

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 13 mai 2014 à Poitiers
par Melle Pauline Gaudron

<u>Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus:</u>

La pédiatrie en situation de soins primaires

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal Roblot

Membres : Monsieur le Professeur Denis Oriot
Monsieur le Professeur Guillaume Levard
Madame le Docteur Stéphanie Grandcolin

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François Birault

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 13 mai 2014 à Poitiers
par Melle Pauline Gaudron

<u>Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus:</u>

La pédiatrie en situation de soins primaires

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal Roblot

Membres : Monsieur le Professeur Denis Oriot
Monsieur le Professeur Guillaume Levard
Madame le Docteur Stéphanie Grandcolin

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François Birault



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

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 (**urnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**urnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
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. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUE TO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
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. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**urnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. 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. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

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. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
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. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Docteur François Birault

Pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse et pour l'aide que tu m'as apportée lors des différentes étapes de ce travail. Je te remercie particulièrement pour les qualités pédagogiques et la disponibilité dont tu as fait preuve lors de mon stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée. Ton aide m'a été d'une grande valeur. Sois assuré de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pascal Roblot

Vous nous faites le grand honneur de présider notre jury de thèse et nous faites le grand honneur de juger notre travail. Recevez mes sincères remerciements et l'expression de ma plus grande considération.

A Monsieur le Professeur Denis Oriot

Vous nous faites le grand honneur de vous intéresser à notre travail et nous faites le grand honneur d'accepter de le juger. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Guillaume Levard

Vous nous faites le grand honneur de participer à ce jury et nous faites le grand honneur de juger notre travail. Recevez ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Stéphanie Grandcolin

Pour ta participation à ce jury et ton aide précieuse tout au long de ce travail. Je tiens à te remercier pour tes qualités humaines ainsi que la confiance et les encouragements que tu as suscités à mon égard lors de mon premier stage ambulatoire. Ton accompagnement a été pour moi d'une grande valeur. Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

A Rémy

Pour ton aide sur le plan méthodologique dans l'aboutissement de ce travail. Sois assuré de mes sincères remerciements.

Aux médecins qui ont accepté de participer à l'étude et nous ont apporté leur aide et leur expertise dans ce travail.

Plus personnellement,

A mes parents pour m'avoir épaulé tout au long de mes études et avoir su m'encourager dans les moments les plus difficiles. Merci pour votre amour inconditionnel et votre soutien sans faille.

A mon petit frère pour ses encouragements et sa confiance.

A mon grand frère et ma belle-soeur pour leur soutien.

A mes nièces pour leur joie de vivre et leurs sourires.

A ma famille et mes amis.

Table des matières

INTRODUCTION.....	15
PRELIMINAIRES.....	17
1. L'activité pédiatrique des médecins généralistes.....	17
1.1 L'évolution de l'activité pédiatrique de premiers recours.....	17
1.2 Le rôle prépondérant du médecin généraliste.....	17
1.3 Les besoins de santé de l'enfant et de l'adolescent en soins de premier recours.....	18
2. Qualité des apprentissages des IMG en pédiatrie.....	18
2.1 Un défaut de formation pratique des IMG en pédiatrie.....	18
2.2 Le premier impact positif des nouveaux terrains de stages ambulatoires.....	19
3. Qualités des apprentissages des internes du DES de pédiatrie.....	19
3.1 Une formation insuffisante pour les internes souhaitant exercer une activité extrahospitalière.....	19
3.2 Vers la mise en place d'un stage ambulatoire de pédiatrie.....	20
4. Une formation médicale initiale se devant d'être professionnalisante.....	21
4.1 Rappel du cadre conceptuel de la médecine générale.....	21
4.2 Remise en cause de la notion de compétences.....	21
4.3 Le développement d'une procédure de certification des compétences.....	22
5. Cadre pédagogique actuel utilisé au cours du DES de médecine générale à Poitiers.....	23
5.1 Le paradigme d'apprentissage.....	23
5.1.1 Les principes du paradigme d'apprentissage.....	23
5.1.2 Qu'est-ce qu'une compétence?.....	24
5.1.2.1 Le savoir-agir.....	25
5.1.2.2 La notion de variétés de ressources.....	26
5.1.2.3 La notion de mobilisation et combinaison de ressources.....	26
5.1.2.4 La notion de familles de situations.....	26
5.1.3 Conséquences sur la formation par compétences.....	27
5.1.3.1 La compétence révélée dans l'action.....	27
5.1.3.2 La compétence déployée dans son contexte.....	27

5.1.3.3	L'interaction des composantes de la compétence.....	28
5.1.4	L'évaluation dans le paradigme d'apprentissage.....	28
5.1.4.1	Pourquoi évaluer?.....	28
5.1.4.2	Comment évaluer?.....	28
5.2	Le référentiel métier et compétences.....	29
MATERIEL ET METHODE.....		31
1.	Choix de la forme du référentiel.....	31
2.	Choix de la méthodologie.....	31
2.1	Recherche bibliographique.....	31
2.2	Une méthodologie en trois étapes élaborée à partir des méthodes de consensus.....	33
3.	Première étape: Constitution d'un groupe d'experts.....	34
3.1	Critères d'inclusion.....	34
3.2	Critères d'exclusion.....	34
3.3	Prise de contact.....	35
3.4	Déroulement de la première étape.....	35
4.	Deuxième étape: détermination des intitulés des situations de soins types.....	35
4.1	Choix des thèmes.....	35
4.2	Choix de la méthode de consensus.....	36
4.3	Mise en forme des questionnaires.....	37
4.3.1	Premier questionnaire.....	37
4.3.2	Questionnaires suivants.....	37
4.3.3	Déroulement de la deuxième étape.....	39
4.3.4	Schéma récapitulatif.....	40
5.	Troisième étape: Elaboration du contenu des situations de soins types.....	41
5.1	Choix de la méthode de consensus.....	41
5.2	Déroulement de la troisième étape.....	41
5.2.1	Phase préparatoire.....	41
5.2.2	Première phase exploratoire: analyse du contenu par les experts.....	43
5.2.3	Deuxième phase exploratoire: analyse des points de discordances et des items ajoutés par les experts.....	44

5.2.4 Synthèse des résultats et rédaction du contenu final des situations de soins types.....	45
5.2.5 Schéma récapitulatif.....	46
RESULTATS.....	47
1. Détermination des intitulés des situations de soins types.....	47
1.1 Caractéristiques du groupe de travail initial.....	47
1.2 Résultats du Delphi.....	49
1.2.1 Analyse des résultats du premier tour.....	49
1.2.2 Analyse des résultats du deuxième tour.....	53
1.2.3 Analyse des résultats du troisième tour et élaboration des intitulés des situations de soins types.....	56
2. Validation du contenu des situations de soins types.....	59
2.1 Caractéristiques du groupe de travail.....	59
2.2 Résultats du consensus formalisé.....	61
2.2.1 Phase préparatoire.....	61
2.2.2 Première phase exploratoire.....	62
2.2.3 Deuxième phase exploratoire.....	63
2.2.4 Elaboration du contenu final des situations de soins types.....	71
DISCUSSION.....	85
1. Discussion de la méthodologie.....	85
1.1 Choix de la forme du référentiel métier et compétences.....	85
1.2 Choix du nombre de situations de soins types.....	86
1.3 Choix des thèmes des situations de soins types.....	86
1.4 Justification des caractéristiques de l'échantillon.....	87
1.5 Choix de la méthode de recherche.....	89
1.6 Choix de la procédure Delphi pour la détermination des intitulés des situations de soins types.....	89
1.7 Choix d'une méthode s'appuyant sur les principes du consensus formalisé pour la validation du contenu des situations de soins types.....	90
2. Discussion des résultats.....	91
2.1 Discussion des résultats du Delphi (intitulés des situations de soins types).....	91
2.1.1 Examens systématiques et prévention.....	91
2.1.2 Etat fébrile.....	94

2.1.3	Rhinopharyngite-rhume.....	95
2.1.4	Vaccination.....	96
2.1.5	Etat morbide afébrile.....	97
2.2	Discussion des résultats du consensus formalisé (contenu des situations de soins types).....	99
2.2.1	Faits marquants issus des items ajoutés et de désaccord.....	99
2.2.2	Discussion du niveau taxonomique des ressources utilisées pour le contenu provisoire des situations de soins types.....	101
2.2.3	Discussion du niveau taxonomique des items suggérés et validés par le groupe d'experts.....	101
3.	Evaluation de la rigueur scientifique de l'étude.....	102
3.1	Fidélité.....	102
3.2	Validité.....	103
3.2.1	Validité interne.....	103
3.2.2	Validité externe.....	105
3.2.3	Validité de construit.....	106
3.2.4	Validité de contenu.....	106
3.2.5	Validité écologique.....	107
3.2.6	Validité déontologique.....	107
4.	Comparaison au référentiel canadien CanMEDS-MF.....	107
5.	Perspectives.....	111
5.1	L'utilisation d'une échelle descriptive globale comme indicateur d'un niveau de développement des compétences.....	111
5.2	L'évaluation formative.....	113
5.3	L'évaluation de programmes.....	113
5.4	L'évaluation certificative.....	113
5.5	Formation au référentiel.....	114
CONCLUSION.....		115
BIBLIOGRAPHIE.....		116
ANNEXES.....		122
Annexe I : Description des six compétences génériques transversales recouvrant l'ensemble des missions des médecins généraliste.....		122
Annexe II : Présentation du projet au groupe d'experts.....		126

Annexe III : Questionnaire du premier tour du Delphi.....	127
Annexe IV : Consignes des questionnaires du deuxième et troisième tour du Delphi.....	129
Annexe V : Bibliographie de la version de travail du contenu des situations de soins types.....	130
Annexe VI : Consignes de la première phase exploratoire du consensus formalisé.....	139
Annexe VII : Consignes de la deuxième phase exploratoire du consensus formalisé.....	140
Annexe VIII : Version de travail du contenu des situations de soins types.....	141
Annexe IX : Conditions d'agrément pour le stage de pédiatrie en médecine générale ambulatoire.....	152
SERMENT.....	153
RESUME.....	154

Liste des tableaux

<u>Tableau n°1</u> : Thèmes de pédiatrie les plus fréquemment rencontrés en médecine générale d'après l'observatoire de la SFMG.....	36
<u>Tableau n°2</u> : Exemple de questionnaire du deuxième tour de Delphi pour le thème "état fébrile".....	38
<u>Tableau n°3</u> : Exemple de questionnaire du deuxième tour de Delphi pour le thème "Examens systématiques et prévention" ayant obtenu un consensus pour deux des caractéristiques.....	39
<u>Tableau n°4</u> : Déroulé de consultation utilisé pour l'élaboration du contenu des situations de soins types.....	42
<u>Tableau n°5</u> : Trame du questionnaire de la première phase exploratoire.....	43
<u>Tableau n°6</u> : Trame du questionnaire de la deuxième phase exploratoire.....	44
<u>Tableau n°7</u> : Résultats du premier tour du Delphi pour le thème "Examens systématique et prévention".....	50
<u>Tableau n°8</u> : Résultats du premier tour du Delphi pour le thème "Etat fébrile".....	51
<u>Tableau n°9</u> : Résultats du premier tour du Delphi pour le thème "Rhinopharyngite-rhume".....	51
<u>Tableau n°10</u> : Résultats du premier tour du Delphi pour le thème "Vaccination".....	52
<u>Tableau n°11</u> : Résultats du premier tour du Delphi pour le thème "Etat morbide afébrile".....	52
<u>Tableau n°12</u> : Résultats du deuxième tour du Delphi pour le thème "Examens systématiques et prévention".....	53
<u>Tableau n°13</u> : Résultats du deuxième tour du Delphi pour le thème "Etat fébrile".....	54
<u>Tableau n°14</u> : Résultats du deuxième tour du Delphi pour le thème "Rhinopharyngite-rhume".....	54
<u>Tableau n°15</u> : Résultats du deuxième tour du Delphi pour le thème "Vaccination".....	55
<u>Tableau n°16</u> : Résultats du deuxième tour du Delphi pour le thème "Etat morbide afébrile".....	55
<u>Tableau n°17</u> : Résultats du troisième tour du Delphi pour le thème "Examens systématiques et prévention".....	56
<u>Tableau n°18</u> : Résultats du troisième tour du Delphi pour le thème "Etat fébrile".....	57

<u>Tableau n°19</u> : Résultats du troisième tour du Delphi pour le thème "Rhinopharyngite-rhume".....	57
<u>Tableau n°20</u> : Résultats du troisième tour du Delphi pour le thème "Vaccination".....	58
<u>Tableau n°21</u> : Résultats du troisième tour du Delphi pour le thème "Etat morbide afébrile".....	58
<u>Tableau n°22</u> : Niveau taxonomique des ressources utilisées pour l'élaboration du contenu provisoire.....	61
<u>Tableau n°23</u> : Synthèse des items ajoutés et de désaccord pour le thème "Examens systématiques et prévention".....	64
<u>Tableau n°24</u> : Synthèse des items ajoutés et de désaccord pour le thème "Etat fébrile".....	66
<u>Tableau n°25</u> : Synthèse des items ajoutés et de désaccord pour le thème "Rhinopharyngite-rhume".....	67
<u>Tableau n°26</u> : Synthèse des items ajoutés et de désaccord pour le thème "Vaccination".....	68
<u>Tableau n°27</u> : Synthèse des items ajoutés et de désaccord pour le thème "Etat morbide afébrile".....	70
<u>Tableau n°28</u> : Contenu final pour le thème "Examens systématiques et prévention".....	72
<u>Tableau n°29</u> : Contenu final pour le thème "Etat fébrile".....	75
<u>Tableau n°30</u> : Contenu final pour le thème "Rhinopharyngite-rhume".....	77
<u>Tableau n°31</u> : Contenu final pour le thème "Vaccination".....	80
<u>Tableau n°32</u> : Contenu final pour le thème "Etat morbide afébrile".....	82
<u>Tableau n°33</u> : Niveau taxonomique des items ajoutés et de désaccord validés par le groupe d'experts.....	102
<u>Tableau n°34</u> : similitudes observées entre les éléments-clés du référentiel canadien et les ressources de notre référentiel pour le thème "Examens systématiques et prévention".....	109
<u>Tableau n°35</u> : similitudes observées entre les éléments-clés du référentiel canadien et les ressources de notre référentiel pour le thème "Vaccination".....	110
<u>Tableau n°36</u> : similitudes observées entre les éléments-clés du référentiel canadien et les ressources de notre référentiel pour le thème "Etat morbide afébrile".....	110
<u>Tableau n°37</u> : Exemple d'une échelle descriptive globale pour la compétence "gestion des soins de santé primaire".....	112

Glossaire

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CCA : Chef de Clinique Assistant

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CRP : C Reactive Protein

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DTP : Diphtérie Tétanos Polio

EBM : Evidence Based Medecine

ECBU: Examen Cyto Bactériologique des Urines

GEAPI : Groupe d'Echange et d'Analyse des Pratiques d'Internes

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Internes de Médecine Générale

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST: Infection Sexuellement Transmissible

MG : Médecine générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

NFS : Numération Formule Sanguine

OMA : Otite Moyenne Aiguë

OMG : Observatoire de Médecine Générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RIAP : Relevé Individuel d'Activité Professionnelle

ROR : Rougeole Oreillons Rubéole

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SFP : Société française de Pédiatrie

VHB : Virus de l'Hépatite B

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

INTRODUCTION

La médecine générale de par sa caractéristique spécifique de soins de premiers recours a un rôle fondamental à jouer dans la prise en charge de la santé de l'enfant. Les médecins généralistes contribuent à la prise en charge primaire totale ou partielle de 80% des enfants et de 50% des enfants de 0 à 2 ans [1] . La Société française de médecine générale rappelle qu'en France, 79% des enfants de moins de 15 ans sont pris en charge exclusivement par leur médecin de famille. Parmi les 21% d'enfants restant, 16% sont suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre et 5% sont suivis exclusivement par un pédiatre [2].

Une formation initiale adaptée des futurs médecins généralistes est primordiale pour acquérir les compétences requises afin de répondre aux besoins de santé de l'enfant et de l'adolescent. Le cursus du DES des internes de médecine générale ne semble pas suffisamment adapté pour répondre aux exigences de formation initiale en pédiatrie générale, en effet, seulement un étudiant sur deux aura accès à un stage hospitalier en pédiatrie au cours de sa formation.

La pratique de la pédiatrie en stage ambulatoire semble palier à cette problématique, mais la disparité des profils d'enseignants cliniciens ambulatoires vis-à-vis de leur activité pédiatrique ne permet pas de garantir que l'interne de médecine générale obtiendra un niveau d'acquisition des compétences suffisant pour faire face aux situations de pédiatrie auxquelles il sera confronté durant son exercice futur.

Un nouvel arrêté du 10 août 2010 [3] modifiant celui du 22 septembre 2004 permet dorénavant aux internes de médecine générale d'effectuer un stage ambulatoire dont l'enseignement a pour objectif l'acquisition des compétences spécifiques de médecine générale en pédiatrie et/ou en gynécologie. Ce stage devrait permettre d'améliorer le niveau d'acquisition des compétences des IMG en pédiatrie au cours de leur cursus de DES. Mais comment évaluer l'impact de ce nouveau stage sur la qualité des apprentissages des IMG dans des situations de pédiatrie en soins primaires, en accord avec le courant pédagogique actuel? Dans le cadre d'une procédure de certification, comment peut-on s'assurer que l'IMG a acquis un niveau de compétence lui permettant de répondre de façon pertinente aux situations de pédiatrie auxquelles il sera confronté en post-internat?

Pour répondre à ces interrogations, et en accord avec le département de médecine générale de Poitiers, il a été décidé, dans le cadre de ce nouveau stage, d'élaborer un outil permettant l'évaluation des compétences des IMG dans des situations de pédiatrie en soins primaires.

L'objectif principal de ce travail est d'élaborer un référentiel métier et compétences présentant les compétences de médecine générale par l'intermédiaire de situations authentiques de pédiatrie en soins de premier recours.

L'objectif secondaire est la conception d'un outil pédagogique permettant d'évaluer et de déterminer un niveau d'acquisition des compétences. Le référentiel métier et compétences répond à une démarche évaluative d'un cursus de formation professionnelle, dont l'utilité peut se décliner selon différentes modalités: évaluation formative, évaluation certificative ou évaluation de programmes selon les objectifs pédagogiques validés par l'équipe pédagogique.

PRELIMINAIRES

Nous allons dans un premier temps, faire un état des lieux concernant l'activité pédiatrique des médecins généralistes ainsi que la qualité des apprentissages des IMG en pédiatrie et celle des internes de pédiatrie durant leur cursus de DES. Dans un second temps, nous aborderons le contexte actuel impliquant la nécessité de rendre la formation médicale initiale professionnalisante, puis nous examinerons le cadre pédagogique actuel utilisé au sein du DMG de Poitiers depuis 2004, afin de mieux comprendre le concept de référentiel métier et compétences ainsi que son utilité et ses finalités.

1. L'activité pédiatrique des médecins généralistes

1.1 L'évolution de l'activité pédiatrique de premiers recours

En vingt ans, l'exercice de la pédiatrie a radicalement changé. L'évolution des besoins de santé de l'enfant a introduit une diversification des missions des pédiatres avec une primauté donnée, dès la fin des années 70, au développement des sur-spécialités au profit des pédiatres hospitaliers. L'exercice libéral des pédiatres s'en est trouvé modifié de par la difficulté à se positionner en soins de premier recours étant donné leur démographie décroissante et leur répartition inégale sur le territoire. (94% des pédiatres libéraux exercent en milieu urbain) [4] [5].

