Bilan cardio-vasculaire dans la visite de non contre-indication à la pratique du sport en compétition. AMC Pratique. 2010 mai;(188):9-12
- Dépistage de l'infection par le VIH en France, stratégies et dispositif de dépistage, synthèse et recommandations. HAS. 2009 oct.
- Ministère de la santé, L'Assurance Maladie, Institut national du cancer. Calendrier du dépistage des cancers. 2008
- Ministère chargé de la santé, AFSSAPS, HAS, InVS, Institut national du cancer, Haut Conseil de la Santé Publique, et al. Prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. INPES; 2012.

- Recommandations pour la pratique clinique. Prévention du cancer du col de l'utérus. CNGOF; 2007
- Note de cadrage: Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009. HAS; 2009.
- Le Lay E, Chemlal K, Delatour F, Gallay A, Herida M, Janier M, et al. Dépistage du VIH et des IST. INPES; 2007

### **Thème n°2 : Contraception**

- Hamers F, Scemama O, Rumeau-Pichon C. Note de cadrage: Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence. HAS; 2011.
- Reid R, Leyland N, Wolfman W, Allaire C, Awadalla A, Best C. Contraceptifs oraux et risque de thromboembolie veineuse: Mise à jour. J Obstet Gynaecol Can. 2010;32(12):1198-204.
- Guilbert E, Black A, Dunn S. Oubli de doses de contraceptif hormonal: Nouvelles recommandations. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(11):1063-77.
- Dunn S, Guilbert E. Contraception d'urgence. J Obstet Gynaecol Can. 2012;34(9):S1-S10.
- Prévenir les grossesses non désirées: informer femmes et hommes pour choisir une contraception. Prescrire. 2011;31(334):635-7.
- Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2010 févr p. 1-99.
- OMS | Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. WHO. Consultable à l'adresse : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9241562846index/fr/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/fr/index.html). Consulté le 226 septembre 2012
- Guilbert E, Boroditsky R. Directive clinique canadienne de consensus sur la contraception hormonale continue et de longue durée. J Obstet Gynaecol Can. 29(7):S1-S39.
- Commission de transparence. Réévaluation des contraceptifs oraux de 3ème génération. HAS; 2007.
- Contraception: pour une prescription adaptée. Direction générale de la santé; 2005.

- Recommandations pour la pratique clinique: Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. HAS; 2004.
- Black A, Francoeur D, Rowe T, O'Grady T, Pymar H, Smith T. Consensus canadien sur la contraception. J Obstet Gynaecol Can. 2004;26(2):158-74.
- Que faire en cas d'oubli de pilule? Document à l'attention des patientes. INPES

### **Thème n°3 : Grossesse**

- Projet de grossesse: informations, messages de prévention, examens à proposer. HAS; 2009.
- Grossesses à risque: orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. HAS; 2009.
- Davies GA., Maxwell C, McLeod L. Obésité et grossesse. J Obstet Gynaecol Can. 2010;32(2):1741-184.
- Recommandations pour la pratique clinique: Le diabète gestationnel. CNGOF; 2010.
- Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. HAS; 2009.
- Gruslin A, Steben M, Halperin S, Money M, Yudin M. Immunisation pendant la grossesse. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(12):1155-62.
- Dontigny L, Arsenault M., Martel M. Rubéole au cours de la grossesse. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(2):159-66.
- Avis relatif à la vaccination contre la grippe saisonnière de l'enfant et de la femme enceinte. Haut Conseil de la Santé Publique; 2008.
- Wilson D. Supplémentation préconceptionnelle en vitamine/acide folique 2007: Utilisation d'acide folique, conjointement avec un supplément multivitaminique, pour la prévention des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(12):1014-26.
- Automédication et grossesse: manque d'information. Prescrire. 31(334):576
- Godel JC. Les suppléments de vitamine D: Recommandations pour les mères et leur nourrisson au Canada. Paediatr Child Health. 2007;12(7):591-8
- Girardet J-P. Le guide nutrition pendant et après la grossesse. Programme National Nutrition Santé; 2007.

- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS; 2007.
- Comment mieux informer les femmes enceintes? HAS; 2005.
- Keenan-Lindsay L, Yudin M. Dépistage du VIH au cours de la grossesse. J Obstet Gynaecol Can. 2006;28(12):1108-12.
- Préparation à la naissance et à la parentalité. HAS; 2005
- Recommandations pour la pratique clinique: Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D foeto-maternelle. CNGOF; 2005.
- Conférence de consensus: Grossesse et tabac. ANAES; 2004.
- Arsenault M., Lane C. Prise en charge des nausées et vomissements durant la grossesse. J Obstet Gynaecol Can. 2002;24(10):824-31.
- Centre de Référence sur les Agents Tératogènes Consultable à l'adresse: <http://www.lecrat.org/>. Consulté le 26 septembre 2012.

#### **Thème n°4 : Vulvite-vaginite**

- Infections génitales par Chlamydia trachomatis-deuxième partie: à dépister, comme les autres infections sexuellement transmissibles, chez les personnes à risque. Prescrire. 2011;31(333):524-9.
- Diagnostic biologique de l'infection à Chlamydia trachomatis. HAS; 2010.
- Dispositif intra-utérin et infections pelviennes. Prescrire. 29(304):116.
- Mise au point: Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Actualisation. AFSSAPS; 2008.
- Pertes vaginales (vaginose bactérienne, candidose vulvo-vaginale, Trichomonase). Agence de la santé publique du Canada; 2008.
- Commission des anti-infectieux. Urétrite et cervicite aiguës non compliquées. OMÉDIT région Centre; 2007. Consultable à l'adresse: [www.omedit-centre.fr](http://www.omedit-centre.fr). Consulté le 26 septembre 2012.
- Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Agence de la santé publique du Canada; 2008.
- Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. OMS; 2005.
- SPILF - Infectiologie - Consensus et recommandations Consultable à l'adresse: [http://www.infectiologie.com/site/consensus\\_recos.php](http://www.infectiologie.com/site/consensus_recos.php). Consulté le 26 septembre 2012.

## **Thème n°5 : Ménopause**

- Traitement hormonal de la ménopause et cancers du sein. Prescrire. 2008;28(302):908-9.
- Guide sur la ménopause. Document d'accompagnement du Rapport de consensus sur la ménopause 2006 de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; 2006.
- Rosolowich V. Auto-examen des seins. J Obstet Gynaecol Can. 2006;28(8):731-4.
- Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose. HAS; 2006
- Traitement hormonal substitutif de la ménopause. Caractéristiques de l'utilisation en France. Effets sur la survenue de cancers du sein et d'évènements cardiovasculaires en France. Propositions d'études complémentaires. AFSSAPS; 2005 oct p. 68.
- Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. ANAES, AFSSAPS; 2004 mai.
- OMS FRAX Outil d'Evaluation des Risques de Fractures. Consultable à l'adresse : <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?country=12>. Consulté le 26 septembre 2012.
- Prévention des fractures ostéoporotiques: pas de vitamine D pour tous. Prescrire. 2011;31(335):683.

## **8.6 Annexe n°6 : Consignes de la première phase exploratoire du consensus formalisé**

### **Elaboration d'un référentiel métier et compétences**

#### **DELPHI n°2 : validation du contenu des situations de soins types**

Je vous envoie à présent la deuxième étape de notre étude visant à élaborer un référentiel métier et compétences. Il s'agit d'une étape de **validation**. Les modalités de réponses sont indiquées dans le début de la **pièce jointe à remplir « Contenu des consultations TABLEAU »**. Il s'agit de l'étape la plus "intéressante". En effet, j'insiste sur le fait que lorsque vous le remplirez, **faites comme si vous aviez la patiente et sa demande de soins devant vous**. N'hésitez alors pas à indiquer des éléments qui nous auraient échappés dans la colonne prévue à cet effet, ou de nous indiquer les points de désaccord accompagné d'un argumentaire concis.

Il me faudrait, idéalement, les réponses d'ici 1 mois, maximum 1 mois 1/2. Je reste bien sûr à votre disposition pour tout besoin d'information, n'hésitez pas!

**NB:** La deuxième pièce jointe est uniquement informative pour vous faire parvenir les résultats de la première partie de notre étude.

Rémy Belkébir

#### **POUR INFORMATION:**

Grâce à l'étape précédente (Delphi n°1), nous avons pu aboutir à des intitulés de situations types qui répondent aux exigences:

- d'une part de représentativité en médecine générale
- d'autre part de degré de complexité suffisant pour faire émerger des capacités/habilités

Les résultats vous sont envoyés en **pièce-jointe (Delphi 1 tour 3 RÉSULTAT FINAL)**, les situations retenues sont:

**-Thème n°1: Examen de dépistage et de prévention:** Abord des questions de dépistage et prévention chez une femme de 21 ans consultant pour établir un certificat de non contre-indication à la pratique du tennis

**-Thème n°2: Contraception:** Jeune fille de 17 ans venant seule en consultation pour « commencer la pilule »

**-Thème n°3: Grossesse:** Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif.

**-Thème n°4: Vulvite-vaginite:** Femme de 36 ans non connue du cabinet, en raison d'un rendez-vous rapide impossible avec son médecin traitant, consultant devant des leucorrhées et des douleurs pelviennes depuis 2 jours

**Thème n°5: Ménopause:** Bouffées de chaleur incommodantes chez une patiente de 63 ans suivie depuis longtemps au cabinet

## 8.7 Annexe n°7 : Consignes de la deuxième phase exploratoire du consensus formalisé

### **Elaboration d'un référentiel métier et compétences**

#### **DELPHI n°2 : validation du contenu des situations de soins types**

Pour terminer notre étude, nous aurions besoin de faire un dernier tour exploratoire afin d'augmenter la validité des résultats.