1.2 Le rôle prépondérant du médecin généraliste

Pour ces raisons démographiques, socio-économiques et en raison de l'organisation de la permanence des soins, l'accès au médecin généraliste est, dans la grande majorité des cas, plus facile que le pédiatre. Ainsi, le médecin généraliste va assurer la prise en charge de 80% des enfants à partir de la tranche d'âge 2- 4 ans à l'occasion de consultations programmées ou non [6]. L'INSERM relate au regard des statistiques produites par la DREES [7] concernant la rédaction des certificats de santé de l'enfant au 9ème mois et au 24ème mois, que l'examen obligatoire du 9ème et du 24ème mois est réalisé par un médecin généraliste respectivement dans 53,7% et 60,7% des cas.

Le médecin généraliste contribue à la permanence des soins au sein des maisons médicales de garde où l'on peut observer jusqu'à 35% des consultations pédiatriques [1]. Il peut également être amené à voir des enfants dans le cadre de consultations dans des centres de santé (médecine préventive) ou par l'intermédiaire de réseaux de soins (obésité, diabète, handicap). Les médecins de PMI, qui participent aux missions de protection de l'enfance, sont dans plus de 80% des cas des médecins généralistes [1]. Enfin, certains médecins généralistes vont participer à des actions collectives d'éducation pour la santé: obésité, sexualité chez l'adolescent, lutte contre le tabagisme et les conduites addictives.

1.3 Les besoins de santé de l'enfant et de l'adolescent en soins de premier recours

Les besoins de santé de l'enfant et de l'adolescent sont caractérisés par leur diversité. Il s'agit de prendre en charge les affections somatiques aiguës et chroniques, congénitales ou acquises, responsables d'éventuels handicaps et de difficultés ultérieures d'insertion socio-familiale et professionnelle. Parallèlement, doivent être assurés la surveillance du développement physique, psychologique et cognitif et le dépistage des troubles sensoriels, des troubles des apprentissages et du comportement. La qualité de l'environnement socio-familial et l'exposition éventuelle à des agents environnementaux nuisibles doivent être pris en compte. Enfin, l'approche spécifique de l'enfant et de sa famille, celle de l'adolescent ainsi que la continuité du suivi doivent être intégrées à la pratique.

Le programme de formation du DES de médecine générale doit tenir compte de ces besoins sociétaux pour s'assurer de la qualité des soins dispensés à l'enfant et sa famille. Mais qu'en est-il de la qualité des apprentissages des IMG en pédiatrie?

2. Qualité des apprentissages des IMG en pédiatrie

2.1 Un défaut de formation pratique des IMG en pédiatrie

Un travail réalisé en 2009 [8] établissant un état des lieux sur la qualité de la formation des internes au cours du DES de médecine générale, met en exergue un défaut de

formation pratique des internes en pédiatrie, du fait d'un nombre insuffisant de terrains de stage adaptés. Parmi les internes ayant validé leur stage mère-enfant, 61% d'entre eux seulement déclaraient avoir acquis un niveau de compétences suffisant en pédiatrie, leur permettant de se sentir à l'aise dans cette discipline. Dans cette même enquête, une très grande majorité d' internes revendiquaient une formation qui comporterait à la fois, un stage obligatoire en pédiatrie et un stage obligatoire en gynécologie ainsi qu'une formation moins hospitalière afin de mieux appréhender les soins ambulatoires.

2.2 Le premier impact positif des nouveaux terrains de stages ambulatoires

Une étude prospective menée à Toulouse en 2012 [9] dans le cadre de la réforme du stage mère-enfant, a porté sur l'évaluation de la qualité formatrice en pédiatrie des nouveaux stages ambulatoires visant l'enseignement de la pédiatrie en médecine générale et dont les maîtres de stage étaient sélectionnés selon leur forte activité pédiatrique. Les résultats ont permis de dégager les grands thèmes d'activité de l'interne durant son stage et de constater la pertinence pédagogique de ces stages, du fait d'une forte adéquation entre les situations de pédiatrie rencontrées par l'interne et l'activité pédiatrique exercée en médecine générale.

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'outil pédagogique fonctionnel et conforme au paradigme d'apprentissage, permettant d'inférer qu'un IMG a acquis un niveau de développement des compétences satisfaisant dans des situations de pédiatrie en médecine générale.

Qu'en est-il de la qualité des apprentissages de nos futurs confrères pédiatres?

3. Qualités des apprentissages des internes du DES de pédiatrie

3.1 Une formation insuffisante pour les internes souhaitant exercer une activité extrahospitalière

Une enquête réalisée en 2007 [10] portant sur la qualité de la formation des étudiants inscrits au DES de pédiatrie dans l'inter-région ouest relate que 50% des pédiatres libéraux considéraient que la formation qu'ils avaient reçue au cours de leur internat n'était pas adaptée à leur activité actuelle contre 18% des pédiatres hospitaliers. La formation théorique

était jugée insuffisante par les pédiatres exerçant une activité extrahospitalière libérale ou salariée. D'autre part, les lieux de stages pratiques de formation, concentrés surtout dans les CHU ne répondaient que partiellement au mode d'exercice libéral, il en résulte un défaut de formation en pédiatrie générale.

Parallèlement, ce constat est corroboré par les revendications d'internes inscrits en DES de pédiatrie, illustrées dans une enquête réalisée en 2011 [11] concernant les justifications de la mise en place d'une formation spécifique en ambulatoire pour les futurs pédiatres souhaitant exercer en milieu libéral: les internes affirment se sentir insuffisamment formés aux spécificités de l'activité pédiatrique en soins primaires, notamment en ce qui concerne le dépistage et la prise en charge des troubles du comportement impliquant l'interaction entre l'enfant et son environnement socio-familial.

3.2 Vers la mise en place d'un stage ambulatoire de pédiatrie

Afin de palier ce défaut de formation, et à l'instar du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) des internes de médecine générale, le Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP) a rédigé un projet de stage en pédiatrie ambulatoire destiné à être intégré dans la maquette du DES de pédiatrie. Ce projet a été validé par le Collège des Enseignants de Pédiatrie et se développe actuellement sur l'ensemble du territoire [12].

Il n'a pas été retrouvé, là encore, d'outil pédagogique d'évaluation des compétences des internes dans des situations de soins de premier recours en vue d'un exercice extrahospitalier.

L'élaboration d'un outil pédagogique d'évaluation des compétences en formation médicale initiale conforme au courant pédagogique actuel s'intègre dans un contexte d'exigence sociale de validation des qualités des futurs professionnels par l'intermédiaire de la mise en oeuvre de procédures de certification.

4. Une formation médicale initiale se devant d'être professionnalisante

4.1 Rappel du cadre conceptuel de la médecine générale

La médecine générale est la spécialité dédiée aux soins de santé primaires ou soins de premiers recours, qui ont été positionnés par l'OMS comme des soins de santé essentiels, rendus universellement accessibles à tous les individus [13] .

La définition européenne de la WONCA [14] (World family doctors Caring for people) développe les caractéristiques essentielles de la médecine générale. Elle propose une vision consensuelle de ce que les médecins généralistes en Europe devraient fournir comme services médicaux aux patients afin de garantir la qualité et l'efficacité des soins prodigués. Une version actualisée et publiée en 2011 [15] donne un cadre conceptuel précis à la médecine générale qui repose sur les trois éléments constitutifs de l'*Evidence-based medicine* (EBM) que sont: les données scientifiques validées, le contexte clinique ambulatoire et le comportement du patient dans son milieu de vie. Cette application contextualisée et personnalisée des données actuelles de la science, conforme à l'EBM, donne à la médecine générale le substrat scientifique d'une discipline universitaire dans ses trois composantes de soins, d'enseignement et de recherche.

La définition de la WONCA peut paraître théorique mais les tâches professionnelles afférentes à la médecine générale sont concrètes et les compétences professionnelles qui en découlent ont clairement été identifiées.

4.2 Remise en cause de la notion de compétences

La notion de compétences, reconnue à priori des médecins, reposait jusqu'alors sur la confiance en l'université (garante des savoirs), sur la longueur des études et sur la confiance attribuée aux différents pouvoirs institutionnels. Elle est actuellement remise en cause du fait de l'évolution des différents mouvements culturels, sociaux et politiques intervenant dans le champ de la santé. L'université doit, actuellement, "mettre en oeuvre des modalités de validation qui permettent de s'assurer que les étudiants ont acquis les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale et de les aider par là même à s'auto-évaluer" [16]. Cette exigence déontologique et sociale vise à garantir aux patients un haut niveau de compétences des professionnels de santé [17].

4.3 Le développement d'une procédure de certification des compétences

Dans ce contexte, la formation du troisième cycle des études médicales de médecine générale se doit d'être professionnalisante. Au moment où les pratiques médicales vont être évaluées selon des procédures de qualité, la mise en oeuvre d'une procédure de certification des compétences en fin de cursus du DES de médecine générale est devenue une exigence sociale et un élément de réponse essentiel au questionnement de la qualité des soins [18]. Cette démarche de certification des compétences des internes est particulièrement importante au moment où la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 inscrit les missions des médecins généralistes dans le code de la santé publique [19] et notamment celle de la formation des internes.

Certifier est une procédure finale attestant que les compétences à exercer la profession de médecin généraliste sont acquises. La certification des compétences a pour objectif d'attester que le futur professionnel possède les compétences qui lui permettront de résoudre de façon appropriée la majorité des problèmes de santé auxquels il risque d'être confronté dans le contexte de soins primaires ambulatoires [20].

La mise en place d'une procédure de certification des compétences en fin d'études a suscité l'émergence de questionnements fondamentaux tels que: quel médecin veut-on former? Quels problèmes de santé l'interne doit-il savoir résoudre? Quelles sont les compétences qu'il doit construire pour assurer ses fonctions?

L'objectif du CNGE est la formation de professionnels réflexifs, experts en médecine générale [21]. Dans cet objectif et pour permettre une réelle certification des internes à exercer la médecine générale, un groupe national d'experts a clarifié et nommé les six compétences génériques transversales de médecine générale et décrit les composantes de chacune d'entre elles [22]. (Annexe I). A l'instar de la WONCA [14] et des compétences en médecine générale définies par le CNGE en 2006 [23], cette clarification était indispensable pour permettre la mise en place d'une formation basée sur l'acquisition des apprentissages dans une logique de compétences.

Afin de répondre à l'exigence d'un cursus professionnalisant, le DMG de Poitiers, en accord avec les orientations nationales, a choisi le modèle d'apprentissage privilégiant l'approche par compétences (modèle qui met l'accent sur celui qui apprend plutôt que sur celui qui enseigne). Ce modèle d'apprentissage garantit la cohérence entre les finalités du cursus

professionnel et son architecture modulaire par l'explicitation des compétences visées à l'issue de la formation initiale.

5. Cadre pédagogique actuel utilisé au cours du DES de médecine générale à Poitiers

Le courant constructiviste domine la réflexion pédagogique en éducation médicale depuis une vingtaine d'années. Ce dernier est né de la notion d'interaction entre le sujet et son environnement, puis s'est nourri des apports de la psychologie cognitive [24].

5.1 Le paradigme d'apprentissage

5.1.1 Les principes du paradigme d'apprentissage

Le paradigme d'apprentissage, issu du courant constructiviste, a pour objectif de former des **praticiens réflexifs**.

Le concept de pratique réflexive développé par Schön [25, 26] fait référence à deux notions :

- La première est que toute action professionnelle complexe résulte d'un jugement et d'un processus de décision correspondant à une réflexion dans l'action;
- La seconde est que les connaissances et les compétences sur lesquelles s'appuie cette réflexion dans l'action ne sont pas exclusivement issues de savoirs savants codifiés (tels qu'elles sont issues par exemple de la recherche scientifique), elles prennent aussi en compte un savoir tacite, expérientiel, développé par les apprenants eux-mêmes à partir d'une réflexion développée *a posteriori* sur leurs actions et qu'ils réutilisent dans leurs actions ultérieures.

A partir de cet objectif, le paradigme d'apprentissage implique une formation centrée sur les apprentissages, en situations professionnelles authentiques, en interaction avec les maîtres d'apprentissages, à partir des connaissances antérieures de l'étudiant, pour construire des processus de résolution de problèmes complexes, pertinents et adaptables aux circonstances. Il encourage l'autonomie et la réflexivité de l'étudiant, l'incitant à identifier les résistances et les obstacles et place le maître de stage en médiateur des savoirs et facilitateur des apprentissages en enchâssant l'apprentissage et l'évaluation [26, 27].

Partant de ces principes, les interventions pédagogiques vont être modélisées à partir des lieux de stage (contexte professionnel), en demandant aux maîtres d'apprentissages de favoriser l'auto-évaluation et l'auto-formation des internes pour qu'ils puissent construire leurs compétences professionnelles en interaction avec eux (évaluation formative et rétroaction pédagogique des maîtres de stage) [28].

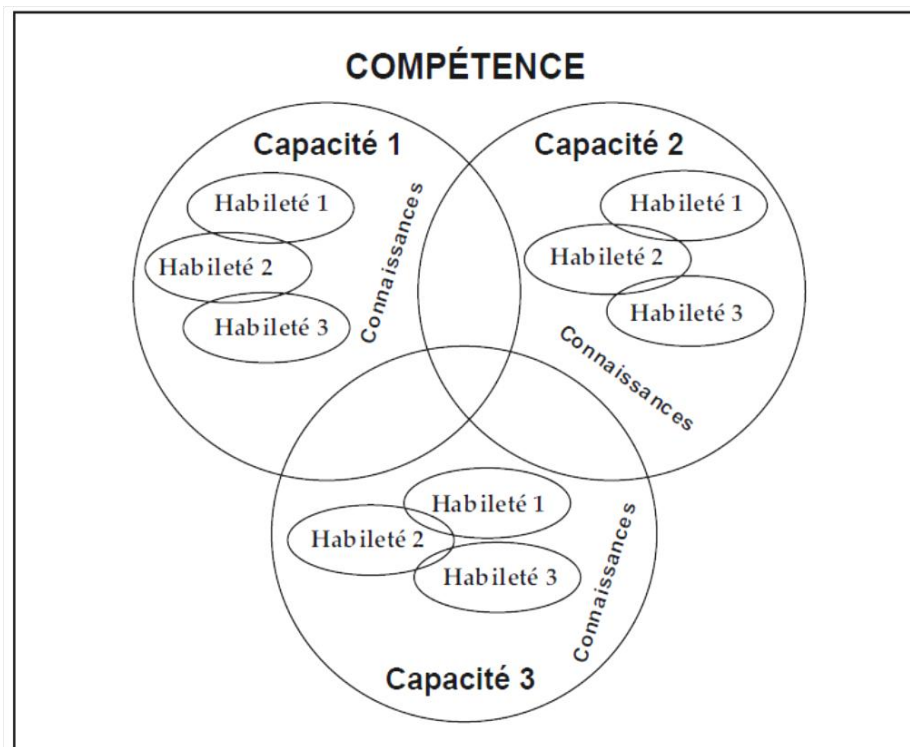
De ce choix pédagogique du paradigme d'apprentissage découle des concepts importants sur le type de formation, fondée sur **l'approche par compétences** [29] ainsi que son **évaluation en situation professionnelle authentique**.

5.1.2 Qu'est-ce qu'une compétence?

Perrenoud [30] définit la notion de compétences comme "un savoir-faire de haut niveau qui exige l'intégration de multiples ressources cognitives dans le traitement de situations complexes", ce qui suggère qu'une compétence peut être décomposée en composantes plus spécifiques qu'il nomme "les éléments de la compétence".

Lasnier [31] parle "d'un savoir-agir complexe faisant suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités, d'habiletés (pouvant être d'ordre cognitif, affectif ou psychomoteur) et de connaissances utilisées efficacement dans des situations ayant un caractère commun". Il souligne la notion de **tâches intégratrices** illustrant l'ensemble des tâches permettant d'activer tous les éléments d'une compétence.

Figure 1: Illustration du processus d'intégration d'une compétence d'après Lasnier.



- Les connaissances, aussi appelées connaissances déclaratives
- Les habiletés correspondent aux connaissances procédurales et conditionnelles
- Les capacités regroupent différentes habiletés
- La compétence regroupe plusieurs capacités

Tardif [32] propose une définition consensuelle désignant la compétence comme "un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations".

5.1.2.1 Le savoir-agir

Cette définition amène à distinguer la notion de savoir-agir de celle du savoir-faire sur quatre plans. Le savoir-agir implique [32]:

- 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, en effet, il ne s'agit pas d'un processus stéréotypé mais au contraire d'un processus très "adaptable" pour trouver une stratégie de résolution de problèmes la plus performante.
- L'impossibilité de déployer le savoir-agir hors contexte
- Le haut degré de complexité du savoir-agir

5.1.2.2 La notion de variétés de ressources

Tardif [32] délaisse le mot "connaissance" ou l'expression "système de connaissances" et privilégie la notion de ressources pour illustrer la variété des composantes pouvant être mobilisées par une compétence.

Les écrits de Le Boterf [33] ont été parmi les plus influents dans ce changement conceptuel. Pour Le Boterf, l'idée de ressources évite de restreindre ce qui est mobilisé par une compétence au domaine cognitif ou à des connaissances uniquement. L'étendue sémantique du mot "ressources" permet d'intégrer les composantes du domaine affectif, social et expérientiel. Ainsi, il distingue les ressources internes englobant les savoirs, les savoir-faire, les qualités personnelles et les ressources émotionnelles; des ressources externes comprenant l'information manuscrite, les technologies de l'information et de la communication et les réseaux relationnels. Le Boterf démontre que, dans le déploiement d'une compétence, les ressources externes peuvent se révéler aussi cruciales que les ressources internes.

5.1.2.3 La notion de mobilisation et combinaison de ressources

Le recours à la mobilisation et à la combinaison de ressources dans la définition de la compétence présenté par Tardif [32] permet de souligner d'une part, "le caractère dynamique de toute compétence" et d'autre part, que, "au moment du déploiement d'une compétence, celle-ci nécessite un nouvel amalgame de plusieurs ressources relevant de divers domaines".

5.1.2.4 La notion de familles de situations

Quant à l'expression "famille de situations", les définitions actuelles du concept de compétences conserve intégralement cette idée. Le Boterf [33] souligne qu'une compétence

est "une disposition à agir de façon pertinente par rapport à une situation spécifique ou à une famille de situations".

La mention explicite de "famille de situations" présente l'avantage d'imposer pour chaque compétence des précisions concernant l'étendue de la famille et la variété des situations. En réalité, elle implique la nécessité de circonscrire une compétence en se référant à une catégorie de situations incluses dans une même famille, ce qui semble fondamental dans les contextes de planification de situations d'apprentissages, de situations d'évaluation ou de développement de programmes.

Une compétence se reconnaît à:

- **Son rapport à l'action:** la compétence se développe, s'actualise dans la réalisation.
- **Son rapport au contexte:** la compétence s'exprime dans une situation donnée.
- **Sa nature** qui est la combinaison et l'intégration de différentes ressources internes et externes.

5.1.3 Conséquences sur la formation par compétences

5.1.3.1 La compétence révélée dans l'action

La compétence est une potentialité qui ne peut être révélée que lorsque l'étudiant est placé dans une situation-problème pertinente. Cette révélation dans l'action a pour conséquence que la non manifestation d'une compétence ne signifie pas qu'elle est forcément absente chez l'étudiant mais elle peut aussi traduire l'absence de contexte révélateur [34].

5.1.3.2 La compétence déployée dans son contexte

La compétence est déployée dans un contexte précis. Le risque pour l'étudiant est que son savoir-agir reste prisonnier de cette action dans son contexte. A l'aide d'une analyse réflexive, l'étudiant doit aboutir à une décontextualisation de sa compétence pour la rendre adaptable et transférable à d'autres situations [30, 32, 34].

5.1.3.3 L'interaction des composantes de la compétence

La compétence se composant d'un ensemble de composantes, l'écueil serait de penser que l'acquisition isolée de chacune des composantes de la compétence infèrerait l'acquisition de celle-ci. C'est ici que la notion d'interaction des composantes prend son sens: elle postule que la résultante de l'acquisition d'une compétence est d'une autre nature que la stricte somme des apprentissages élémentaires [34].