Nous avons fait ressortir pour chacune des situations cliniques les points rajoutés par le panel, et les points de désaccord.

Ceux-ci ont été intégrés dans les tableaux à l'étape de la démarche clinique associée, et sur la même ligne vous trouverez les mentions "d'accord" ou "pas d'accord".

Nous vous demandons de mettre une croix (ou tout autre signe) **sans argumentaire** devant la mention choisie, selon que vous validez ou non le point rajouté ou de désaccord.

Par exemple:

<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	Rechercher les antécédents ostéo-articulaires de la patiente	-d'accord : <b>x</b> -pas d'accord :
--	--	---

Si vous préférez, la collecte de données pourra se faire par téléphone, indiquez-moi les horaires que vous préférez, ainsi que votre numéro de téléphone, pour que je puisse vous joindre.

Merci.

## **8.8 Annexe n°8 : Version de travail du contenu des situations de**

### **soins types**

<b>Situation n°1 : Examen de dépistage et prévention : Abord des questions de dépistage et prévention chez une femme de 21 ans consultant pour établir un certificat de non contre-indication à la pratique du tennis</b>	
<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Accueillir la patiente</li> <li>-Adopter un langage compréhensible et adapté, et être attentif aux attitudes de la patiente et à son ressenti tout au long de la consultation</li> <li>-S'enquérir de la requête de la patiente</li> <li>-S'assurer des antécédents personnels et familiaux (dont les facteurs de risques cardio-vasculaires et les événements cardio-vasculaires personnels et familiaux) et remplir le dossier médical en colligeant ces informations.</li> <li>-S'assurer du statut vaccinal vis-à-vis du tétanos (date du dernier rappel) et de la rubéole</li> <li>-En cas de données manquantes, savoir combler ces informations sans interférer sur l'expression de la patiente, selon une conduite d'entretien basée sur une écoute active.</li> <li>-Pratiquer un examen clinique permettant de certifier la pratique du sport en question.</li> </ul>
<b>Elaborer un projet d'intervention négocié (ce qui va mener au résultat de consultation)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Présenter les examens de dépistage:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-en se renseignant sur les connaissances de la patiente</li> <li>-en adaptant son discours selon les informations manquantes sur :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>-leurs utilités en rapport avec les caractéristiques de la patiente</li> <li>-leurs avantages/inconvénients</li> <li>-leurs modalités de réalisation</li> </ul> </li> <li>-en s'assurant de la bonne compréhension de la patiente sur les informations données</li> <li>-en se renseignant sur le positionnement de la patiente vis-à-vis de la pratique du dépistage, afin d'évaluer son adhésion au projet.</li> </ul> </li> <li>-Se renseigner d'une éventuelle contraception (et de son observance) ou besoin de contraception, et profiter de ce sujet pour s'enquérir, avec tact et sans être intrusif, des informations utiles sur la sexualité pour évaluer les risques d'IST ou d'IVG.</li> </ul>
<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Planifier avec la patiente la réalisation d'un FCU à partir de ses 25 ans, sauf facteur de risque d'infection cervicale à HPV précoce.</li> <li>-Prescrire les examens complémentaires qui se révéleront utiles selon les données de l'examen clinique (sérologies VIH VHB VHC TPHA-VDRL Rubéole, test de grossesse si besoin...)</li> </ul>
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informar la patiente sur les délais de réception des résultats si FCU réalisé</li> <li>-Dire à la patiente qu'elle sera contactée en cas de résultat anormal ou non interprétable (s'assurer que les coordonnées de la patiente sont dans le dossier médical)</li> <li>-prescrire si besoin le rappel DTP (+/-Ca) et rubéole</li> </ul>

<p><b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lors d'une autre consultation, expliquer les résultats à la patiente en s'assurant de la bonne compréhension des données (demande de reformulation, besoin d'explications complémentaires...)</li> <li>-L'informer sur la fréquence des examens, notamment le FCU, selon les facteurs de risque retrouvés au cours de l'interrogatoire et des données de l'examen clinique réalisé.</li> <li>-En cas d'anomalie sur un futur FCU (ASCUS, LIBG...), assurer le suivi en adressant en cas de besoin à un confrère gynécologue (avoir un « carnet d'adresse »)</li> </ul>
---	--

<b>Situation n°2 : Contraception : Jeune fille de 17 ans venant seule en consultation pour « commencer la pilule »</b>	
<p><b>Poser un diagnostic global de situation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Accueillir la patiente</li> <li>-Adopter un langage compréhensible et adapté, et être attentif aux attitudes de la patiente et à son ressenti tout au long de la consultation</li> <li>-Adopter une attitude ouverte et empathique, établir un climat de confiance propice à un questionnement de la patiente</li> <li>-La question du tutoiement/vouvoiement peut être posée si la jeune fille n'est pas connue</li> <li>-S'enquérir de la demande de consultation</li> <li>-Explorer de qui provient la demande, et les besoins qui en découlent (contraception, règles douloureuses, kystes ovariens fonctionnels...)</li> <li>-Rassurer la patiente quant à la confidentialité des propos de l'entretien.</li> <li>-Explorer les antécédents personnels et familiaux, en particulier, gynécologiques et obstétricaux.</li> <li>-Identifier les facteurs de risques de la patiente, avec tact et sans être intrusif, en particulier les toxiques et le risque suicidaire (TSTS-CAFARD)</li> <li>-Rassurer la patiente sur l'absence d'obligation d'examen gynécologique dès la première consultation, en l'absence d'antécédent ou de symptômes.</li> <li>-En cas de première prescription de pilule, articuler la prise en charge en s'aidant de l'acronyme BERCER : <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bienvenue</li> <li>-Entretien</li> <li>-Renseignement</li> <li>-Choix</li> <li>-Explication</li> <li>-Retour</li> </ul> </li> <li>-Pratiquer un examen clinique en se limitant aux examens utiles et nécessaires</li> </ul>
<p><b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explorer les connaissances et croyances en matière de contraception.</li> <li>-Laisser s'exprimer la patiente sur son choix de contraception et ses besoins.</li> <li>-Savoir exposer les avantages et les limites, et si besoin, élargir les choix contraceptifs selon la même méthode. (Diagnostic éducatif)</li> <li>-Aborder la question de la sexualité sous l'angle de l'approche globale de santé sexuelle, en pratiquant une écoute active, sans intrusion, et en l'assurant de la confidentialité de ses propos</li> <li>-Explorer les questions d'IST et informer sur les moyens de prévention (préservatif)</li> </ul>

<p><b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Choix d'une méthode de contraception ou proposition de réflexion pour choix ultérieur, à l'initiative de la patiente</li> <li>-En cas de choix d'une contraception, expliquer les modalités de prises</li> <li>-Au mieux, proposer une démonstration (fausse plaquette, stérilet...), et proposer une technique pour prise routinière de pilule</li> <li>-Co-prescription d'une pilule du lendemain (Norlevo®) si la méthode contraceptive choisie l'impose.</li> <li>-Informersur les conduites à tenir en cas d'oubli, en cas de choix de pilule</li> <li>-Renseigner sur l'inactivité de la pilule en cas de vomissement ou de diarrhée dans l'heure qui suit la prise, et de la conduite à tenir à adopter (la reprendre)</li> <li>-Renseigner sur les effets secondaires potentiels de la contraception choisie.</li> <li>-Renseigner sur les interactions médicamenteuses potentielles (pour info)</li> <li>-Utiliser un outil pour rappeler ces consignes en raison de la multitude d'information (fiche explicative ou carte INPES ou d'un centre de planification pour la pilule, carte à disposition pour l'implant ou le stérilet), à conserver par la patiente</li> <li>-S'assurer de la bonne compréhension des informations en s'en donnant les moyens (reformulation, questionnements...)</li> <li>-Prescrire le moyen de contraception en respectant les contre-indications, et en indiquant les posologies sur l'ordonnance, pour une durée de quelques semaines.</li> <li>-Etre capable de mettre en place un dispositif intra-utérin ou un implant sous-cutané, ou dans le cas contraire savoir adresser à une consœur/un confrère rodé à cette pratique (« carnet d'adresse »)</li> <li>-Informersur les signes devant amener à consulter</li> </ul>
<p><b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hiérarchiser et différer si besoin le nombre d'informations transmises à la patiente, et être capable de les faire reformuler de manière ciblée (après questionnement ou demande de reformulation) lors des consultations ultérieures afin d'augmenter l'adhésion au moyen contraceptif</li> <li>-En cas de prescription de COP, prescrire un bilan glucido-lipidique (glycémie à jeûne + EAL) dans les semaines qui suivent la prise de pilule pour évaluer la tolérance biologique</li> <li>-S'assurer de la bonne tolérance clinique du moyen de contraception employé et de son acceptabilité</li> <li>-Vérifier que le moyen de contraception est adapté à la patiente en tenant compte de son expérience et de son ressenti</li> <li>-Prescrire un bilan d'IST si nécessaire</li> <li>-Réaliser une ordonnance de renouvellement si besoin</li> </ul>
<p><b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adapter la contraception selon les étapes de la vie de la patiente (tabagisme, post-partum, périménopause...), et selon les choix personnels de la patiente</li> <li>-Savoir refaire le point sur le moyen de contraception employé lors d'une consultation pour un autre motif</li> <li>-Prévoir un bilan glucido-lipidiques tous les 5 ans en cas de pilule OP.</li> <li>-Expliquer les modalités des examens de dépistage en tenant compte du diagnostic global de la patiente (âge, toxiques, mode de vie, antécédents)</li> <li>-Prendre en charge des problèmes de santé indifférenciés de la patiente en tenant compte de son contexte de vie</li> </ul>