5.1.4 L'évaluation dans le paradigme d'apprentissage

Gardner (1992), cité par Tardif [35], définit l'évaluation comme "un processus par lequel des informations sont obtenues au sujet des connaissances et des capacités d'un étudiant". Ce processus de recueil de l'information vise à fournir "une rétroaction significative à l'apprenant et à fournir des données utiles à la communauté" [28].

La double finalité de l'évaluation est bien explicitée: l'une destinée aux étudiants et aux maîtres de stage par l'intermédiaire de l'évaluation formative, l'autre destinée aux institutions pour porter un jugement et valider les apprentissages de l'étudiant (évaluation certificative).

5.1.4.1 Pourquoi évaluer?

Tardif [32] précise que l'évaluation des compétences est un processus de collecte de données à partir de sources multiples et variées qui, en considérant les expériences d'apprentissage, permet de rendre compte:

- D'un niveau de développement de compétences de l'étudiant.
- Du degré de maîtrise des ressources internes et externes qui peuvent être mobilisées et combinées dans leur mise en oeuvre.
- De l'étendue des situations dans lesquelles l'étudiant est en mesure de déployer ces niveaux de développement et ces degrés de maîtrise.

5.1.4.2 Comment évaluer?

Les pratiques évaluatives qui répondent le mieux aux principes du paradigme d'apprentissage sont celles qui répondent au caractère "authentique" de l'évaluation.

Le concept **d'évaluation authentique** fait référence à l'authenticité des tâches c'est-à-dire à des problématiques qui existent réellement dans la vie professionnelle, ce qui plaide dès lors pour l'enchâssement des situations d'évaluation au sein des situations d'apprentissage. L'authenticité de la situation permet d'apprécier un profil de fonctionnement cognitif de l'étudiant dans un contexte "réel". Considérant que toute connaissance dont on vérifie l'apprentissage a vocation à être réutilisée, l'évaluation authentique se préoccupe d'obtenir des informations qui permettent de supposer que les connaissances construites seront transférables aux contextes prévisibles de réutilisation, en l'occurrence les situations de résolution de problèmes complexes de santé.

Tardif évoque deux nouveaux postulats à la base de l'évaluation dans le paradigme d'apprentissage. Le premier est celui de la contextualisation des compétences et le deuxième est celui de l'interactivité des composantes dans les compétences. Il précise que "l'évaluation qui tient compte de la contextualisation de la compétence et des interactions de ses composantes exige des tâches **complètes, complexes et significatives**" [35]:

- La signifiante de la tâche est fondamentale étant donné la très grande importance des connaissances spécifiques dans la manifestation d'une compétence
- La tâche doit être complète pour qu'elle entraîne le recours aux interactions entre les composantes de la compétence évaluée, en effet, les interactions entre les composantes plus que le nombre de composantes permettent de juger avec exactitude le degré de maîtrise atteint. La qualité de la situation d'évaluation est donc à privilégier plutôt que la quantité de situations.
- La tâche est complexe non pas du fait de son caractère exceptionnel mais de par la richesse du questionnement réflexif qu'elle suscite chez l'étudiant.

5.2 Le référentiel métier et compétences

Le référentiel est un document synthétique, consensuel et officiel permettant de regrouper l'ensemble des compétences requises pour exercer une profession donnée.

Le CNGE travaille en concertation avec l'ensemble de la communauté des enseignants universitaires de médecine générale, au contenu et à l'harmonisation des programmes du DES de médecine générale ainsi qu'à ses procédures de validation. Dans le cadre de la certification des compétences des étudiants à l'issue du DES, le CNGE a contribué à l'élaboration du référentiel métier et compétences du médecin généraliste [36]. Ce référentiel a permis de clarifier le contenu du métier en précisant les compétences des

médecins généralistes à partir de situations prototypiques, le but étant d'orienter le cursus de formation initiale et de guider la conception et l'agrément des programmes.

Dans le cadre de la formation initiale, le référentiel pourrait avoir plusieurs objectifs pour les formateurs et pour les internes comme la définition d'objectifs d'apprentissage, la planification des activités de l'étudiant au cours du stage ambulatoire de pédiatrie ou le choix de situations d'apprentissage.

L'utilisation du référentiel pourrait également faciliter l'évaluation des IMG selon différentes modalités:

- L'évaluation à visée formative:

Elle vise à renseigner les étudiants et les maîtres de stage sur la qualité des apprentissages réalisés afin que chacun puisse, au cours du stage, ajuster sa stratégie d'apprentissage ou d'enseignement. Elle permet à l'étudiant d'orienter ses apprentissages et au formateur d'optimiser son programme de formation.

- L'évaluation à visée certificative:

Elle renseigne sur un niveau d'acquisition des compétences conditionnant l'octroi du permis d'exercice professionnel. Elle permet de déterminer si l'étudiant a acquis les compétences nécessaires pour l'exercice de sa profession et atteste que les apprentissages sont conformes aux critères attendus.

En ce sens, le référentiel métier et compétences est un véritable outil de formation et d'évaluation qui vise l'acquisition des compétences des internes par l'action au travers de situations authentiques. Il représente un outil pédagogique de base qui permet la mise en oeuvre d'une procédure de validation des compétences pour les étudiants postulant au doctorat de médecine générale, témoignant de l'acquisition d'une formation professionnalisante, source de "valorisation" et de "transparence" de la qualité de leur futur exercice professionnel.

MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la forme du référentiel

Pour élaborer notre référentiel, nous avons utilisé la forme du référentiel métier et compétences du CNGE 2010 [36], constitué de seize situations de soins types, elles-mêmes développées en cinq parties détaillant la démarche clinique spécifique d'une consultation de médecine générale selon un déroulé inspiré de la grille de Calgary-Cambridge, grille utilisée pour l'évaluation de la compétence à communiquer.

Les cinq parties composant chaque situation de soins type sont les suivantes:

- Poser un diagnostic global de situation
- Elaborer un projet d'intervention négocié avec le patient
- Mettre en oeuvre le projet thérapeutique
- Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge
- Effectuer un suivi en temps différé.

La dernière étape de la consultation intitulée "effectuer un suivi en temps différé" met en évidence le rôle du médecin généraliste d'assurer la continuité des soins dans la durée.

2. Choix de la méthodologie

2.1 Recherche bibliographique

Nous avons effectué une recherche bibliographique des différentes méthodes utilisées pour l'élaboration d'un référentiel métier et compétences conforme au paradigme d'apprentissage.

Le référentiel métier et compétences du médecin généraliste élaboré en 2010 par le CNGE, dont la méthodologie a été mise au point par un cabinet de conseil dirigé par Guy Le Boterf [37], donne les grandes lignes de la réflexion mise en place: "choisir des situations

prototypes au coeur du métier, faire la différence entre être compétent et avoir des compétences, décliner des ressources nécessaires dans la spécificité de la pratique et des ressources communes à toutes les spécialités (communication, coopération..)". Il ne nous renseigne pas de façon détaillée sur la méthodologie mise en oeuvre pour l'élaboration et la validation de celui-ci.

Les bases de données universitaires nous ont permis de retrouver une thèse traitant de l'élaboration et de la validation d'un référentiel de compétences [38]. Cependant, ce référentiel ne présentant pas les compétences dans l'action, par l'intermédiaire de situations authentiques, la méthode d'élaboration et de validation nous a semblé inappropriée pour la réalisation de notre travail.

Une recherche systématique a été réalisée dans les bases de données PubMed sans restriction de dates. Nous avons défini des termes et expressions correspondant au sujet de notre étude: "évaluation des compétences", "référentiel", "certification" et "médecine générale". A partir des thésaurus utilisés dans la banque de données, nous avons déterminé les descripteurs correspondant aux termes et expressions définis dans notre recherche.

- Nous n'avons pas retrouvé de descripteur pour l'expression "**évaluation des compétences**" dans la terminologie MeSH (Medical subject Headings). Les MeSH words correspondant au terme compétence sont "modèle de compétence attendue" ou "competency based education" et "compétence clinique" ou "clinical skills" ou "clinical competence". Nous avons donc retenu le terme "**competency based evaluation**" pour l'expression "évaluation des compétences".
- Le terme "référentiel" n'étant pas répertorié dans le thésaurus MeSH, nous avons utilisé le terme "recommandation" ou "**Guideline**" ou "**framework**" obtenu via le portail terminologique de santé du CISMef.
- Le descripteur pour le terme "certification" dans le thésaurus MeSH est "attestation" ou "**certification**".
- Le terme "médecine générale" correspond au descripteur "médecine générale" ou "**general practice**" dans la terminologie MeSH.

Ces descripteurs nous ont permis d'effectuer notre recherche à partir de deux équations dans PubMed:

- L'équation "*Competency based evaluation*" AND "*general practice*" AND "*certification*" pour laquelle 11 articles ont été identifiés.
- L'équation "*Framework*" AND "*competency based evaluation*" AND "*general practice*" pour laquelle 28 articles ont été recensés.

Un des articles retenus concerne l'élaboration d'un référentiel des compétences des infirmières ambulatoires au Canada [39], réalisé à partir de résultats préliminaires obtenus par focus group, puis redéfinis et validés par une méthode de consensus dénommée méthode Delphi.

Deux articles canadiens [40, 41] publiés par le collège des médecins de famille du Canada ont également retenu notre attention. Ces articles traitent de l'élaboration d'outils pédagogiques pour définir des objectifs d'évaluation des compétences en médecine générale, à partir des données du référentiel de compétences canadien CanMEDS-MF [42]. Ces projets de recherche ont été menés à l'aide de méthodes de consensus: la méthode du groupe nominal et la méthode Delphi.

Suite à notre travail de recherche, nous avons jugé pertinent de nous orienter vers une méthodologie basée sur les méthodes de consensus.

En parallèle à ce travail, un travail de thèse portant sur l'élaboration d'un référentiel métier et compétences dans des situations de gynécologie en soins primaires a également été réalisé à Poitiers [43]. Nous avons conjointement validé une méthodologie en trois étapes, élaborée à partir des méthodes de consensus.

2.2 Une méthodologie en trois étapes élaborée à partir des méthodes de consensus

Les méthodes de consensus sont habituellement employées dans la recherche qualitative. Elles représentent des méthodes de synthèse de l'information et de gestion des discordances scientifiques, destinées à déterminer le niveau d'accord au sein d'un groupe donné [44].

Un consensus est défini comme un accord général, tacite ou exprimé d'une manière formelle parmi les membres d'un groupe. Il ne signifie pas nécessairement l'accord total du groupe sur tout, mais il tend à obtenir une convergence dans les idées.

Pour la construction des situations de soins types du référentiel, il a été nécessaire d'obtenir un consensus à partir d'un groupe d'experts sur deux éléments: **les intitulés des situations** et **leur contenu**. Pour cela, notre méthodologie s'est déroulée en trois étapes distinctes:

- Première étape: La constitution d'un groupe d'experts
- Deuxième étape: La détermination des intitulés des situations de soins types
- Troisième étape: La validation du contenu des situations de soins types

3. Première étape: Constitution d'un groupe d'experts

Notre objectif a été de sélectionner des professionnels de santé ayant une expérience considérée comme "significative" dans l'activité pédiatrique de soins primaires.

3.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants:

- Etre titulaire du diplôme de docteur en médecine.
- Exercer ou avoir exercé la médecine générale.
- Etre impliqué dans la pratique d'actes de pédiatrie en soins primaires (part de l'activité pédiatrique significative, exercice en PMI, formation médicale continue) et être confronté quotidiennement à au moins un des motifs de consultation suivant: examens systématiques et prévention, état fébrile, rhinopharyngite-rhume, vaccination, état morbide afebrile.
- Accessoirement être impliqué dans la formation des internes de médecine générale.

3.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient:

- Ne pas effectuer quotidiennement des actes de pédiatrie.
- Le refus immédiat de participer à l'ensemble de l'étude.
- Le fait d'être investigateur de l'étude.

3.3 Prise de contact

Nous avons contacté l'ensemble des membres du groupe par courriel, appel téléphonique ou rencontre individuelle après échantillonnage selon la technique de la "boule de neige" [44]. Cette méthode permet de recruter les médecins susceptibles de répondre aux critères d'inclusion par l'intermédiaire de proche en proche ou à partir des connaissances des investigateurs de l'étude ou de celles des premières personnes recrutées.

En cas d'accord tacite ou d'intérêt pour notre travail, les médecins concernés ont reçus par mail, un document explicatif présentant les objectifs de notre travail (Annexe II) illustré d'un exemple tiré du référentiel métier et compétences du CNGE. Une confirmation de leur participation était demandée par retour de mail, pour les inclure dans le groupe d'experts.

3.4 Déroulement de la première étape

La période de recrutement des experts s'est échelonnée du 26 mars 2012 au 28 juin 2012. Au total, 35 médecins ont été sollicités et ont reçu le document explicatif. Seize médecins ont accepté de participer à l'étude. Neuf médecins ont refusé de participer à notre travail et dix n'ont pas souhaité donner suite, malgré plusieurs relances par mail ou appels téléphoniques (souvent infructueux du fait du manque de disponibilité de certains médecins).

4. Deuxième étape: détermination des intitulés des situations de soins types

4.1 Choix des thèmes

Avant de pouvoir déterminer les intitulés des situations de soins types de pédiatrie, il a d'abord été nécessaire de définir des "familles de situations" au sein desquelles vont s'exercer les compétences de médecine générale dans le domaine de la pédiatrie en soins primaires. Pour répondre à cette exigence, nous avons sélectionné les cinq thèmes de pédiatrie les plus fréquemment rencontrés en médecine générale ambulatoire à partir des données de l'observatoire épidémiologique de la SFMG [45]. Les cinq thèmes ont été classés en fonction de leur ordre de fréquence dans le tableau ci-dessous:

Tableau n°1 : Thèmes de pédiatrie les plus fréquemment rencontrés en médecine générale d'après l'observatoire de la SFMG:

Classement par ordre de fréquence	Thème de pédiatrie
Rang 1	Examens systématiques et prévention
Rang 2	Etat fébrile
Rang 3	Rhinopharyngite-rhume
Rang 4	Vaccination
Rang 5	Etat morbide afebrile

4.2 Choix de la méthode de consensus

Nous nous sommes inspirés de la méthode de consensus Delphi, pour obtenir un consensus sur l'intitulé des situations de soins types.

La **méthode Delphi** a pour but de rassembler des avis d'experts sur un sujet précis et de mettre en évidence des convergences afin d'aboutir à un consensus sur un sujet, en soumettant les experts à des vagues successives de questionnements. La procédure peut être résumée ainsi [46, 47]:

- L'avis justifié d'un panel d'experts dans un domaine, est recueilli par l'intermédiaire d'un questionnaire ouvert.
- Les résultats du premier questionnaire sont communiqués à chacun des experts et sont accompagnés d'une synthèse des tendances générales. Cette procédure, basée sur la rétroaction, évite la confrontation des experts et permet de préserver l'anonymat.
- Dès lors, chaque expert est invité à réagir en répondant à un deuxième questionnaire, élaboré à partir des premiers résultats recueillis et ainsi de suite, jusqu'à l'obtention d'une convergence des réponses aussi forte que possible, au mieux, à l'obtention d'un consensus.(en général 2 à 4 tours).

4.3 Mise en forme des questionnaires

4.3.1 Premier questionnaire

Le premier questionnaire était ouvert. Le groupe d'experts avait pour consigne de proposer pour chaque thème, une phrase correspondant à un intitulé illustrant une situation de soins type de pédiatrie répondant aux critères suivants:

La situation de soins:

- devait être fréquemment rencontrée en médecine générale
- devait faire appel à la mobilisation et la combinaison d'un maximum de ressources pour répondre à l'exigence de tâches intégratrices [31].

Le questionnaire était précédé d'une introduction rappelant l'objectif principal de l'étude et l'explication du déroulé de la méthode Delphi ainsi qu'un exemple afin d'illustrer les résultats attendus. (Annexe III).

Les questionnaires ont été envoyés individuellement par mail afin de garantir l'anonymat des réponses.

4.3.2 Questionnaires suivants

Afin de faciliter l'analyse et la compréhension des résultats, nous avons scindé chaque intitulé de situation de soins type en trois parties:

- Les caractéristiques biopsychosociales du patient
- Les caractéristiques du contexte
- Les caractéristiques de la demande de soins

Les résultats du premier questionnaire ont été présentés sous forme de tableaux où les thèmes des situations étaient précisés horizontalement et les caractéristiques de la situation, verticalement, formant ainsi trois colonnes. L'analyse des résultats a été faite en classant les réponses par ordre de fréquence.

Les résultats, accompagnés des consignes (Annexe IV) ont été dressés sous forme de tableaux, un par thème, de la façon suivante:

Tableau n°2: Exemple de questionnaire du deuxième tour de Delphi pour le thème "Etat fébrile"

THEME X : Etat fébrile

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Enfant âgé de moins de 2 ans: xx% - Enfant à partir de 3 ans: xx% - Nourrisson âgé de plus de 3 mois: xx% - Pas de réponse précise: xx%	- Consultation programmée: xx% - Consultation en urgence: xx% - Pas de réponse précise: xx%	- Etat fébrile isolé: xx% - Etat fébrile associé à d'autres symptômes ou à un changement du comportement de l'enfant(irritabilité, perte d'appétit...): xx% - Pas de réponse précise: xx%
Rappel de votre réponse			
Votre réponse au vu de ces éléments			

La procédure a été réitérée jusqu'à ce que les trois caractéristiques de l'ensemble des situations de soins types soit validées par plus de 50% des experts. En cas de caractéristique validée par au moins 70% des experts, les cellules du tableau étaient condamnées en mentionnant l'obtention d'un consensus et la procédure n'était appliquée qu'aux autres caractéristiques.

Tableau n°3: Exemple de questionnaire du deuxième tour de Delphi pour le thème "Examens systématiques et prévention" ayant obtenu un consensus pour les trois caractéristiques:

THEME N°X : Examens systématiques et prévention

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Nourrisson de 1 à 6 mois: > xx% - Nourrisson de 6 à 8 mois: xx% - Nourrisson de 9 mois: xx% - Enfant de 24 mois: xx% - Enfant de 6 à 12 ans: 6,2%	- Consultation programmée: >xx% - Consultation non programmée: xx% - Enfant opposant: xx% - Pas de réponse précise: xx%	- Examen systématique (alimentation, troubles du sommeil, croissance staturo-pondérale, vaccination, remplissage du carnet de santé): >xx% - Vaccination comme motif principal: xx%
Rappel de votre réponse	CONSENSUS	CONSENSUS	CONSENSUS
Votre réponse au vu de ces éléments	CONSENSUS	CONSENSUS	CONSENSUS

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

4.3.3 Déroulement de la deuxième étape

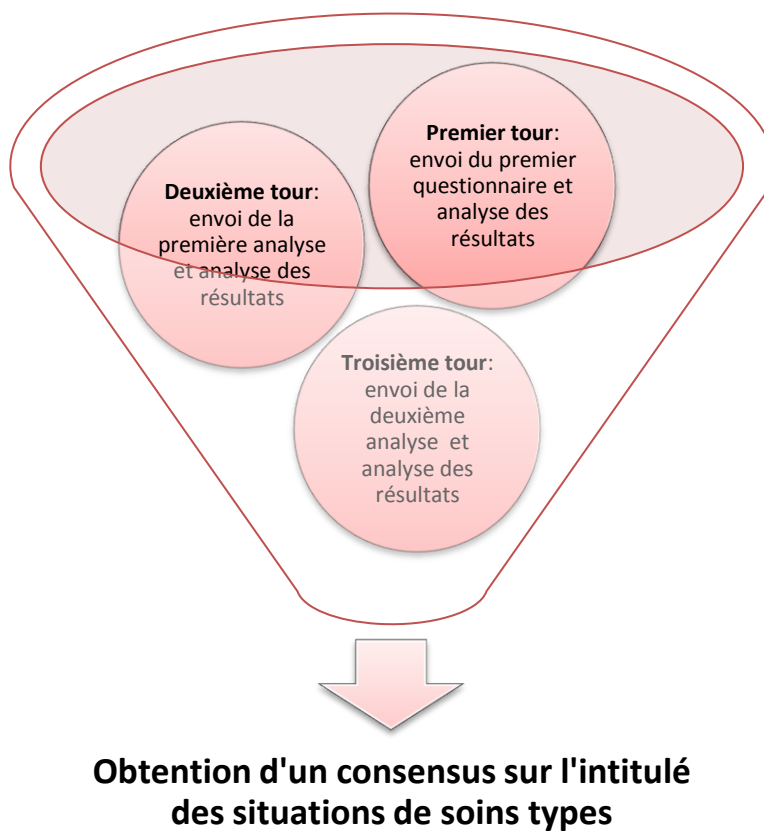
Trois tours de Delphi ont été nécessaires pour aboutir au consensus de l'ensemble des caractéristiques des cinq situations de soins types.

Le premier tour s'est déroulé du 11 juin 2012 (dès réception par mail, de l'accord des premiers experts recrutés) au 10 octobre 2012 avec 16 experts.

Le deuxième tour s'est déroulé du 12 octobre 2012 au 25 février 2013 avec perte de 3 experts lors de ce tour, ramenant le nombre de participants à 13.

Le troisième tour s'est déroulé du 28 février au 15 avril 2013 avec 13 experts.

4.3.4 Schéma récapitulatif



5. Troisième étape: Elaboration du contenu des situations de soins types

5.1 Choix de la méthode de consensus

La méthode utilisée pour l'élaboration et la validation du contenu des situations de soins types est inspirée de la méthode RAND/UCLA [48]. Développée dans les années 80' aux Etats-Unis, la méthode RAND/UCLA est une méthode de consensus bien codifiée et largement utilisée en santé publique. La méthode de consensus formalisé employée par la HAS pour valider les recommandations de bonnes pratiques en est dérivée [49].

Cette méthode consiste, après rédaction d'un texte d'argumentaires et d'une liste de propositions de recommandations, à soumettre le document à un groupe d'experts. L'objectif est de dégager clairement les points de concordance, fondements des futures recommandations, et les points de discordance ou d'indécision, permettant d'orienter des travaux de recherches ultérieures.

Selon cette méthode, notre travail s'est déroulé en quatre phases successives:

- Première phase: élaboration d'un contenu provisoire des situations de soins types
- Deuxième phase: analyse du contenu par les experts
- Troisième phase: analyse des points de discordance et des propositions ajoutées par le groupe d'experts.
- Quatrième phase: rédaction du contenu des situations de soins types ayant fait l'objet d'un consensus.

5.2 Déroulement de la troisième étape

5.2.1 Phase préparatoire

L'objectif de la phase préparatoire était de rédiger un contenu provisoire des situations de soins types. Pour cela, nous avons procédé à une revue de la littérature pour chacun des cinq thèmes. Les données utilisées proviennent essentiellement des recommandations de la HAS, et de sociétés savantes francophones (SFP, SFMG) (Annexe V).

Le contenu des situations de soins types a été élaboré en utilisant le déroulé de consultation en cinq parties du référentiel métier et compétences du CNGE [36].

Au cours de cette phase préparatoire, il est apparu aux investigateurs que l'intitulé des différentes étapes du déroulé pouvait prêter à confusion et entraîner des erreurs ou des imprécisions dans la formulation des propositions des experts, notamment pour les étapes "effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge" et "effectuer un suivi en temps différé". Il nous a donc paru pertinent d'explicitier les quatre dernières étapes du déroulé de consultation pour faciliter la compréhension du groupe de travail et s'entendre sur les résultats attendus:

- l'étape "**Elaborer un projet d'intervention négocié**" a été suivie de la mention "*ce qui va mener au résultat de consultation*".
- l'étape "**Mettre en oeuvre le projet thérapeutique**" a été complétée par la mention "*ce qui va découler du résultat de consultation*"
- l'étape "**Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge**" a été explicitée en précisant "*du résultat de consultation*"
- l'étape "**Effectuer un suivi en temps différé**" a été suivie de la mention "*de toutes les caractéristiques du patient*".

Tableau n°4: Déroulé de consultation utilisé pour l'élaboration du contenu des situations de soins types:

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

La phase préparatoire s'est déroulée de juin 2012 (revue de la littérature pour les thèmes abordés) à octobre 2012 (élaboration du contenu provisoire des situations de soins types adapté aux intitulés obtenus par la méthode Delphi).

5.2.2 Première phase exploratoire: analyse du contenu par les experts

Les tableaux, un par thème, ont été envoyés par mail aux experts. Ils avaient pour consigne (Annexe VI), pour chaque proposition, d'indiquer leur accord ou leur désaccord et de mentionner les items oubliés:

- En cas d'accord global: de l'indiquer par une marque d'adhésion ("ok", "d'accord")
- En cas de désaccord: d'indiquer l'élément de désaccord accompagné d'un argumentaire concis.
- En cas d'item oublié: d'ajouter l'item à la phase de consultation souhaitée.

D'autre part, il était demandé au groupe d'experts de se mettre en situation, en se représentant en consultation avec l'enfant et les parents, afin de nous faire part de ce qu'ils feraient en pratique en étant confronté à chacune de ces situations, plutôt que de nous rappeler les recommandations de bonnes pratiques.

Tableau n°5: Trame du questionnaire de la première phase exploratoire:

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

La première phase exploratoire s'est déroulée du 20 mai 2013 au 28 août 2013. Quatre experts n'ont pas renvoyé le questionnaire faute de temps.

5.2.3 Deuxième phase exploratoire: analyse des points de discordance et des items ajoutés par les experts

L'analyse des résultats de la première phase exploratoire a permis de relever les items qui ont fait l'objet d'un désaccord et ceux qui ont été ajoutés par le groupe d'experts.

L'ensemble des items ajoutés et de désaccord ont été rassemblés sous forme d'un tableau pour chaque situation de soins type. La consigne (Annexe VII) donnée aux experts était d'indiquer, pour chaque item, leur adhésion ou non à la proposition. En fonction du pourcentage d'adhésion, chaque item était ou non intégré au contenu final des situations.

En l'absence de désaccord ou d'item ajouté pour une phase de la consultation, cela était précisé dans la cellule du tableau correspondante.

Tableau n°6: Trame du questionnaire de la deuxième phase exploratoire:

Thème et intitulé de la situation de soins types		
Poser un diagnostic global de situation	item 1	- d'accord: x - pas d'accord :
	item 2	- d'accord: x - pas d'accord :
	item 3	- d'accord: - pas d'accord : x
	item 4	- d'accord: x - pas d'accord :
Elaborer un projet d'intervention négocié (ce qui va mener au résultat de consultation)	item 1	- d'accord: x - pas d'accord :
	item 2	- d'accord: - pas d'accord : x
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	Pas d'items ajoutés ni d'items de désaccord	
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	item1	- d'accord: x - pas d'accord :
	item 2	- d'accord: - pas d'accord : x
	item 3	- d'accord: - pas d'accord : x
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques du patient)	item 1	- d'accord: x - pas d'accord :
	item 2	- d'accord: x - pas d'accord :

Cette étape s'est déroulée du 03 septembre 2013 au 18 septembre 2013.

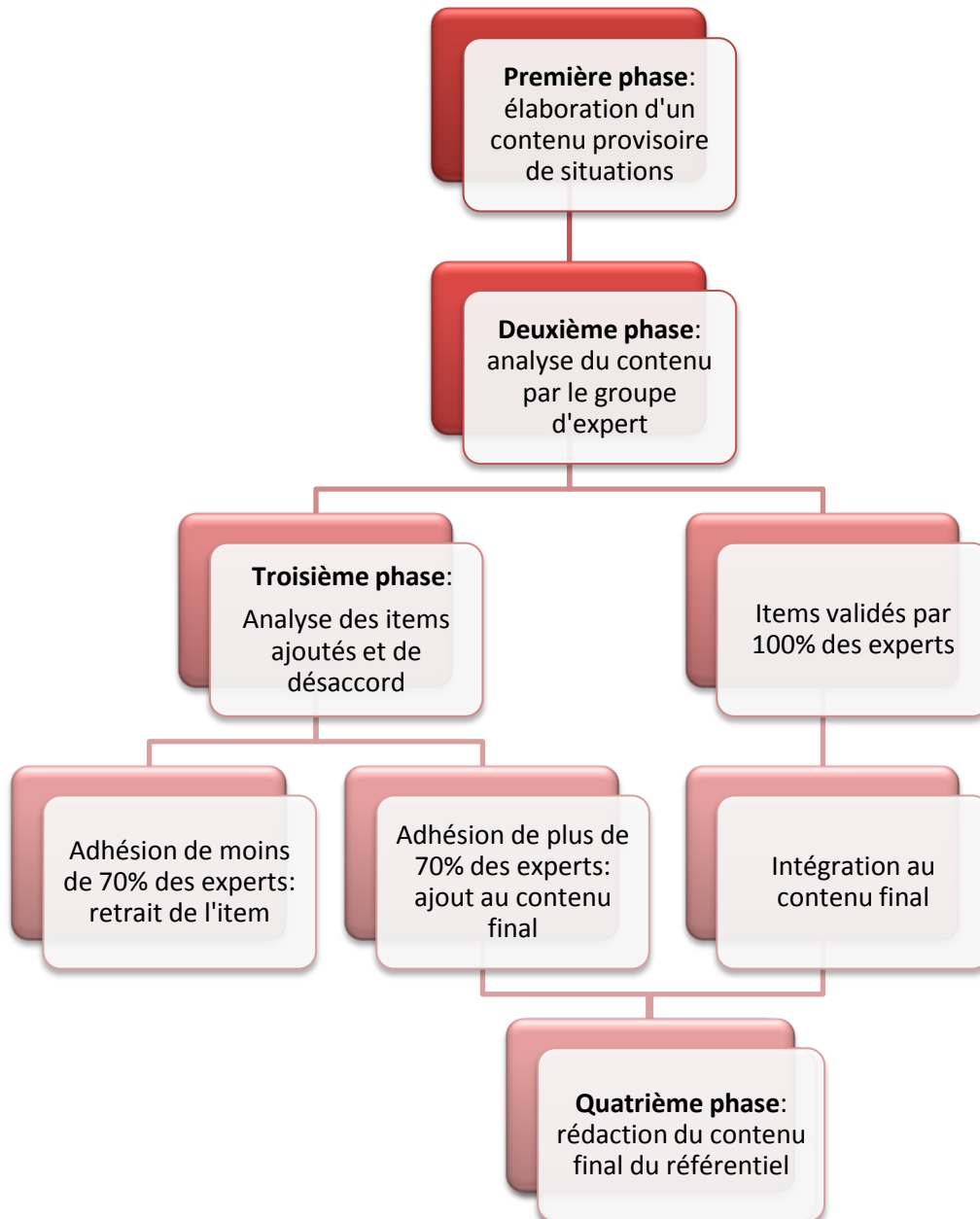
5.2.4 Synthèse des résultats et rédaction du contenu final des situations de soins types

Le contenu final des situations de soins types s'est composé des items validés dès la première phase exploratoire et de ceux ajoutés par un ou plusieurs membres du groupe de travail qui ont fait l'objet d'un consensus par plus de 70% des experts.

Les items ajoutés qui n'ont pas obtenu l'accord d'au moins 70 % des experts n'ont pas été intégrés au contenu final.

Cette étape de rédaction du contenu final du référentiel s'est déroulée du 19 septembre 2013 (début de la synthèse des résultats) au 04 octobre 2013 (rédaction du référentiel).

5.2.5 Schéma récapitulatif

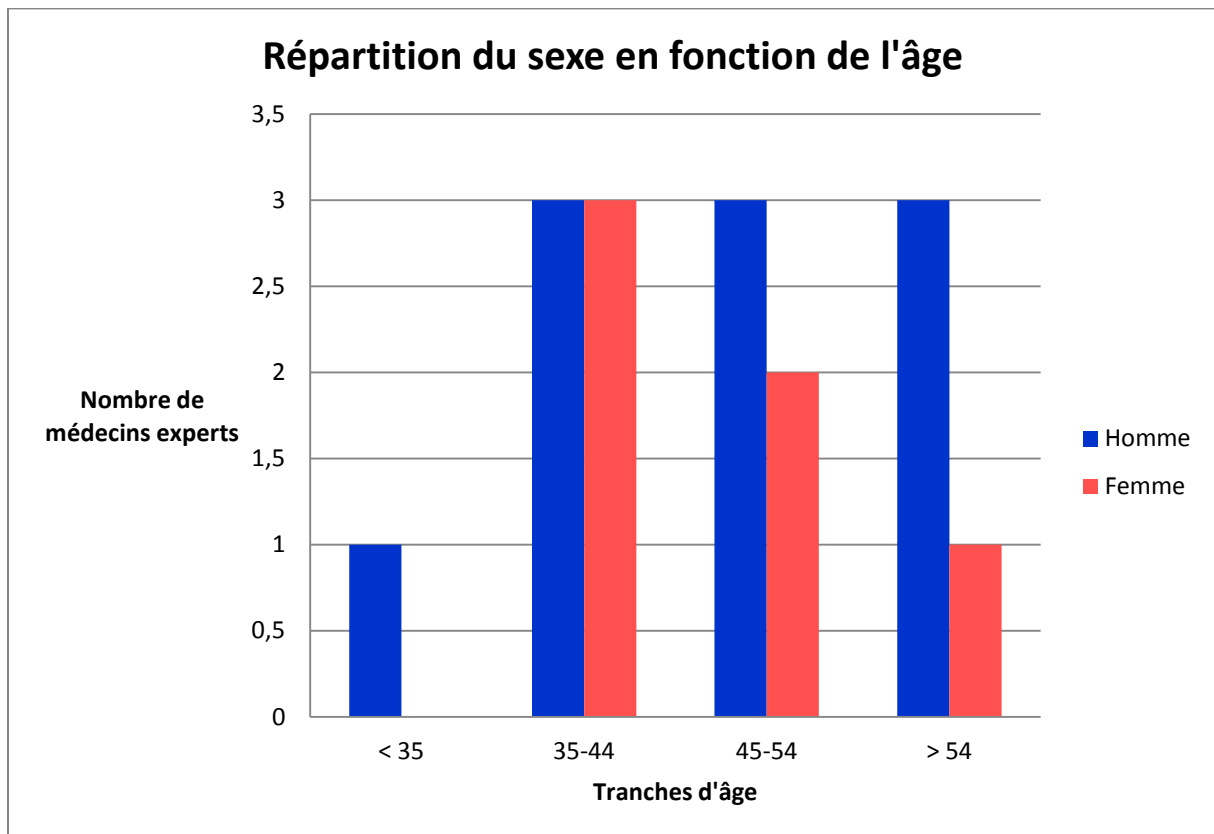


RESULTATS

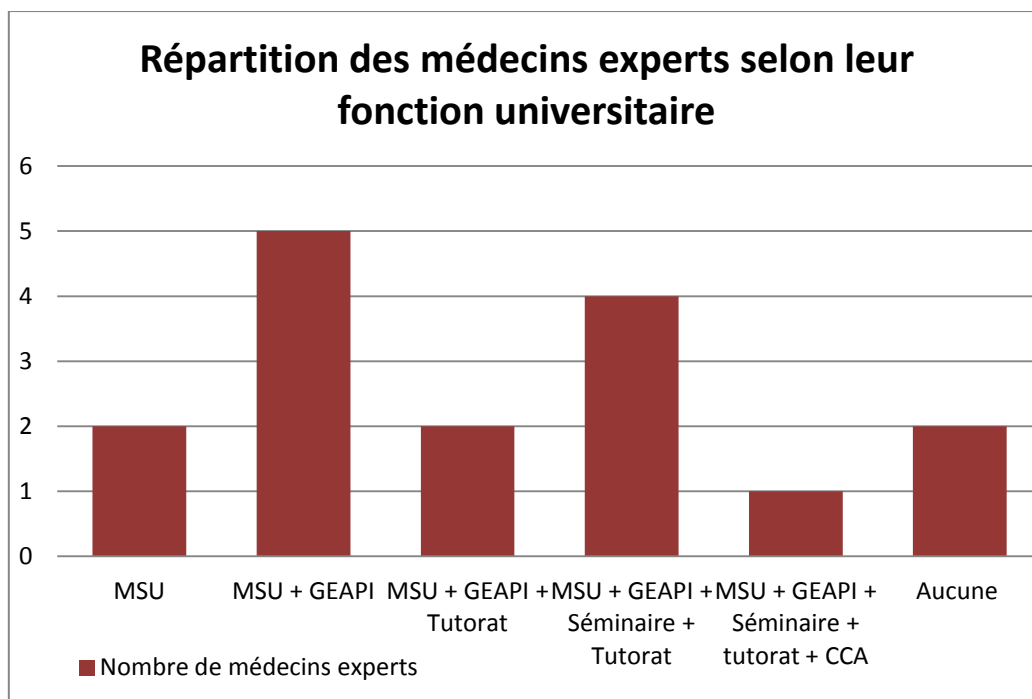
1. Détermination des intitulés des situations de soins types

1.1 Caractéristiques du groupe de travail initial

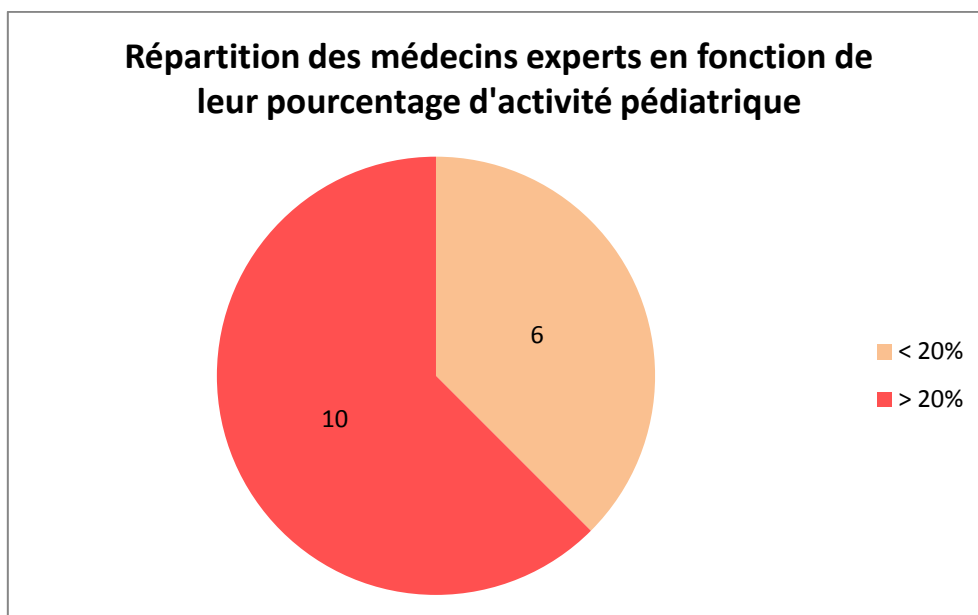
Parmi les 35 médecins experts sollicités, 16 d'entre eux ont accepté de participer à l'étude, ce qui correspond à un taux de participation de 45,7%.



L'échantillon était composé de 10 hommes et 6 femmes, représentant respectivement 62,5% et 37,5% de l'effectif. La moyenne d'âge était de 46 ans avec des bornes allant de 35 à 62 ans.



14 experts exerçaient une activité d'enseignement auprès d'internes de médecine générale, correspondant à 87,5% de l'effectif.