**Situation n°3 : Grossesse : Femme de 36 ans primipare venant en consultation suite à un test urinaire de grossesse positif, suite à un arrêt volontaire de pilule depuis 8 mois.**

<p><b>Poser un diagnostic global de situation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Accueillir la patiente</li> <li>-S'enquérir du motif de consultation</li> <li>-Adopter un langage compréhensible et adapté, et être attentif aux attitudes de la patiente et à son ressenti tout au long de la consultation</li> <li>-Explorer les déterminants de cette grossesse (grossesse désirée ou non, date de l'arrêt de la contraception)</li> <li>-Situer la grossesse dans le contexte socio-environnemental de la patiente.</li> <li>-Rechercher les signes sympathiques de grossesse et leur tolérance</li> <li>-Recueillir les antécédents généraux, gynécologiques et obstétriques personnels et familiaux</li> <li>-Recueillir les données biologiques et les éléments de dépistage utiles au suivi de la grossesse</li> <li>-Noter la date du premier jour des dernières règles si connue</li> <li>-S'enquérir du statut vaccinal vis-à-vis de la coqueluche des deux parents</li> <li>-Recherche des facteurs de risque de diabète gestationnel</li> <li>-Pratiquer un examen clinique</li> <li>-Réaliser un examen gynécologique général adapté (si non récent), avec tact et dextérité.</li> </ul>
<p><b>Elaborer un projet d'intervention négocié (ce qui va mener au résultat de consultation)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explorer les connaissances de la patiente sur le suivi d'une grossesse (rythme des examens, intervenants possibles, lieux d'accouchement, congés maternités...)</li> <li>-Enoncer l'existence du dépistage de la trisomie 21</li> <li>-Explorer les connaissances de la patiente sur les précautions d'ordre alimentaire vis-à-vis de la toxoplasmose (si statut inconnu ou séronégativité) et de la listériose.</li> <li>-Explorer les conduites à risque, en adoptant une attitude hors de tout jugement :             <ul style="list-style-type: none"> <li>-automédication</li> <li>-toxiques (tabac, alcool, drogues)</li> <li>-IST</li> </ul> </li> <li>-Compléter la recherche de facteurs de risque de MAP en se renseignant sur les conditions de travail (pénibilité, durée et mode de trajet) et les conditions sociales.</li> <li>-Prévenir du risque lors d'examens radiologiques utilisant les rayons X.</li> <li>-Evaluer les risques médicamenteux en utilisant des ressources externes adaptées</li> <li>-Savoir évaluer de tous ces éléments le niveau de risque de grossesse afin de proposer un suivi de grossesse dans un réseau de soins adapté</li> <li>-Savoir limiter les informations, les hiérarchiser et les différer selon les questions de la patiente et les priorités d'ordre médicales</li> </ul>
<p><b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avoir réalisé un FCU si nécessaire lors de l'examen clinique</li> <li>-Noter dans le dossier le poids de référence.</li> <li>-Programmer la déclaration de grossesse</li> <li>-Prescrire les béta-HCG, examens obligatoires et de suivi</li> </ul>

résultat de consultation)	-Prescrire l'échographie de datation -prévoir une consultation à 3 mois, après l'échographie
<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)	-Prescrire les examens obligatoires et recommandés : -échographies des 12, 22 et 32 SA -examens biologiques selon les recommandations de la HAS -Proposer le test de dépistage combiné de la trisomie 21, en proposant une information claire sur ses modalités et sur la balance bénéfices/risques. -Expliquer le rythme de suivi d'une grossesse, et les différents intervenants selon le niveau de risque et selon le terme de la grossesse -Expliquer à la patiente les signes devant amener à consulter en urgences. -Prendre garde à ne pas surmédicaliser une grossesse normale, en dispensant une information claire, simple, adaptée à la compréhension de la patiente -Autonomiser la patiente en utilisant par exemple l'outil Internet (manger-bouger.fr, CRAT...) -Rappeler à chaque consultation les mesures de prévention en rapport avec les règles hygiéno-diététiques, l'automédication, les toxiques, etc, en insistant sur les points non abordés lors des consultations préalables, et s'assurer de leur compréhension -Prescrire de l'acide folique jusqu'à la 8 <sup>ème</sup> semaine de grossesse
<b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)	-Prévoir le post-partum : -rééducation des muscles périnéaux, rachidiens ou abdominaux si nécessaire en connaissant les modalités de prescription et les conditions de prise en charge -les complications du post-partum -Prévoir la contraception du post-partum -Prévoir le suivi et le soutien de l'allaitement maternel si choisi par la patiente -Prévoir le suivi du nourrisson

**Situation n°4 : vulvite-vaginite : Femme de 36 ans non connue du cabinet, en raison d'un rendez-vous rapide impossible avec son médecin traitant, consultant devant des leucorrhées et des douleurs pelviennes depuis 2 jours**

<b>Poser un diagnostic global de situation</b>	-Accueillir la patiente, et être attentif aux attitudes de la patiente et à son ressenti tout au long de la consultation -Percevoir le degré d'urgence, qu'il soit médical ou ressenti par la patiente, afin d'adapter son discours -Etablir un climat de confiance en pratiquant une écoute active -Se renseigner sur les symptômes ressentis par la patiente, et rechercher d'autres signes d'accompagnement -Remplir le dossier médical en colligeant les informations administratives et les antécédents médicaux, chirurgicaux, personnels et familiaux, ainsi que les allergies, et le moyen de contraception s'il existe. -Se renseigner sur les traitements déjà entrepris et leur observance -Aborder la question de la sexualité (partenaires(s), risques d'IST, impact des symptômes sur la vie sexuelle) avec tact et sans être intrusif -Demander la date des dernières règles. -Pratiquer un examen clinique général
--	--

<p><b>Elaborer un projet d'intervention négocié</b> (ce qui va mener au résultat de consultation)</p>	<p>-Proposer un examen gynécologique, s'il est utile au vu des données de l'interrogatoire, avec accord de la patiente :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-examen vulvaire</li> <li>-examen au spéculum avec tact et dextérité, selon les recommandations de bonne pratique</li> <li>-pratiquer un FCU si nécessaire (non à jour, col suspect)</li> </ul>
<p><b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b> (ce qui va découler du résultat de consultation)</p>	<p>-Mettre en œuvre une thérapeutique adaptée aux données de l'interrogatoire et de l'examen clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-en cas de suspicion de mycose</li> <li>-en cas de suspicion d'IST et en fonction du groupe à risque auquel elle pourrait appartenir</li> <li>-en cas de lichen</li> <li>-en cas d'herpès</li> </ul> <p>-Eduquer la patiente sur les facteurs de risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-de mycose</li> <li>-d'IST</li> </ul> <p>-Savoir se rendre disponible aux éventuelles interrogations de la patiente en gardant une attitude neutre et empathique.</p> <p>-Demander un test de grossesse et d'autres examens complémentaires si nécessaire.</p>
<p><b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)</p>	<p>-En cas de mycose, savoir donner des informations qui permettront d'éviter des récurrences, et penser à une allergie aux topiques utilisés en cas de lichenification.</p> <p>-Proposer un suivi rapproché en cas d'eczéma ou de lichen pour adapter le traitement</p> <p>-En cas d'IST, traitement de la ou des personnes contact en demandant à la patiente de prendre contact avec, proposition d'un bilan sérologique (VHC, VHB, VIH 1 et 2, TPHA-VDRL)</p> <p>-Adapter l'antibiothérapie aux résultats de la culture</p> <p>-Proposer une consultation à J7 pour s'assurer de la guérison clinique en cas d'IST en cas de signes de dissémination (gonocoque chlamydia)</p> <p>-S'assurer de la compréhension de la patiente quant au diagnostic retenu, au traitement et aux mesures de prévention associée afin de prévenir une récurrence.</p> <p>-Explorer le retentissement psychologique de l'affection, afin de prévenir une éventuelle somatisation</p>
<p><b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)</p>	<p>-Proposer un suivi en sexologie en cas d'impact durable de ces symptômes sur la sexualité de la patiente</p> <p>-Proposer un stérilet au cuivre en cas de sécheresses vaginales et de mycoses à répétition</p> <p>-Rappeler si besoin les principes de prévention des IST (rapports protégés en cas de partenaires multiples)</p>