L'activité pédiatrique moyenne du groupe d'experts était de 25,4% avec des bornes allant de 15,4% à 40%. 10 experts avaient une forte activité pédiatrique (activité pédiatrique supérieure à 20%) correspondant à 62,5% de l'échantillon.

1.2 Résultats du Delphi

1.2.1 Analyse des résultats du premier tour

Afin de rendre l'interprétation des résultats fonctionnelle, il a été nécessaire de regrouper les réponses en termes génériques de telle sorte à faire ressortir des catégories de réponses, tout en prenant soin de ne pas en modifier le sens. Prenons l'exemple concernant le thème "Etat fébrile"; les réponses suivantes, recueillies pour les caractéristiques de la demande de soins: *"fièvre isolée à 39°C", "fièvre isolée depuis moins de 48 heures", "état fébrile sans point d'appel", fièvre depuis 24 heures sans altération de l'état général"*, ont été regroupées sous le terme générique *"Etat fébrile isolé"*. Les réponses suivantes: *"fièvre à 39°C avec perte d'appétit et se touche l'oreille gauche", "fièvre à 38,5°C avec céphalées, toux, rhinorrhée et odynophagie"* et *"état fébrile depuis 24 heures avec pleurs, irritabilité"* ont été regroupés sous le terme générique *"Etat fébrile associé à d'autres symptômes ou à un changement de comportement de l'enfant"*, accompagné des symptômes cités entre parenthèse pour rendre compréhensible cette distinction.

La catégorisation des réponses a été particulièrement nécessaire pour les caractéristiques liées au patient, notamment en ce qui concerne l'âge de l'enfant. En effet, faire la distinction entre un nourrisson de 7 mois et un nourrisson de 8 mois n'apporterait pas d'élément supplémentaire concernant le déroulé de la consultation médicale et rendrait la procédure Delphi beaucoup plus longue, le temps d'obtenir un consensus sur l'âge de l'enfant. Pour contourner cette difficulté, il a été décidé de regrouper les âges en catégories, en fonction du thème exposé. Prenons l'exemple pour le thème "Examens systématiques et prévention", tous les âges indiqués de 1 à 6 mois ont été regroupés sous le terme générique *"nourrisson de 1 à 6 mois"* afin de faire émerger la période de la petite enfance où le dépistage par un suivi régulier des étapes du développement de l'enfant et des données de biométries est recommandé. L'âge de 6 mois est également une période charnière dans l'alimentation de l'enfant puisque c'est l'âge recommandé pour débiter la diversification alimentaire. De la même façon, tous les âges de 7 à 12 mois ont été regroupés sous le terme générique *"nourrisson de 9 mois"* afin de faire émerger l'âge de la visite médicale obligatoire avec délivrance du certificat médical du neuvième mois.

Le regroupement des âges en catégories a été effectué pour les cinq thèmes où les bornes d'âges ont été définies selon leurs implications cliniques en fonction du thème proposé.

En cas de réponse imprécise, par exemple *"nourrisson"*, ou de l'absence de réponse, ces dernières étaient regroupées sous le terme *"pas de réponse précise"*. Lorsqu'il n'était pas

possible de retranscrire une réponse en terme générique, celle-ci était considérée comme une réponse imprécise et répertoriée dans la catégorie "*pas de réponse précise*".

Le rapprochement sémantique à l'aide de termes génériques a permis d'obtenir les résultats suivants présentés sous forme de tableaux, où les pourcentages représentent la proportion d'experts ayant indiqué la caractéristique associée:

Tableau n°7: Résultats du premier tour du Delphi pour le thème "Examens systématique et prévention"

THEME N°1 : Examens systématiques et prévention

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Nourrisson de 1 à 6 mois: 31,3% - Nourrisson de 9 mois: 18,7% - Enfant de 24 mois: 18,7% - Enfant de 6 à 12 ans: 12,5% - Adolescent: 6,3% - Pas de réponse précise: 12,5%	- Consultation programmée: 50% - Pas de réponse précise: 50%	- Examen systématique (alimentation, troubles du sommeil, croissance staturo-pondérale, vaccination, remplissage du carnet de santé): 68,8% - Vaccination comme motif principal: 12,6% - Certificat médical: 6,2% - Inquiétude des parents: 6,2% - Pas de réponse précise: 6,2%
Etat de consensus	Résultats à affiner	Résultats à affiner	Résultats à affiner

Tableau n°8: Résultats du premier tour du Delphi pour le thème "Etat fébrile"

THEME N°2 : Etat fébrile

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Enfant âgé de moins de 2 ans: 25% - Enfant à partir de 3 ans: 19% - Nourrisson âgé de plus de 3 mois: 12,5% - Pas de réponse précise: 43,5%	- Consultation programmée: 37,5% - Consultation en urgence: 25% - Pas de réponse précise: 37,5%	- Etat fébrile isolé: 56,3% - Etat fébrile associé à d'autres symptômes ou à un changement de comportement de l'enfant(irritabilité, perte d'appétit...): 25% - Pas de réponse précise: 18,7%
Etat du consensus	Résultats à affiner	Résultats à affiner	Résultats à affiner

Tableau n°9: Résultats du premier tour du Delphi pour le thème "Rhinopharyngite-rhume"

THEME N°3 : Rhinopharyngite- rhume

	Caractéristiques du patient	Caractéristique du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Enfant de 6 mois à 2 ans: 31,3% - Enfant de 3 à 6 ans: 18,8% - Nourrisson de moins de 6 mois: 6,2% - Enfant de plus de 6 ans: 6,2% - Pas de réponse précise: 37,5%	- Consultation programmée: 25% - Motif récurrent en période hivernale: 18,8% - Motif récurrent: 18,8% - Consultation en urgence: 6,2% - Pas de réponse précise: 31,2%	- Rhinorrhée claire, toux nocturne, odynophagie sans fièvre ni altération de l'état général: 37,5% - Récidives fréquentes: 31,4% - Rhinorrhée claire, toux nocturne avec inquiétude des parents: 12,5% - Rhinorrhée claire, toux nocturne avec fièvre et/ou encombrement bronchique: 6,2% - Demande de soins: 6,2% - Pas de réponse précise: 6,2%
Etat du consensus	Résultats à affiner	Résultats à affiner	Résultats à affiner

Tableau n°10: Résultats du premier tour du Delphi pour le thème "Vaccination"

THEME N°4 : Vaccination

	Caractéristique du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Nourrisson de 2 mois: 19% - Enfant de 12 mois: 6,2% - Enfant de 18 mois: 6,2% - Enfant de 6 ans: 6,2% - Enfant de 11 à 13 ans: 6,2% - Jeune fille de 14 ans: 6,2% - Pas de réponse précise: 50%	- Consultation programmée: 56,3% - Enfant opposant: 12,5% - Parents anti-vaccins: 6,2% - Pas de réponse précise: 25%	- Rappel vaccinal comme motif principal: 31,2% - Vaccinations recommandées (ROR, anti-HPV...): 25% - Premières vaccinations obligatoires: 18,8% - Rappel vaccinal comme motif annexe (rhinite, certificat...): 6,2% - Pas de réponse précise: 18,8%
Etat du consensus	Résultats à affiner	Résultats à affiner	Résultats à affiner

Tableau n°11: Résultats du premier tour du Delphi pour le thème "Etat morbide afebrile"

THEME N°5 : Etat morbide afebrile

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponses de l'ensemble des participants	- Enfant de plus de 3 ans: 43,9% - Enfant de moins de 3 ans: 6,3% - Nourrisson de moins de 3 mois: 6,2% - Adolescent: 6,2% - Pas de réponse précise: 37,5%	- Consultation programmée: 18,8% - Motif récurrent: 12,6% - Consultation en urgence: 6,2% - Premier recours: 6,2% - Inquiétude des parents: 6,2% - Pas de réponse précise: 50%	- Affection digestive (Douleurs abdominales, diarrhée aiguë, anorexie): 43,8% - Asthénie: 18,8% - Détresse respiratoire aiguë: 12,6% - Retard de croissance staturo-pondérale: 6,2% - Otalgie: 6,2% - Eruption cutanée: 6,2% - Obésité: 6,2%
Etat du consensus	Résultats à affiner	Résultats à affiner	Résultats à affiner

Aucun consensus n'a émergé à l'issu du premier tour du Delphi car aucune composante des différents thèmes n'a obtenu un pourcentage d'adhésion des experts supérieur à 70% (consensus fort) [47].

Les résultats du premier tour ont été renvoyés au groupe de travail avec les termes génériques et leur pourcentage de réponse associé, ainsi que le rappel, pour chaque expert, de sa réponse en terme générique.

1.2.2 Analyse des résultats du deuxième tour

A l'issue du deuxième tour de Delphi, dont voici les résultats, plusieurs caractéristiques ont obtenu un consensus car elles ont été retenues par plus de 50% des experts (consensus modéré).

Tableau n°12: Résultats du deuxième tour du Delphi pour le thème "Examens systématiques et prévention"

THEME N°1 : Examens systématiques et prévention

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Nourrisson de 1 à 6 mois: 75,2% - Nourrisson de 6 à 8 mois: 6,2% - Nourrisson de 9 mois: 6,2% - Enfant de 24 mois: 6,2% - Enfant de 6 à 12 ans: 6,2%	- Consultation programmée: 81,4% - Consultation non programmée: 6,2% - Enfant opposant: 6,2% - Pas de réponse précise: 6,2%	- Examen systématique (alimentation, troubles du sommeil, croissance staturo-pondérale, vaccination, remplissage du carnet de santé): 87,5% - Vaccination comme motif principal: 12,5%
Etat du consensus	CONSENSUS	CONSENSUS	CONSENSUS

Tableau n°13: Résultats du deuxième tour du Delphi pour le thème "Etat fébrile"

THEME N°2 : Etat fébrile

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Enfant de moins de 2 ans: 50% - Nourrisson de plus de 3 mois: 18,7% - Enfant à partir de 3 ans: 12,6% - Pas de réponse précise: 18,7%	- Consultation programmée: 37,5% - Consultation en urgence: 37,5% - Consultation non programmée: 12,5% - Pas de réponse précise: 12,5%	- Etat fébrile isolé: 68,8% - Etat fébrile associé à d'autres symptômes ou à un changement de comportement de l'enfant(irritabilité, perte d'appétit...): 25% - Pas de réponse précise: 6,2%
Etat du consensus	Résultats à affiner	Résultats à affiner	CONSENSUS

Tableau n°14: Résultats du deuxième tour du Delphi pour le thème "Rhinopharyngite-rhume"

THEME N°3 : Rhinopharyngite- rhume

	Caractéristiques du patient	Caractéristique du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Enfant de 6 mois à 2 ans: 68,8% - Enfant de 3 à 6 ans: 25% - Nourrisson de moins de 6 mois: 6,2%	- Consultation programmée: 31,3% - Motif récurrent en période hivernale: 31,3% - Motif récurrent: 25% - Consultation en urgence: 6,2% - Pas de réponse précise: 6,2%	- Rhinorrhée claire, toux nocturne, odynophagie sans fièvre ni altération de l'état général: 56,2% - Rhinorrhée claire, toux nocturne avec inquiétude des parents: 18,2% - Récidives fréquentes: 18,2% - Rhinorrhée claire, toux nocturne avec fièvre et/ou encombrement bronchique: 6,2%
Etat du consensus	CONSENSUS	Résultat à affiner	CONSENSUS

Tableau n°15: Résultats du deuxième tour du Delphi pour le thème "Vaccination"

THEME N°4 : Vaccination

	Caractéristique du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Nourrisson de 2 mois: 25% - Enfant de 12 mois: 18,9% - Enfant de 18 mois: 6,2% - Enfant de 6 ans: 6,2% - Jeune fille de 14 ans: 6,2% - Pas de réponse précise: 37,5%	- Consultation programmée: 81,3% - Enfant opposant: 12,5% - Pas de réponse précise: 6,2%	- Rappel vaccinal comme motif principal: 31,3% - Vaccinations recommandées (ROR, anti-HPV...): 25% - Premières vaccinations obligatoires: 25% - Rappel vaccinal comme motif annexe (rhinite, certificat...): 12,5% - Pas de réponse précise: 6,2%
Etat du consensus	Résultats à affiner	CONSENSUS	Résultats à affiner

Tableau n°16: Résultats du deuxième tour du Delphi pour le thème "Etat morbide afébrile"

THEME N°5 : Etat morbide afébrile

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponses de l'ensemble des participants	- Enfant de plus de 3 ans: 87,6% - Enfant de moins de 3 ans: 6,2% - Pas de réponse précise: 6,2%	- Consultation programmée: 37,6% - Motif récurrent: 12,5% - Consultation en urgence: 12,5% - Premier recours: 6,2% - Inquiétude des parents: 6,2% - Pas de réponse précise: 25%	- Affection digestive (Douleurs abdominales, diarrhée aiguë, anorexie): 75,2% - Asthénie: 6,2% - Détresse respiratoire aiguë: 6,2% - Retard de croissance staturo-pondérale: 6,2% - Otagie: 6,2%
Etat du consensus	CONSENSUS	Résultats à affiner	CONSENSUS

1.2.3 Analyse des résultats du troisième tour et élaboration des intitulés des situations de soins types

1 participant n'a pas souhaité donner suite à l'étude par manque de disponibilité, ramenant le taux de participation à 42,8%.

Le troisième tour de Delphi a permis de faire émerger un consensus pour l'ensemble des caractéristiques des cinq thèmes. A partir des caractéristiques validées par le groupe d'experts, il a été possible de formuler un intitulé de situation de soins types pour chaque thème dont voici les résultats:

Tableau n°17: Résultats du troisième tour du Delphi pour le thème "Examens systématiques et prévention"

THEME N°1 : Examens systématiques et prévention

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Nourrisson de 1 à 6 mois: 75,2% - Nourrisson de 6 à 8 mois: 6,2% - Nourrisson de 9 mois: 6,2% - Enfant de 24 mois: 6,2% - Enfant de 6 à 12 ans: 6,2%	- Consultation programmée: 81,4% - Consultation non programmée: 6,2% - Enfant opposant: 6,2% - Pas de réponse précise: 6,2%	- Examen systématique (alimentation, troubles du sommeil, croissance staturo-pondérale, vaccination, remplissage du carnet de santé): 87,5% - Vaccination comme motif principal: 12,5%
Consensus	Nourrisson de 1 à 6 mois	Consultation programmée	Examen systématique
Intitulé obtenu	Nourrisson de 3 mois amené par sa mère pour l'examen systématique du 3ème mois.		

Tableau n°18: Résultats du troisième tour du Delphi pour le thème "Etat fébrile"

THEME N°2 : Etat fébrile

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Enfant de moins de 2 ans: 100%	- Consultation en urgence: 60% - Consultation programmée: 33,4% - Consultation non programmée: 6,6%	- Etat fébrile isolé: 68,8% - Etat fébrile associé à d'autres symptômes ou à un changement du comportement de l'enfant (irritabilité, perte d'appétit...): 25% - Pas de réponse précise: 6,2%
Consensus	Enfant de moins de 2 ans	Consultation en urgence	Etat fébrile isolé
Intitulé obtenu	Enfant de 1 an "grognon", amené par sa mère suite à un appel de la crèche parce qu'il a de la fièvre.		

Tableau n°19: Résultats du troisième tour du Delphi pour le thème "Rhinopharyngite-rhume"

THEME N°3 : Rhinopharyngite- rhume

	Caractéristiques du patient	Caractéristique du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Enfant de 6 mois à 2 ans: 68,8% - Enfant de 3 à 6 ans: 25% - Nourrisson de moins de 6 mois: 6,2%	- Motif récurrent en période hivernale: 60% - Consultation programmée: 26,7% - Motif récurrent: 13,3%	- Rhinorrhée claire, toux nocturne, odynophagie sans fièvre ni altération de l'état général: 56,2% - Rhinorrhée claire, toux nocturne avec inquiétude des parents: 18,2% - Récidives fréquentes: 18,2% - Rhinorrhée claire, toux nocturne avec fièvre et/ou encombrement bronchique: 6,2%
Consensus	Enfant de 6 mois à 2 ans	Motif récurrent en période hivernale	Rhinorrhée claire, toux nocturne, odynophagie sans fièvre ni altération de l'état général
Intitulé obtenu	Enfant de 6 mois amené par son père car il présente une rhinorrhée et une toux grasse à plusieurs reprises depuis le début de l'hiver.		

Tableau n°20: Résultats du troisième tour du Delphi pour le thème "Vaccination"

THEME N°4 : Vaccination

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponse de l'ensemble des participants	- Nourrisson de 2 mois: 73,4% - Enfant de 12 mois: 13,3% - Enfant de 6 ans: 13,3%	- Consultation programmée: 81,3% - Enfant opposant: 12,5% - Pas de réponse précise: 6,2%	- Rappel vaccinal comme motif principal: 53,3% - Premières vaccinations obligatoires: 26,7% - Vaccinations recommandées (ROR, anti-HPV...): 13,3% - Rappel vaccinal comme motif annexe (rhinite, certificat...): 6,7%
Consensus	Nourrisson de 2 mois	Consultation programmée	Rappel vaccinal comme motif principal
Intitulé obtenu	Nourrisson de 2 mois amené par sa mère pour la réalisation des premiers vaccins		

Tableau n°21: Résultats du troisième tour du Delphi pour le thème "Etat morbide afébrile"

THEME N°5 : Etat morbide afébrile

	Caractéristiques du patient	Caractéristiques du contexte	Caractéristiques de la demande de soins
Réponses de l'ensemble des participants	- Enfant de plus de 3 ans: 87,6% - Enfant de moins de 3 ans: 6,2% - Pas de réponse précise: 6,2%	- Consultation programmée: 60% - Consultation en urgence: 20% - Inquiétude des parents: 6,7% - Pas de réponse précise: 13,3%	- Affection digestive (Douleurs abdominales, diarrhée aiguë, anorexie): 75,2% - Asthénie: 6,2% - Détresse respiratoire aiguë: 6,2% - Retard de croissance staturo-pondérale: 6,2% - Otalgie: 6,2%
Consensus	Enfant de plus de 3 ans	Consultation programmée	Affection digestive
Intitulé obtenu	Douleurs abdominales évoluant depuis une semaine chez un enfant de 6 ans.		

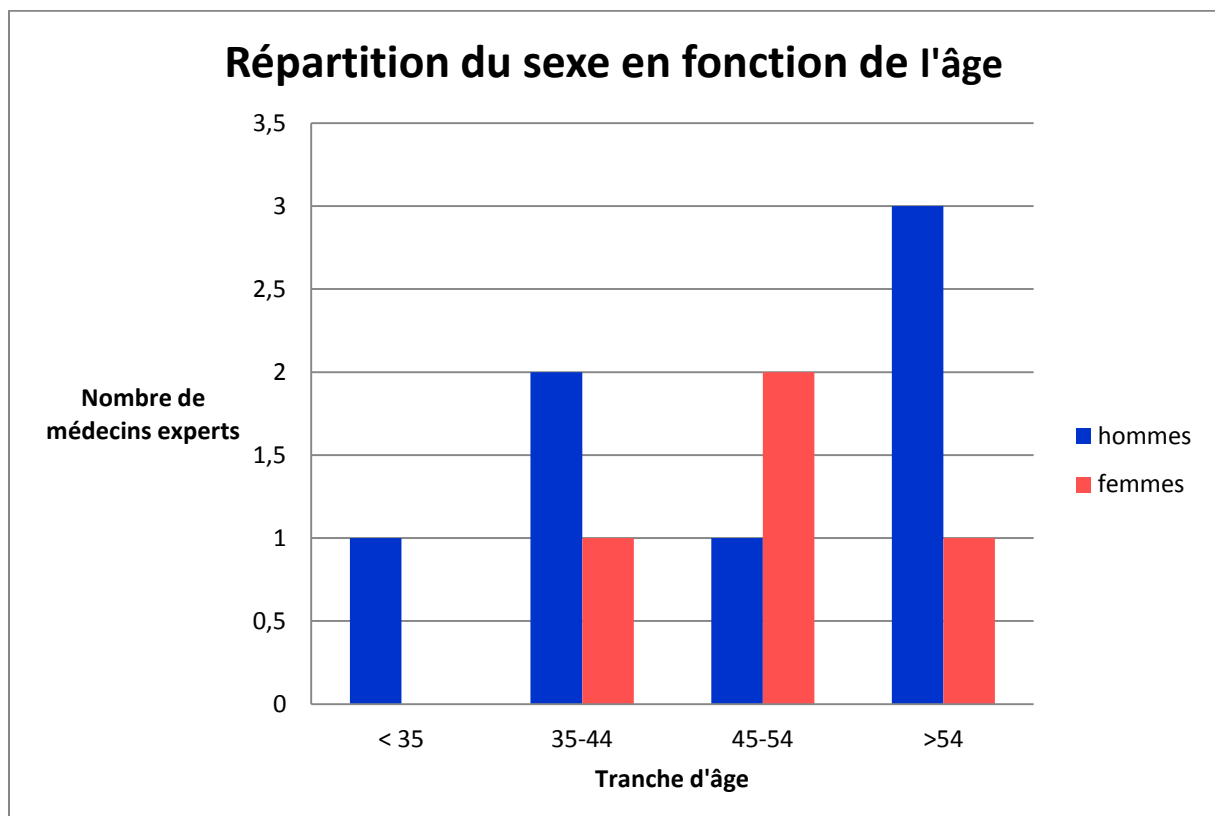
2. Validation du contenu des situations de soins types

2.1 Caractéristiques du groupe de travail

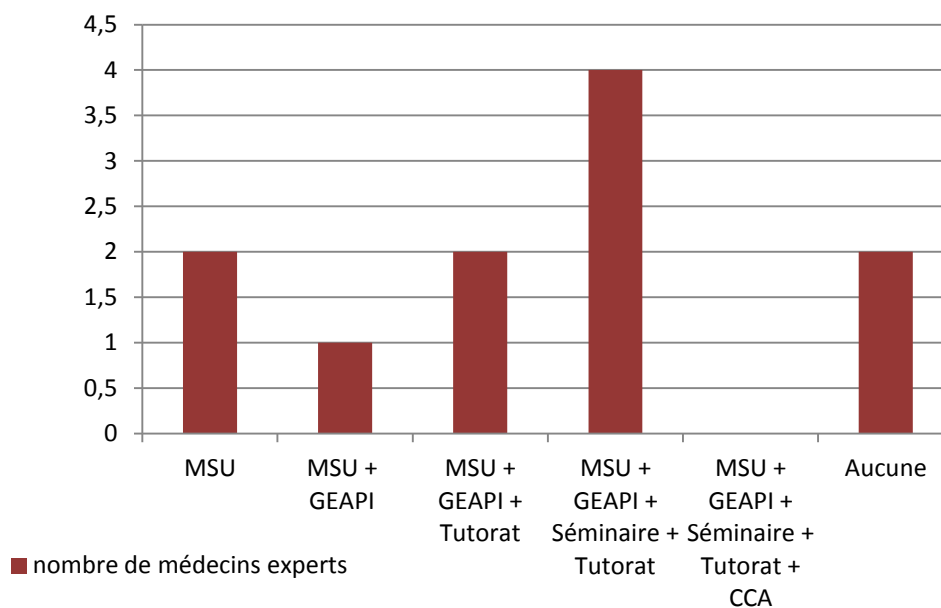
4 participants n'ont pas poursuivi l'étude suite au dépassement du délai de réponse imposé pour renvoyer le contenu provisoire des situations de soins types, malgré trois relances par courriel ou appel téléphonique.

Les caractéristiques de l'échantillon s'en sont trouvées modifiées: le groupe d'experts était composé de 11 participants dont 7 hommes et 4 femmes, représentant respectivement 63,6% et 36,4% de l'effectif.

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 48 ans avec des extrêmes allant de 35 à 62 ans. l'âge moyen par sexe était de 48,3 ans pour les hommes et de 47,5 ans pour les femmes.

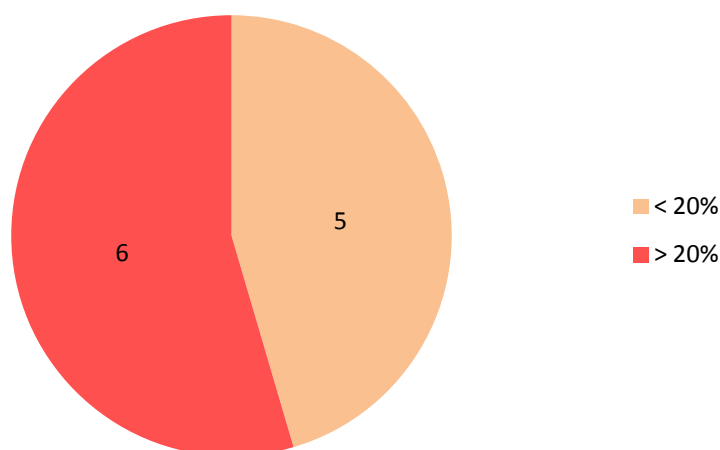


Répartition des médecins selon leur fonction universitaire



Le taux de médecins experts possédant un rôle d'enseignement auprès d'internes était légèrement en baisse, passant de 87,5% à 81,8% de l'échantillon.

Répartition des médecins experts en fonction de leur pourcentage d'activité pédiatrique



L'activité pédiatrique moyenne du groupe d'experts était également en baisse passant de 25,4% à 24,9%. 6 médecins experts avaient une activité pédiatrique supérieure à 20%, représentant 54,5% de l'échantillon.

2.2 Résultats du consensus formalisé

2.2.1 Phase préparatoire

Les investigateurs de l'étude ont élaboré le contenu provisoire du référentiel (Annexe VIII) en veillant:

- à se placer en contexte de situation clinique authentique afin de privilégier la construction de compétences contextualisées en conformité avec les principes du paradigme d'apprentissage [35].
- à la mobilisation des différentes ressources appartenant aux trois domaines: cognitif (les connaissances ou "le savoir"), psychomoteur (les habiletés ou "le savoir-faire") et psychoaffectif (les attitudes ou le "savoir-être"). L'ensemble de ces ressources peuvent être hiérarchisées selon des niveaux de complexité croissante dénommés niveaux taxonomiques [24, 27]. Ces différents niveaux taxonomiques sont illustrés dans le tableau suivant à l'aide d'exemples:

Tableau n°22: Niveau taxonomique des ressources utilisées pour l'élaboration du contenu provisoire:

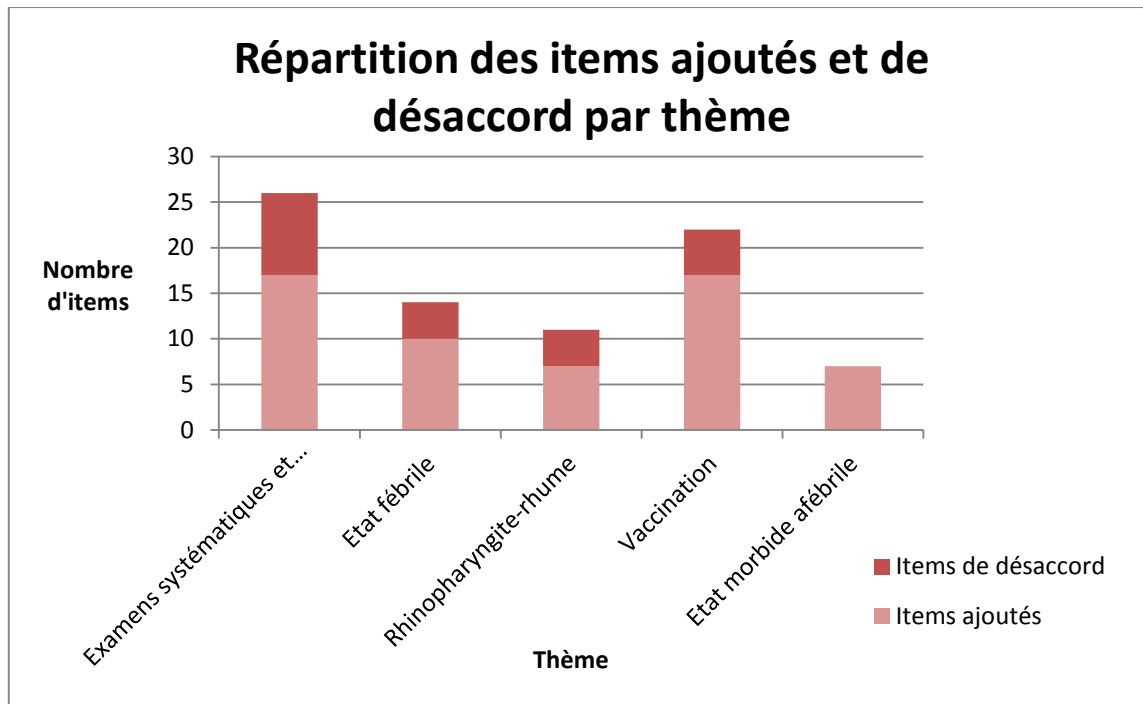
Type de ressource	Définition	Exemple
Connaissances déclaratives (savoirs)	Savoirs du domaine scientifique: faits ou règles	- le calendrier vaccinal - les tests de dépistage dans le cadre du suivi de l'enfant
Connaissances procédurales (habiletés)	Séquence d'action construite répondant à un objectif: connaissances d'action répondant à la question "comment?"	- réaliser un vaccin - prescrire un antipyrétique - prescrire un vaccin en fonction de l'âge de l'enfant
Connaissances conditionnelles (capacités)	Unité logique conduisant à un résultat en présence d'une ou plusieurs conditions: connaissances d'action répondant à la question "quand et pourquoi?"	- planification d'une action de dépistage selon les données de l'examen clinique (ex: échographie de hanche)

Connaissances explicites	Ensemble des connaissances dont le professionnel a conscience	- utilisation du vidal, recommandations de bonne pratique - avoir un carnet d'adresse
Connaissances implicites	Attitudes qui participent à la bonne conduite de la consultation médicale	- mettre en confiance l'enfant et ses parents - adopter une attitude empathique - adopter son discours aux caractéristiques de l'enfant ou des parents
Schèmes	Moyen d'économie cognitive qui permet la combinaison de ressources du domaine déclaratif, procédural et conditionnel pour répondre à une situation donnée	- utilisation de l'outil TSTS-CAFARD dans le dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent

2.2.2 Première phase exploratoire

A partir des items ajoutés et des items de désaccord, un rapprochement sémantique a été effectué par l'obtention de termes génériques issus de réponses dont le sens était similaire. Par exemple, les réponses: *"faire déshabiller l'enfant par ses parents au début de l'examen et observer la qualité de la relation"* et *"être attentif à la manière dont les parents déshabille l'enfant, langage non verbal très enrichissant"* ont été regroupées sous le terme générique: *"Faire déshabiller l'enfant par le/les parents en observant la qualité de la relation parent-enfant"*.

La synthèse des résultats a permis de relever 58 items ajoutés et 22 items de désaccord répartis pour chaque thème de la façon suivante:



2.2.3 Deuxième phase exploratoire

L'ensemble des items ajoutés et les items de désaccord exprimés par le groupe d'experts ont été regroupés dans un nouveau questionnaire en intégrant chaque item à l'étape correspondante du déroulé de la consultation. Le groupe d'experts a été sollicité pour indiquer s'il validait ou non chaque item en cochant la mention "d'accord" ou "pas d'accord". Le questionnaire était accompagné d'un mail explicatif (Annexe VIII).

Cette phase a permis d'obtenir un pourcentage d'adhésion pour chaque item ajouté ou de désaccord. Les items validés par les experts (pourcentage d'adhésion supérieur à 70%) ont été intégrés au référentiel final. Les autres items n'ont pas été retenus (4 items ajoutés et 6 items de désaccord). Les résultats sont présentés dans les tableaux 23 à 27.

Tableau n°23: Synthèse des items ajoutés et de désaccord pour le thème "Examens systématiques et prévention:

Situation 1: Examens systématiques et prévention: Nourrisson de 3 mois amené par sa mère pour l'examen systématique du 3ème mois.		
	Items ajoutés et de désaccord	Pourcentage d'adhésion
Poser un diagnostic global de situation	- S'enquérir de la structure ou du professionnel de santé ayant effectué le suivi initial et les premiers vaccins (PMI..)	72,7%
	- Explorer l'environnement de l'enfant ainsi que son intégration au sein du couple et de la famille.	100%
	- Pas d'indication à la recherche d'antécédents familiaux de troubles de l'apprentissage ni de retard du langage car cas sporadiques le plus souvent et inquiétude inutile des parents.	90,9%
	- Evaluer les habitudes alimentaires afin d'éviter les erreurs alimentaires plutôt que de prévenir les risques liés à la malnutrition, rare à l'âge de 3 mois en France.	100%
	- Rechercher une intoxication éthylique et la consommation de produits illicites chez les parents et la femme qui allaite.	90,9%
	- Faire déshabiller l'enfant par le/les parents en observant la qualité de la relation parent-enfant.	100%
	- Procéder à un examen clinique chez un nourrisson entièrement déshabillé plutôt qu'en sous-vêtements.	90,9%
	- Procéder à un examen clinique complet en mettant l'enfant en confiance à l'aide de jouets plutôt que la mise à disposition de jeux car pas de préhension dirigée à l'âge de 3 mois.	100%
	- Effectuer un examen visuel à la recherche d'un strabisme ou d'une cataracte congénitale.	100%
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Pas de possibilité de dépister un trouble psycho-comportemental à l'âge de 3 mois	54,5%
	- Pas de possibilité de dépister un trouble du langage à l'âge de 3 mois.	100%
	- Ne pas rechercher systématiquement le positionnement des parents vis-à-vis de la vaccination mais uniquement en cas de réticence.	90,9%

	- Remplir le carnet de santé et le dossier médical en notant les données de l'examen clinique, les mensurations et réaliser les courbes de croissance.	100%
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- En cas de découverte d'un trouble de développement de l'enfant, connaître les structures spécifiques de recours suivant l'étiologie et l'intensité des troubles observés.	100%
	- Dépister les erreurs alimentaires en cas d'alimentation artificielle.	100%
	- Information et éducation sur les risques de l'automédication et la consommation de produits toxiques chez la femme qui allaite.	100%
	- Prodiguer des conseils pour la prévention des accidents domestiques.	81,8%
	- Prescrire une supplémentation vitaminique chez l'enfant selon les recommandations de la HAS (vitamine D et vitamine K si allaitement exclusif).	100%
	- Pas d'indication à prescrire un examen complémentaire en soins de premier recours à l'âge de 3 mois hormis la radiographie des hanches si échographie des hanches indiquée et non faite à l'âge de 1 mois ou incertitude diagnostique à l'examen clinique ou à l'échographie.	100%
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Assurer le suivi en fixant un rendez-vous pour la prochaine consultation.	100%
	- Assurer le suivi en cas d'alimentation artificielle et savoir dépister les erreurs alimentaires.	100%
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- Etablir les certificats médicaux obligatoires à l'âge de 9 mois et 24 mois.	100%
	- Dans le cadre d'une consultation programmée chez un enfant de 7 à 11 ans: savoir dépister un trouble de la statique du pied et du rachis (scoliose..).	100%
	- Mesurer et peser l'enfant tous les mois jusqu'à l'âge de 6 mois puis tous les 3 mois jusqu'à l'âge de 12 mois.	100%
	- Pas d'évaluation systématique du stade de maturation pubertaire chez l'enfant à partir de 7 ans.	81,8%
	- Dans le cadre d'une consultation chez l'adolescent, proposer un temps de consultation seul avec lui.	100%

Tableau n°24: Synthèse des items ajoutés et de désaccord pour le thème "Etat fébrile":

Situation 2 : Etat fébrile: Enfant de 1 an "grognon", amené par sa mère suite à un appel de la crèche parce qu'il a de la fièvre.		
	Items ajoutés et de désaccord	Pourcentage d'adhésion
Poser un diagnostic global de situation	- Pas d'intérêt à se renseigner sur les symptômes ressentis par l'enfant à l'âge de 1 an car les symptômes sont difficilement interprétables à cet âge.	72,7%
	- Se renseigner sur les traitements entrepris et les horaires de prises d'éventuels antipyrétiques ainsi que leur efficacité.	100%
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Pratiquer un examen clinique complet chez un enfant entièrement déshabillé, en présence des parents.	100%
	- Concernant les signes de gravité nécessitant une hospitalisation, savoir rechercher une apathie.	100%
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Concernant les mesures physiques de lutte contre la fièvre, savoir proposer l'utilisation d'un brumisateuse.	81,8%
	- Concernant les mesures physiques de lutte contre la fièvre, savoir proscrire le bain ou la douche à 37°C.	72,7%
	- L'utilisation de l'ibuprofène n'est pas recommandé en première intention dans le traitement de la fièvre.	90,9%
	- La prescription de deux antipyrétiques peut être utile pour mieux couvrir le nycthémère.	90,9%
	- La réalisation d'examens complémentaires chez un enfant de 1 an fébrile depuis moins de 72 heures n'est pas recommandé en soins de premier recours.	81,8%
	- En cas de surinfection bactérienne supposée, savoir prescrire une antibiothérapie probabiliste mais pas secondairement adaptée car pas de prescription d'examens complémentaires systématique en cas de surinfection bactérienne chez l'enfant.	81,8%
	- Procéder à une éviction scolaire selon la pathologie en cause et selon la législation en vigueur.	90,9%
	- Eduquer les parents sur le recours aux soins en les informant des signes de gravité devant faire consulter en urgence.	100%

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Les parents ne seront pas contactés systématiquement en cas de résultat anormal car les consignes de surveillance ont été données au cours de la consultation.	54,5%
	- Assurer la continuité des soins en remplissant le carnet de santé en précisant les données de l'examen clinique et les traitements entrepris et établir un courrier au médecin traitant si nécessaire.	90,9%
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	Pas d'items ajoutés ni d'items de désaccord	

Tableau n°25: Synthèse des items ajoutés et de désaccord pour le thème "Rhinopharyngite-rhume":

Situation 3: Rhinopharyngite: Enfant de 6 mois amené par son père car il présente une rhinorrhée et une toux grasse à plusieurs reprises depuis le début de l'hiver.		
	Items ajoutés et de désaccord	Pourcentage d'adhésion
Poser un diagnostic global de situation	- Rechercher les facteurs de risque de survenue d'une rhinopharyngite: période hivernale, vie en collectivité, autres cas dans l'entourage, facteurs environnementaux (tabagisme passif).	100%
	- Ne pas rechercher de notion de contagie.	63,6%
	- Pas de pertinence à mettre des jeux à disposition de l'enfant à l'âge de 6 mois.	63,6%
	- Ne pas se renseigner sur les symptômes ressentis par l'enfant mais sur les symptômes perçus ou constatés par les parents.	63,6%
	- En cas d'affection récurrente, savoir rechercher un motif secondaire de la consultation.	100%
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat)	- Pratiquer un examen clinique complet chez un enfant entièrement déshabillé plutôt qu'en sous-vêtements.	72,7%
	- Informer de l'inutilité de la prescription d'un traitement antibiotique uniquement si la problématique est abordée par les parents et non pas systématiquement.	63,6%

de consultation)	- Informer les parents de l'inutilité des traitements symptomatiques tels que les sprays nasaux et les sirops antitussifs.	90,9%
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Concernant la désobstruction rhinopharyngée, proposer aux parents de réaliser le geste au cours de la consultation plutôt que de proposer une démonstration.	90,9%
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Assurer la continuité des soins en remplissant le carnet de santé en précisant les données de l'examen clinique et les traitements entrepris et établir un courrier au médecin traitant en cas de besoin.	90,9%
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- Concernant l'éducation des parents sur l'éviction des facteurs de risque modifiables afin de prévenir les rhinopharyngites récidivantes, savoir conseiller: • une aération du lieu de vie au moins 15 minutes par jour. • l'éviction d'allergènes (acariens, poils d'animaux). • la vérification de l'efficacité de la ventilation. • éviter l'utilisation de détergents chlorés et privilégier les produits éco-labellisés.	100%