**Situation n°5 : Ménopause : Bouffées de chaleur incommodantes chez une patiente de 53 ans suivie depuis longtemps au cabinet**

<p><b>Poser un diagnostic global de situation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Accueillir la patiente, et être attentif aux attitudes de la patiente et à son ressenti tout au long de la consultation.</li> <li>-S'enquérir du motif de consultation</li> <li>-Se renseigner sur les données cliniques définissant la ménopause</li> <li>-Explorer l'impact du syndrome climatérique sur la qualité de vie grâce à une écoute active, en explorant chacun des symptômes.</li> <li>-Adopter une attitude ouverte et empathique, établir un climat de confiance propice à l'émergence de questionnements</li> <li>-Rechercher des troubles urinaires</li> <li>-Explorer les représentations de la patiente sur la ménopause.</li> <li>-Rechercher s'il existe encore un moyen de contraception.</li> <li>-Explorer d'éventuelles difficultés dans sa vie sexuelle.</li> <li>-Faire un état des lieux des différents facteurs de risque (niveau de risque cardio vasculaire, niveau de risque carcinologique, niveau de risque fracturaire)</li> <li>-Prendre en compte l'ensemble des antécédents personnels, familiaux, et les traitements en cours dans la démarche médicale</li> <li>-Pratiquer un examen clinique général, en proposant un examen urologique (recherche d'incontinence urinaire d'effort) et gynécologique (recherche d'un prolapsus et examen de la trophicité vulvo-vaginale).</li> </ul>
<p><b>Elaborer un projet d'intervention négocié (ce qui va mener au résultat de consultation)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Discuter avec la patiente de la balance bénéfices/risques du Traitement Hormonal de la Ménopause (THM) avec information claire et adaptée au profil de la patiente.</li> <li>-Proposer à la patiente un délai de réflexion en proposant un outil d'information (afssaps questions-réponses 2006)</li> <li>-Evaluer les apports calciques quotidiens de la patiente et prescrire un dosage de la 1,25 OH-vitamine D2 si nécessaire.</li> <li>-Arrêter la contraception si nécessaire (arrêt de pilule, retrait d'implant ou de stérilet)</li> <li>-Proposer une prise en charge des facteurs de risque liés à l'âge.</li> <li>-Proposer des conseils en cas de facteurs de risque d'IST.</li> <li>-S'assurer du statut vaccinal de la patiente</li> </ul>
<p><b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-En cas de facteurs de risque d'ostéoporose, réaliser une ODM dans le respect des indications remboursées par la Sécurité Sociale</li> <li>-Proposer une activité physique adaptée à la patiente</li> <li>-En cas de troubles climatériques invalidants, après évaluation des facteurs de risque et négociation avec la patiente, initier un THM à posologie minimale efficace, de galénique indifférente, associant un œstrogène et un progestatif (sauf antécédent d'hystérectomie), en adaptant le schéma aux préférences de la patiente (avec « règles » ou en continu).</li> <li>-En cas d'adoption du THM, pratiquer un examen mammaire régulier, et inviter la patiente à pratiquer une mammographie +/- échographie mammaire (selon la densité mammaire) dans le cadre du dépistage organisé (Ces examens peuvent être proposés avant l'âge de 50 ans, le sur-risque de cancer du sein existant dès la première année de l'initiation du THM (MWS, E3N))</li> <li>-Initier une supplémentation vitamino-calcique selon l'évaluation des apports calciques et le résultat du dosage de 1,25 OH vitD2 si réalisé : établir</li> </ul>