Tableau n°26: Synthèse des items ajoutés et de désaccord pour le thème "Vaccination":

Situation 4: Vaccination: Nourrisson de 2 mois amené par sa mère pour la réalisation des premiers vaccins		
	Items ajoutés et de désaccord	Pourcentage d'adhésion
Poser un diagnostic global de situation	- Pas d'indication à la recherche d'antécédents familiaux de troubles de l'apprentissage ni de retard du langage car cas sporadiques le plus souvent et inquiétude inutile des parents.	100%

	- Evaluer les habitudes alimentaires afin d'éviter les erreurs alimentaires plutôt que de prévenir les risques liés à la malnutrition, rare à l'âge de 2 mois en France.	90,9%
	- Procéder à un examen clinique complet en mettant l'enfant en confiance à l'aide de jouets plutôt que la mise à disposition de jeux car pas de préhension dirigée à l'âge de 2 mois.	100%
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Rechercher un antécédent familial d'accident survenu au décours d'une vaccination.	54,5%
	- Présenter le calendrier vaccinal en hiérarchisant les priorités vaccinales en distinguant les vaccins obligatoires et les vaccins recommandés.	90,9%
	- Informer du caractère obligatoire de la vaccination DTP.	90,9%
	- Ne pas explorer systématiquement le positionnement des parents vis-à-vis de la vaccination mais uniquement en cas de réticence.	90,9%
	- Concernant l'explication aux parents de l'intérêt de la vaccination, ne pas mettre " en respectant les croyances des parents" car peut se poser le problème de responsabilité médicale, mais en cas de réticence des parents à faire vacciner leur enfant, comprendre les réticences et informer les parents des risques encourus de la non vaccination de l'enfant.	90,9%
	- En cas de refus parental de la vaccination de l'enfant, le notifier dans le dossier médical et le carnet de santé.	100%
	- Savoir rassurer les parents et dédramatiser la vaccination.	100%
	- Pratiquer un examen clinique chez un enfant entièrement déshabillé en s'assurant du bon état général de l'enfant.	90,9%
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- S'assurer de l'absence d'un état fébrile avant d'effectuer la vaccination.	90,9%
	- Vérifier la date de péremption du vaccin avant son injection.	100%
	- Préciser le site d'injection du vaccin sur le carnet de santé.	36,3%

	- Remplir le carnet de santé et le dossier médical en précisant les données de l'examen clinique, les mensurations et réaliser les courbes de croissance.	100%
	- Proposer la prescription d'un antipyrétique en expliquant aux parents qu'il ne doit pas être donné systématiquement mais uniquement en cas de fièvre mal tolérée.	100%
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Concernant les effets indésirables, informer les parents des risques d'effets indésirables locaux (oedème..) et généraux (éruption cutanée..)	90,9%
	- Notifier la date et le prochain vaccin à effectuer dans le carnet de santé et le dossier médical.	100%
	- Prescrire une supplémentation en vitamine k en cas d'allaitement maternel exclusif.	100%
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- Savoir rechercher une allergie à l'oeuf en vue de la vaccination ROR.	54,5%
	- Proposer la prescription d'un anesthésique local selon le contexte, afin de prévenir la douleur induite par la vaccination : • après avoir éliminé une contre-indication. • en adaptant la dose en fonction de l'âge de l'enfant et de la surface à traiter. • en respectant le temps de pose et le délai d'application.	63,6%
	- En cas d'immunosuppression, proposer un calendrier vaccinal adapté (varicelle, grippe...)	100%

Tableau n°27: Synthèse des items ajoutés et de désaccord pour le thème "Etat morbide afébrile":

Situation 5: Etat morbide afébrile: Douleurs abdominales évoluant depuis une semaine chez un enfant de 6 ans.		
	Items ajoutés et de désaccord	Pourcentage d'adhésion
Poser un diagnostic global de situation	- Recueillir les antécédents médicaux notamment digestifs et urinaires et les antécédents chirurgicaux.	100%

	- Explorer l'environnement de l'enfant en évaluant le contexte social économique et relationnel (parents, fratrie).	100%
	- Evaluer les habitudes alimentaires afin de dépister les erreurs alimentaires.	100%
	- Rechercher des facteurs de risques environnementaux (tabagisme passif..).	90,9%
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Rechercher un syndrome anxieux.	90,9%
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	Pas d'items ajoutés ni d'items de désaccord	
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	Pas d'items ajoutés ni d'items de désaccord	
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- En cas d'affection digestive chronique ou récurrente, savoir rechercher un syndrome anxio- dépressif.	100%
	- En l'absence de pathologie organique, assurer le suivi en adressant à un confrère spécialiste, après avoir informé les parents et l'enfant et obtenu leur consentement (avoir un carnet d'adresse).	81,8%

2.2.4 Elaboration du contenu final des situations de soins types

Les items validés dès le premier tour exploratoire et les items ajoutés et de désaccord validés par plus de 70% des experts au deuxième tour exploratoire ont permis d'élaborer la version finale du référentiel.

Les résultats pour chaque thème sont présentés dans les tableaux 28 à 32.

Tableau n°28: Contenu final pour le thème "Examens systématiques et prévention":

<u>Situation 1: Examens systématiques et prévention: Nourrisson de 2 mois amené par sa mère pour l'examen systématique du 2ème mois.</u>	
Poser un diagnostic global de situation	- Accueillir l'enfant et les parents ou l'adulte accompagnant, en étant attentif à la qualité de la relation qui se construit. - S'enquérir de la requête des parents. - S'enquérir de la structure ou du professionnel de santé ayant effectué le suivi initial et les premiers vaccins (PMI..) - Explorer la demande et les interrogations des parents ou de l'adulte accompagnant: • en développant une écoute active. • en adoptant une attitude neutre et empathique. • en observant les échanges perçus entre l'adulte et l'enfant. • en utilisant les informations disponibles du dossier médical et du carnet de santé de l'enfant. • en identifiant les éventuelles inquiétudes des parents et leurs attentes. - Mettre l'enfant en confiance: • à l'aide de jouets. • en parlant avec lui et non seulement devant lui. - Recueillir les antécédents personnels et familiaux à l'aide d'un entretien avec les parents et de la lecture du carnet de santé et remplir le dossier médical en colligeant ces informations. - Se renseigner sur l'existence d'une situation clinique à risque ou de signes d'appels d'une anomalie de développement: • Antécédents personnels néonataux, infectieux, développement psycho- moteur. • Antécédents familiaux de trouble sensoriel (amblyopie, surdité). - Explorer l'environnement de l'enfant ainsi que son intégration au sein du couple et de la famille. - Evaluer les habitudes alimentaires afin de prévenir les erreurs alimentaires. - Rechercher un tabagisme passif. - Rechercher la consommation d'alcool et de produits illicites chez les parents et la femme qui allaite. - Faire déshabiller l'enfant par le/les parents en observant la qualité de la relation parent-enfant. - Procéder à un examen clinique complet: • Chez un nourrisson entièrement déshabillé. • en présence des parents. • en mettant l'enfant en confiance à l'aide de jouets. • S'assurer du bon développement psychomoteur à l'aide d'un examen neurologique et locomoteur. • Effectuer un examen visuel à la recherche d'un strabisme ou d'une cataracte congénitale. • Contrôler la croissance staturo-pondérale à l'aide des mensurations : poids, taille et périmètre crânien.

Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Effectuer un dépistage individuel standardisé selon l'âge de l'enfant dans le cadre du suivi, en utilisant les tests de dépistage disponibles selon les recommandations de la HAS. - Dans le cadre d'une consultation programmée chez un enfant de 2 mois ne présentant pas de pathologie aiguë, savoir dépister: • un trouble sensoriel à l'aide de tests simples de dépistage visuels et auditifs. • un trouble de la croissance staturo-pondérale • un trouble psycho-comportemental. • une maltraitance • un risque de saturnisme. - Présenter le calendrier vaccinal en vigueur: • en se renseignant sur les connaissances des parents ainsi que leur positionnement vis-à-vis de la pratique de la vaccination en cas de réticence. • en adaptant son discours sur l'utilité de la vaccination, les bénéfices attendus, les effets indésirables prévisibles et les modalités de réalisation en fonction de l'âge de l'enfant . • en s'assurant de la bonne compréhension des parents sur les informations données. - Remplir le carnet de santé et le dossier médical en notant les données de l'examen clinique, les mensurations et réaliser les courbes de croissance.
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Rassurer les parents concernant la normalité de développement de l'enfant. - En cas de découverte d'un trouble de développement de l'enfant, assurer le suivi en adressant à un confrère spécialiste, après avoir informé les parents et obtenu leur consentement (avoir un carnet d'adresse). - Connaître les structures spécifiques de recours suivant l'étiologie et l'intensité des troubles observés. - Prodiguer des conseils hygiéno-diététiques aux parents concernant l'alimentation, le sommeil et la lutte contre le tabagisme passif. - Prodiguer des conseils pour la prévention des accidents domestiques. - Informer et éduquer les parents sur les risques de l'automédication et la consommation de produits toxiques chez la femme qui allaite. - Dépister les complications de l'allaitement maternel. - Savoir dépister les erreurs alimentaires en cas d'alimentation artificielle. - Proposer et planifier la mise à jour du calendrier vaccinal et prescrire les vaccins à effectuer lors d'une prochaine visite après avoir éliminé les éventuelles contre-indications. - Prescrire une supplémentation vitaminique chez l'enfant selon les recommandations de la HAS (vitamine D et vitamine K en cas d'allaitement maternel exclusif). - Pas d'indication à prescrire un examen complémentaire en soins de premier recours à l'âge de 2 mois hormis la radiographie des hanches si échographie des hanches indiquée et non faite à l'âge de 1 mois ou incertitude diagnostique à l'examen clinique ou à l'échographie.

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Proposer un suivi régulier et planifié dans le cadre du dépistage et suivre l'évolution des troubles en cas d'anomalie de développement. - Informer et accompagner les parents lorsqu'un traitement a été instauré. - Assurer le suivi et le soutien de l'allaitement maternel et dépister les complications. - Assurer le suivi en cas d'alimentation artificielle et savoir dépister les erreurs alimentaires. - Assurer le suivi en fixant un rendez-vous pour la prochaine consultation. - Etablir une relation de confiance en restant à l'écoute des parents. - Se rendre disponible afin de répondre aux inquiétudes des parents.
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- Proposer un dépistage par un suivi régulier au cours de consultations programmées ou en cas de signes d'alerte (difficultés d'apprentissage, troubles du comportement, trouble du langage) des étapes du développement et des données de biométries de l'enfant, en assurant une coordination entre les professionnels de santé concernés par la santé de l'enfant. - Etablir les certificats médicaux obligatoires à l'âge de 9 mois et 24 mois. - Mesurer et peser l'enfant tous les mois jusqu'à l'âge de 6 mois puis tous les 3 mois jusqu'à l'âge de 12 mois en indiquant les valeurs dans le carnet de santé et en réalisant les courbes de croissance. - A partir de l'âge de 1 an, calculer l'indice de masse corporelle au moins 2 fois par an et tracer la courbe de corpulence dans le carnet de santé à la recherche d'un éventuel rebond d'adiposité précoce. - Dans le cadre d'une consultation programmée chez un enfant de 28 jours à 6 ans ne présentant pas de pathologie aigue, savoir dépister: • un trouble psychologique et psycho- comportemental. • un trouble du langage oral et écrit. • un trouble sensoriel à l'aide de tests simples de dépistage visuels et auditifs. • un trouble de la croissance staturo-pondérale. • une maltraitance • un risque de saturnisme. - Dans le cadre d'une consultation programmée chez un enfant de 7 à 11 ans ne présentant pas de pathologie aigue, savoir dépister: • un trouble des apprentissages • une anomalie du développement pubertaire à l'aide des stades de TANNER. • un trouble de la statique du pied et du rachis (scoliose..). - Dans le cadre d'une consultation programmée chez un enfant de 12 à 17 ans ne présentant pas de pathologie aigue, savoir dépister: • un trouble du comportement alimentaire • un trouble anxieux • une conduite à risque, un trouble des conduites, un trouble oppositionnel. • une conduite suicidaire, une dépression à l'aide du test TSTS-cafard en explorant les domaines scolaire, social et familial. • une consommation de produits toxiques.

	• Explorer les questions liées à la sexualité (contraception, IST) chez l'adolescent. - Dans le cadre d'une consultation chez l'adolescent, proposer un temps de consultation seul avec lui avec son accord et celui des parents. - Informer et éduquer les parents en prodiguant des conseils hygiéno-diététiques et en luttant contre le tabagisme passif. - Mettre à jour le calendrier vaccinal et effectuer un rattrapage si nécessaire. - Discuter de la prévention en santé sexuelle chez l'adolescent. - En l'absence de troubles du développement, rassurer les parents et l'enfant ou l'adolescent sur la normalité du développement.
--	---

Tableau n°29: Contenu final pour le thème "Etat fébrile":

<u>Situation 2</u> : Etat fébrile: Enfant de 1 an "grognon", amené par sa mère suite à un appel de la crèche parce qu'il a de la fièvre.	
Poser un diagnostic global de situation	- Accueillir l'enfant et les parents ou l'adulte accompagnant en étant attentif à la qualité de la relation qui se construit. - S'enquérir de la requête des parents et percevoir le degré d'urgence, qu'il soit médical ou ressenti par les parents afin d'adapter la prise en charge. - Adopter un langage compréhensible et adapté et être attentif aux attitudes des parents et de l'enfant et à leur ressenti tout au long de la consultation. - Etablir un climat de confiance: • en pratiquant une écoute active des parents. • en parlant à l'enfant. • en mettant des jeux ou dessins à disposition de l'enfant. - Se renseigner sur les symptômes ressentis par l'enfant et sur les symptômes perçus ou constatés par les parents. - Faire préciser l'ancienneté de la fièvre ainsi que son intensité et rechercher d'autres signes associés. - Se renseigner sur les traitements entrepris, notamment la prise d'antipyrétiques en précisant les horaires de prises ainsi que leur efficacité. - Recueillir les antécédents et le statut vaccinal de l'enfant à l'aide d'un entretien avec les parents et de la lecture du carnet de santé, en colligeant ces informations dans le dossier médical. - Se renseigner sur l'existence de facteurs de risque de survenue de complications au décours d'un épisode fébrile (antécédents de convulsions fébriles).

Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Pratiquer un examen clinique complet chez un enfant entièrement déshabillé en présence des parents. - Rechercher les signes de gravité (déshydratation, altération de l'état général, apathie) nécessitant une hospitalisation. - Rechercher l'étiologie de la fièvre (infectieuse, immunologique, carcinologique).
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Informer et rassurer les parents sur le rôle physiopathologique de la fièvre, qu'elle n'est qu'un symptôme et n'entraîne que très rarement des complications. - Informer et éduquer les parents concernant les mesures physiques de lutte contre la fièvre (proposer à boire fréquemment, découvrir l'enfant, proposer l'utilisation d'un brumisateur, proscrire le bain ou la douche à 37°C). - Proposer et prescrire un traitement antipyrétique à dose efficace, recommandé en 1ère intention en fonction des contre-indications et des interactions: • en respectant les schémas posologiques • en ne prescrivant qu'un seul médicament antipyrétique. • en expliquant aux parents les précautions d'emploi. • en informant en cas de besoin, que l'utilisation de l'ibuprofène n'est pas recommandé en première intention dans le traitement de la fièvre mais qu'il peut être utile en deuxième intention et selon le contexte, pour mieux couvrir le nycthémère. - Savoir prescrire un antibiotique à un enfant fébrile présentant une infection bactérienne supposée. - La réalisation d'examens complémentaires chez un enfant de 1 an présentant une fièvre isolée depuis moins de 72 heures n'est pas recommandé en soins de premier recours. - Investiguer de façon appropriée les enfants présentant une fièvre isolée persistante au-delà de 3 jours. (ECBU, radiographie pulmonaire, NFS, CRP..). - En cas de surinfection bactérienne avérée, savoir prescrire une antibiothérapie probabiliste selon les recommandations de la HAS. - Procéder à une éviction de la crèche selon la pathologie en cause et selon la législation en vigueur. - Etablir un certificat d'absence pour enfant malade à la demande du parent qui garde l'enfant.
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Informer les parents sur l'évolution prévisible de la pathologie en cause et sur les signes devant alerter et amener à consulter à nouveau (évoquant une complication bactérienne): • Etat fébrile persistant au-delà de 3 jours ou d'apparition secondaire après ce délai (hormis le syndrome grippal). • Persistance ou apparition d'autres symptômes. • Changement de comportement de l'enfant. - Réexaminer l'enfant en cas de fièvre persistante et prescrire les examens complémentaires utiles en fonction des données de l'examen clinique.

	- Informer les parents du délai de réception des résultats des éventuels examens complémentaires réalisés et qu'ils seront contactés en cas de résultat anormal afin d'adapter la prise en charge. - Assurer la continuité des soins en remplissant le carnet de santé et le dossier médical en précisant les données de l'examen clinique et les traitements entrepris et établir un courrier au médecin traitant si nécessaire. - Se rendre disponible en restant à l'écoute des parents afin de répondre aux interrogations. - Se rendre disponible au téléphone et être prêt à revoir l'enfant en consultation en fonction de l'évolution de la pathologie et de l'inquiétude des parents.
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- Expliquer les résultats des examens complémentaires et ajuster un éventuel traitement en s'assurant de la bonne compréhension des informations données aux parents. - En cas d'infection bactérienne récidivante, assurer le suivi en adressant à un médecin de second recours.