	<p>un projet de soin adapté aux caractéristiques biopsychosociales de la patiente (mesures hygiéno-diététiques, supplémentation vitamino-calcique)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Proposer un FCU si non à jour</li> <li>-Effectuer le rappel vaccinal si non à jour</li> </ul>
<p><b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b> (du résultat de consultation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Réévaluer les symptômes au cours d'une consultation ultérieure en adaptant si besoin la posologie du THM et en réévaluant le rapport bénéfice risque. Des arrêts temporaires pourront être effectués afin de vérifier la persistance de troubles climatériques invalidants.</li> <li>-S'informer des résultats de l'ostéodensitométrie, en initiant un traitement anti-ostéoporotique adapté aux caractéristiques biopsychosociales de la patiente si: <ul style="list-style-type: none"> <li>-T-Score &lt; 3</li> <li>-T-Score &lt;2,5 avec au moins un autre facteur de risque de fracture</li> </ul> </li> <li>-Favoriser l'observance du traitement</li> <li>-Evaluer régulièrement l'impact des symptômes sur la qualité de vie de la patiente</li> </ul>
<p><b>Effectuer un suivi en temps différé</b> (de toutes les caractéristiques de la patiente)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Accompagner la patiente dans son projet de soins : <ul style="list-style-type: none"> <li>-Réévaluer régulièrement les troubles climatériques et, si prescrit, la poursuite du THM</li> <li>-Réévaluer régulièrement les apports calciques et les facteurs de risque de fracture ostéoporotique</li> <li>-Réaliser une ostéodensitométrie de contrôle selon le T-Score initial et le traitement entrepris</li> </ul> </li> <li>-Assurer le suivi des autres caractéristiques bio-médico-sociales de la patiente et planifier les examens de prévention</li> </ul>

## **8.9 Annexe n°9 : Agrément pour être MSU « Femme-Enfant » ambulatoire**



**UNIVERSITE DE POITIERS**  
**Faculté de Médecine et de Pharmacie**

Département de Médecine Générale



### **Conditions d'agrément du stage de gynéco-obstétrique en médecine générale ambulatoire**

#### **Le Maître de stage :**

- Le Maître de stage doit être agréé Maître de stage universitaire (MSU)
- Le Maître de stage doit réaliser suffisamment d'actes de gynécologie et d'obstétrique pour permettre à l'interne d'être confronté, quotidiennement, à au moins un des cinq motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale : suivi de grossesse, dépistage gynécologique, contraception, vulvo-vaginite et ménopause.
- Le Maître de stage devra justifier d'une implication particulière pour la pratique gynécologique et obstétricale de par sa FMI, sa FMC, son DPC ou ses activités de recherche spécifique.
- Le Maître de stage devra adresser au DMG une lettre de motivation pour devenir MSU « stage pratique de gynécologie-obstétrique en soins primaires » qui devra préciser, entre autres :
  - La date de son agrément en tant que MSU
  - La part d'actes de gynécologie-obstétrique par rapport à son activité professionnelle globale
  - Les procédures qu'il souhaite mettre en place pour garantir à l'interne une bonne activité en gynécologie-obstétrique
  - Ses formations initiales ou continues ainsi que ses travaux de recherche en gynécologie-obstétrique
  - Son accord pour participer à l'évaluation de ce nouveau concept de stages



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



---

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



# RESUME

## **INTRODUCTION :**

Avec la décroissance du nombre de gynécologue « médical » et les exigences sociales du système de santé, la pratique de la gynécologie doit occuper une place significative en médecine générale, en tant que « famille de situation ». Or, environ 50% des internes de médecine générale de Poitiers ne font pas de stage pratique de gynécologie. C'est dans l'optique de la mise en place d'un nouveau stage dans la maquette du DES de médecine générale, un stage ambulatoire femme-enfant, qu'est né l'idée de ce travail. Un référentiel métier et compétences constituerait un outil pédagogique pour évaluer l'impact de ce stage. Nous avons choisi d'utiliser la forme du référentiel élaboré par le CNGE, qui répond aux exigences théoriques du paradigme d'apprentissage.

## **MATERIEL ET METHODE :**

Echantillonnage raisonné de 15 experts de soins primaires en gynécologie : médecins généralistes pratiquant régulièrement des actes de gynécologie et/ou possédant un DIU de gynécologie

Méthodologie qualitative de consensus en deux étapes :

-choix de l'intitulé des situations de soins types par une méthode Delphi

-élaboration et validation du contenu des situations des soins types par une méthode inspirée de la technique Rand/Ucla ou consensus formalisé.

Réalisation de l'étude par échange de courriels.

## **RESULTATS :**

Cinq intitulés de situations de soins types ont été déterminés après 3 rondes de Delphi

Un référentiel provisoire a été élaboré par les investigateurs à partir de leur expérience et des recommandations francophones.

Une première exploration auprès des experts a mis en avant les points rajoutés et les points de désaccord. Ceux-ci ont été soumis à une nouvelle validation auprès des experts, ceux qui étaient acceptés étaient intégrés au référentiel final.

## **PROSPECTIVES :**

Ce référentiel a été élaboré dans le but de servir d'outil d'évaluation des compétences, selon différentes modalités (certificative, formative, de programme).

Une validation ultérieure auprès des MSU et l'élaboration d'une échelle descriptive globales restent à effectuer.

## **MOTS-CLES :**

Référentiel. Compétences. Evaluation des compétences. Paradigme d'apprentissage. Méthode de consensus. Delphi.