Tableau n°30: Contenu final pour le thème "Rhinopharyngite-rhume":

Situation 3: Rhinopharyngite: Enfant de 6 mois amené par son père car il présente une rhinorrhée et une toux grasse à plusieurs reprises depuis le début de l'hiver.	
Poser un diagnostic global de situation	- Accueillir l'enfant et les parents ou l'adulte accompagnant, en étant attentif à la qualité de la relation qui se construit. - S'enquérir du motif de consultation. - Adopter un langage compréhensible et adapté et être attentif aux attitudes des parents et de l'enfant et à leur ressenti tout au long de la consultation. - Etablir un climat de confiance: • en pratiquant une écoute active des parents. • en adoptant une attitude neutre et empathique. • en parlant à l'enfant. - Recueillir les antécédents et le statut vaccinal de l'enfant ainsi que l'existence éventuelle d'allergies à l'aide d'un entretien avec les parents et de la lecture du carnet de santé, en colligeant ces informations dans le dossier médical. - Se renseigner sur les symptômes ressentis par l'enfant et sur les symptômes perçus ou constatés par les parents. - Rechercher les facteurs de risque de survenue d'une rhinopharyngite: période hivernale, vie en collectivité, autres cas dans l'entourage, facteurs de risque environnementaux (tabagisme passif). - Rechercher les facteurs de risque de survenue d'une complication bactérienne.(OMA récidivantes, otites séreuses). - Rechercher une notion de contagé. - Rechercher l'existence d'un état fébrile en précisant son ancienneté

	et son intensité. - Se renseigner sur les traitements entrepris, notamment la prise d'antipyrétique en précisant les horaires de prises ainsi que leur efficacité. - En cas d'affection récurrente, savoir rechercher un motif secondaire de la consultation.
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Pratiquer un examen clinique complet: • chez un enfant entièrement déshabillé. • en présence des parents. • en mettant l'enfant en confiance à l'aide de jouets. • en insistant sur l'examen ORL à la recherche de signes de surinfection bactérienne. - Rassurer les parents sur la nature bénigne de l'affection et de l'évolution spontanément favorable prévisible en 7 à 10 jours. - Informer les parents de la durée moyenne des symptômes et de la survenue possible de complications bactériennes. (OMA). - Informer les parents sur la nature virale de la rhinopharyngite et les conséquences prévisibles: • l'inutilité de la prescription d'une antibiothérapie. • la prescription d'un antibiotique ne préviendrait pas la survenue de complications. • l'otite congestive est fréquente au cours de la rhinopharyngite; d'origine virale, elle n'est pas une indication à une antibiothérapie. - Informer les parents que le caractère puriforme de la rhinorrhée et l'existence d'un état fébrile dans les délais normaux d'évolution de la rhinopharyngite, ne sont pas synonymes de surinfection bactérienne et ne sont pas des facteurs de risque de complications.
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Informer les parents de la prescription d'un traitement symptomatique en raison de la nature virale de l'affection. - Prescrire un traitement symptomatique adapté, comprenant: • une hydratation suffisante • une désobstruction rhino-pharyngée avec éducation des parents en leur proposant de réaliser le geste et en insistant sur la fréquence, notamment avant la prise des repas. • un traitement antipyrétique et antalgique en adaptant la posologie en fonction de l'âge et du poids de l'enfant et en respectant les modalités de prise selon les recommandations de la HAS. • Informer les parents de l'inutilité des traitements symptomatiques tels que les sprays nasaux et les sirops antitussifs.
	- Informer les parents sur l'évolution prévisible de la pathologie. - Informer les parents sur les signes devant alerter et amener à consulter (signes évoquant la survenue d'une surinfection bactérienne):

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	• fièvre persistante au-delà de 3 jours ou d'apparition secondaire après ce délai. • persistance sans tendance à l'amélioration des autres symptômes (toux, rhinorrhée, obstruction nasale) au delà de 10 jours. • changement de comportement de l'enfant. • survenue de nouveaux symptômes (conjonctivite purulente, oedème palpébral, troubles digestifs, apparition ou persistance d'une gêne respiratoire). - Assurer la continuité des soins en remplissant le carnet de santé et le dossier médical en précisant les données de l'examen clinique, les traitements entrepris et établir un courrier au médecin traitant en cas de besoin. - Se rendre disponible en restant à l'écoute des parents afin de répondre aux interrogations. - Se rendre disponible au téléphone et être prêt à revoir l'enfant en consultation en fonction de l'évolution de la pathologie et de l'inquiétude des parents.
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- Eduquer les parents sur l'éviction des facteurs de risque modifiables en prodiguant des conseils pour l'environnement pour prévenir les rhinopharyngites récidivantes: • chauffage modéré du lieu de vie • air humidifié • lutte contre le tabagisme passif • aération du lieu de vie au moins 15 minutes par jour • éviction des allergènes (acariens, poils d'animaux) • vérification de l'efficacité de la ventilation • éviter l'utilisation de détergents chlorés et privilégier les produits éco-labellisés. - Mettre à jour le calendrier vaccinal et effectuer un rattrapage si nécessaire, à distance de l'épisode viral. - Proposer un dépistage par un suivi régulier au cours de consultations programmées pour contrôler le développement psychomoteur et la croissance staturo-pondérale de l'enfant. - En cas de complications bactériennes récidivantes des voies respiratoires, assurer le suivi en adressant à un confrère de second recours (avoir un carnet d'adresse).

Tableau n°31: Contenu final pour le thème "Vaccination":

Situation 4: Vaccination: Nourrisson de 2 mois amené par sa mère pour la réalisation des premiers vaccins	
Poser un diagnostic global de situation	- Accueillir l'enfant et les parents ou l'adulte accompagnant, en étant attentif à la qualité de la relation qui se construit. - S'enquérir du motif de consultation. - Adopter un langage compréhensible et adapté et être attentif aux attitudes des parents et à leur ressenti tout au long de la consultation. - Etablir un climat de confiance: • en pratiquant une écoute active des parents. • en adoptant une attitude neutre et empathique. • en parlant à l'enfant. • en mettant des jeux à disposition de l'enfant. - Se renseigner sur l'existence d'une situation clinique à risque ou de signes d'appels d'une anomalie de développement: • Antécédents personnels néonataux, infectieux, développement psycho- moteur. • Antécédents familiaux de trouble sensoriel (amblyopie, surdité). - Evaluer les habitudes alimentaires afin de prévenir les erreurs alimentaires. - Rechercher un tabagisme passif. - Recueillir les antécédents de l'enfant ainsi que l'existence éventuelle d'allergies à l'aide d'un entretien avec les parents et de la lecture du carnet de santé, en colligeant ces informations dans le dossier médical.
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Présenter le calendrier vaccinal en vigueur en hiérarchisant les priorités vaccinales en distinguant les vaccins obligatoires et les vaccins recommandés. - Informer du caractère obligatoire de la vaccination DTP. - Explorer les connaissances des parents ainsi que leur positionnement vis à vis de la pratique de la vaccination uniquement en cas de réticence. - Expliquer aux parents l'intérêt de la vaccination à l'aide d'un langage simple et adapté: • en précisant les bénéfices attendus, les effets indésirables prévisibles et les modalités de réalisation en fonction de l'âge de l'enfant. • en s'assurant de la bonne compréhension sur les informations données. - Savoir rassurer les parents et dédramatiser la vaccination. - En cas de réticence des parents à faire vacciner l'enfant, comprendre les réticences et informer les parents des risques encourus de la non vaccination de l'enfant. - En cas de refus parental de la vaccination de l'enfant, le notifier dans le dossier médical et le carnet de santé.

	- Pratiquer un examen clinique complet chez un enfant entièrement déshabillé, en présence des parents, en vérifiant le bon état général de l'enfant, en s'assurant du bon développement psychomoteur à l'aide d'un examen neurologique et locomoteur et en contrôlant la croissance staturo-pondérale à l'aide des mensurations (poids, taille et périmètre crânien). - Effectuer un dépistage individuel standardisé selon l'âge de l'enfant dans le cadre du suivi, en utilisant les tests de dépistage disponibles (selon les recommandations de la HAS).
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Vérifier l'indication à la réalisation du vaccin selon le calendrier vaccinal en vigueur (BEH) et s'assurer de l'absence de contre-indication à la réalisation de la vaccination. - S'assurer de l'absence d'un état fébrile avant d'effectuer la vaccination. - Vérifier la date de péremption du vaccin avant son injection. - Etre capable de préparer le vaccin et de réaliser l'injection (en veillant à ne pas plisser la peau) en adaptant les modalités d'injection en fonction de l'âge de l'enfant. - Mettre à jour le statut vaccinal de l'enfant dans le carnet de santé et le dossier médical en notant la date, les références et le numéro de lot du vaccin effectué. - Remplir le carnet de santé et le dossier médical en notant les données de l'examen clinique, les mensurations et réaliser les courbes de croissance. - Proposer la prescription d'un antipyrétique en expliquant aux parents qu'il ne doit pas être donné systématiquement mais uniquement en cas de fièvre mal tolérée.
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Expliquer aux parents les effets indésirables prévisibles locaux et généraux de la vaccination et les signes devant amener à consulter: abcès local, persistance d'un état fébrile au delà de 3 jours (hormis pour la vaccination ROR) , éruption cutanée. - Informer et planifier le suivi du calendrier vaccinal: • en notifiant la date et le prochain vaccin à effectuer dans le carnet de santé et le dossier médical. • en prescrivant le(s) rappel(s) à effectuer. • en précisant le délai à respecter entre chaque injection. - Prescrire une supplémentation vitaminique afin de prévenir une carence en vitamine D chez l'enfant et en vitamine k en cas d'allaitement maternel exclusif selon les recommandations de la HAS. - Prescrire les examens complémentaires qui se révéleront utiles selon les données de l'examen clinique. - Etablir une relation de confiance en restant à l'écoute des parents. - Se rendre disponible afin de répondre aux inquiétudes des parents.
	- Assurer le suivi du calendrier vaccinal selon les recommandations en vigueur. - Mettre à jour le calendrier vaccinal et effectuer un rattrapage si

Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	nécessaire. - En cas d'immunosuppression, proposer un calendrier vaccinal adapté (varicelle, grippe...) - En cas de réticence quant à la pratique de la vaccination, refaire le point lors d'une consultation ultérieure en restant à l'écoute des parents afin de répondre aux interrogations. - Prendre en charge les pathologies indifférenciées de l'enfant. - Informer et éduquer les parents en prodiguant des conseils hygiéno-diététiques et en luttant contre le tabagisme passif. - Surveiller le développement psychomoteur et la croissance staturo-pondérale de l'enfant à l'aide des courbes de croissance. - Proposer un dépistage par un suivi régulier au cours de consultations programmées, des étapes du développement et des données de biométries de l'enfant ou en cas de signes d'alerte (difficultés d'apprentissage, troubles du comportement, trouble du langage) en assurant une coordination entre les professionnels de santé concernés par la santé de l'enfant.
---	---

Tableau n°32: Contenu final pour le thème "Etat morbide afebrile":

Situation 5: Etat morbide afebrile: Douleurs abdominales évoluant depuis une semaine chez un enfant de 6 ans.	
Poser un diagnostic global de situation	- Accueillir l'enfant et les parents ou l'adulte accompagnant, en étant attentif à la qualité de la relation qui se construit. - S'enquérir du motif de consultation. - Adopter un langage compréhensible et adapté et être attentif aux attitudes des parents et de l'enfant et à leur ressenti tout au long de la consultation. - Explorer l'environnement de l'enfant en évaluant le contexte social économique et relationnel (parents, fratrie). - Etablir un climat de confiance: • en pratiquant une écoute active des parents et de l'enfant. • en adoptant une attitude neutre et empathique. • en mettant des jeux ou dessins à disposition de l'enfant. • en parlant à l'enfant, en prenant le temps de l'écouter et lui laisser le temps de répondre. • en confirmant les dires de l'enfant par les parents sans mettre en doute ce que l'enfant a pu confier spontanément. - Se renseigner sur les symptômes ressentis par l'enfant et sur les symptômes perçus ou constatés par les parents. - Rechercher d'autres symptômes associés: état fébrile, troubles du transit, signes fonctionnels urinaires, affection ORL. - Se renseigner sur les traitements entrepris, les horaires de prise ainsi que leur éventuelle efficacité. - Evaluer les habitudes alimentaires afin de dépister les erreurs alimentaires. - Recueillir les antécédents médicaux notamment digestifs et

	urinaires, les antécédents chirurgicaux et le statut vaccinal de l'enfant ainsi que l'existence éventuelle d'allergies à l'aide d'un entretien avec les parents et de la lecture du carnet de santé, en colligeant ces informations dans le dossier médical. - Rechercher des facteurs de risque environnementaux (tabagisme passif).
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Réaliser un interrogatoire complet précisant la localisation et la chronologie de la douleur, en distinguant une douleur aiguë ou chronique - Evaluer l'état général de l'enfant. - Pratiquer un examen clinique complet chez un enfant en sous-vêtements, en présence des parents, en insistant sur l'examen uro-abdominal et ORL pour: • confirmer un diagnostic ou établir un diagnostic différentiel • éliminer une urgence chirurgicale relevant de soins rapides. - Inclure dans la démarche diagnostique, les pathologies spécifiques en fonction de l'âge de l'enfant. - Rechercher l'existence de signes de gravités nécessitant une hospitalisation (altération de l'état général, signes de déshydratation, abdomen chirurgical). - Evaluer la croissance staturo-pondérale et l'état nutritionnel de l'enfant en réalisant les courbes de croissance et de corpulence à la recherche d'une dénutrition ou d'une obésité. - Rechercher un syndrome anxieux. - Rechercher un trouble du comportement alimentaire selon le contexte.
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Informer les parents et l'enfant sur les données de l'examen clinique, à l'aide d'un langage clair et approprié. - Mettre en oeuvre un traitement adapté aux données de l'interrogatoire et de l'examen clinique après avoir éliminé une urgence thérapeutique. - Réaliser les examens complémentaires qui se révéleront utiles selon les données de l'examen clinique. - Partager l'information directement avec l'enfant en utilisant un langage approprié à son âge.
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Informer les parents sur l'évolution prévisible de la pathologie en cause et sur les signes devant alerter et amener à consulter: • Apparition d'un état fébrile. • Persistance ou apparition d'autres symptômes. • Changement de comportement de l'enfant. - Réexaminer l'enfant en cas de persistance des symptômes et prescrire les examens complémentaires utiles en fonction des données de l'examen clinique. - Informer les parents du délai de réception des résultats des éventuels examens complémentaires réalisés et qu'ils seront contactés en cas de résultat anormal afin d'adapter la prise en charge.

	- En cas de découverte d'une pathologie organique relevant de soins spécifiques, assurer le suivi et la coordination des soins en adressant à un confrère de second recours, après avoir informé les parents et obtenu leur consentement. (avoir un carnet d'adresse). - Se rendre disponible en restant à l'écoute des parents et de l'enfant afin de répondre aux interrogations. - Se rendre disponible au téléphone et être prêt à revoir l'enfant en consultation en fonction de l'évolution de la pathologie et de l'inquiétude des parents.
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- En cas d'affection digestive chronique ou récurrente: • Evaluer les habitudes alimentaires de l'enfant et des parents. • Situer les symptômes dans le contexte social et environnemental de l'enfant. • Rechercher une maladie organique chronique à l'aide d'examens complémentaires adaptés. • Rechercher un trouble du comportement alimentaire selon le contexte. • Savoir rechercher un syndrome anxio- dépressif. • Surveiller l'état nutritionnel en calculant l'IMC et en réalisant la courbe de corpulence à la recherche d'une dénutrition, d'un rebond d'adiposité ou d'une obésité. • Informer et éduquer les parents et l'enfant en prodiguant des conseils hygiéno-diététiques selon la pathologie en cause. - Assurer le suivi du calendrier vaccinal selon les recommandations en vigueur et effectuer un rattrapage si nécessaire. - Proposer un suivi régulier au cours de consultations programmées en cas de pathologie chronique, en assurant une coordination entre les professionnels de santé concernés par la santé de l'enfant.

DISCUSSION

1. Discussion de la méthodologie

1.1 Choix de la forme du référentiel métier et compétences

Il a été décidé de s'appuyer sur la forme du référentiel métier et compétences du médecin généraliste du CNGE afin d'élaborer un outil pédagogique en accord avec les principes du paradigme d'apprentissage. Les principes de l'approche par compétences et les répercussions sur les pratiques évaluatives dans le paradigme d'apprentissage ont été explicités dans la première partie de ce travail. Ce référentiel métier est conforme en tous points à ces exigences, en effet, il répond au concept de l'évaluation authentique par l'intermédiaire de la contextualisation des compétences et de l'interactivité des ressources dans chaque compétence au sein d'une famille de situations [26, 32, 33, 34, 35].

La méthode retenue par le cabinet Le Boterf Conseil était fondée sur la distinction à faire entre "*avoir des compétences*" et "*être compétent*" [37].

"*Avoir des compétences*", c'est **avoir des ressources** (connaissances scientifiques et techniques, savoir-faire relationnel avec les patients) pour agir avec pertinence et compétence dans une situation donnée. Avoir des ressources est une condition nécessaire mais non suffisante pour être reconnu comme compétent.

"*Etre compétent*", c'est **être capable d'agir** par la mise en oeuvre d'une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières d'une situation de soins tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources.

La rédaction d'un référentiel sous forme de listes d'objectifs d'apprentissage aussi complètes soient-elles ne rendrait pas compte de ce qu'est "être compétent" du fait de l'absence de la mise en action des compétences. L'évaluation qui en découlerait ne pourrait pas répondre aux principes de l'évaluation authentique du fait de la perte de signification de la compétence de par sa fragmentation. Conserver une forme d'outil impliquant l'interactivité des composantes de la compétence au sein de situations authentiques était fondamental. Ce corolaire fait du référentiel métier et compétences un outil pédagogique qui permet d'inférer qu'un étudiant est compétent dans un domaine considéré.

1.2 Choix du nombre de situations de soins types

Il aurait été possible d'élaborer un référentiel pour l'ensemble des situations de médecine générale dans le domaine de la pédiatrie aussi fastidieux que cela puisse paraître, en outre, l'exhaustivité en terme quantitatif des familles de situations ne répond pas aux principes du paradigme d'apprentissage. En effet, ce dernier privilégie la qualité des situations d'apprentissage plutôt que la quantité de celles-ci. En conséquence, c'est la qualité de la situation de soins type qui va rendre fonctionnelle l'évaluation des compétences, en cohérence avec le courant pédagogique actuel. L'idée retenue étant de considérer que si l'étudiant est capable de gérer les situations exposées avec pertinence et compétence, il saura en faire de même pour les autres situations qu'il rencontrera [36].

Par ailleurs, une étude [50] portant sur l'observation des consultations pédiatriques en médecine générale utilisant les données des médecins du réseau de la SFMG, a constaté qu'un nombre très limité de problématiques (une trentaine de résultats de consultation) couvrait près de 80% de l'activité des médecins généralistes auprès des enfants.

Dans ces conditions, il a été jugé que l'exposition de cinq situations de pédiatrie en médecine générale était un bon compromis entre l'illustration des thèmes les plus fréquemment rencontrés en médecine générale dans le domaine de la pédiatrie et l'élaboration d'un référentiel de taille raisonnable.

1.3 Choix des thèmes des situations de soins types

Les thèmes ont été choisis selon des critères épidémiologiques afin de répondre à la notion de représentativité en médecine générale. Un des principes directeurs de la méthode utilisée par le cabinet Le Boterf Conseil pour l'élaboration du référentiel CNGE confortait cette idée, soulignant l'importance du développement des "principales situations de soins que doit savoir gérer le médecin généraliste", dans notre cas, dans le domaine de la pédiatrie en soins primaires.

Une étude menée en 2013 [9] réalisant un état des lieux détaillé des motifs de consultation auxquels était confronté l'interne de médecine générale au cours du stage de pédiatrie ambulatoire en cabinet de MG relate que plus d'un tiers des consultations concernaient le dépistage et la prévention, quant à la gestion de la pathologie intercurrente, elle représentait le premier champ d'activité de l'interne avec 68% des consultations dont le premier rang était occupé par la pathologie aiguë infectieuse des voies respiratoires. Ces résultats sont en adéquation avec les données issues du travail de l'OMG en 2009 [45] qui montrait que la pathologie aiguë infectieuse regroupait les dix premiers résultats de consultation chez l'enfant de 2 à 9 ans, représentant à eux seuls plus de 30% des actes dans cette tranche d'âge.

L'étude d'observation des affections pédiatriques rencontrées en MG [50] renforce ces données, en montrant que les actes de prévention et les pathologies infectieuses représentent l'essentiel des problématiques auxquelles les médecins généralistes sont confrontés chez les enfants: ils couvrent plus de la moitié de l'activité médicale chez les adolescents (58,1%), augmentent chez les jeunes enfants (66,9%) et atteignent 77,8% chez les nourrissons.

Les thèmes exposés dans le présent référentiel sont en adéquation avec les situations de soins rencontrées par l'interne au cours du stage ambulatoire de pédiatrie en cabinet de MG.

Par ailleurs, l'étude exposant l'état des lieux des motifs de consultation rencontrés par l'étudiant au cours du stage ambulatoire en pédiatrie [9] fait apparaître des lacunes en terme de prise en charge des problématiques relationnelles intrafamiliales (lien précoce mère-enfant, maltraitance), des problématiques du développement sensoriel, psychomoteur et des troubles des apprentissages, ainsi que des problématiques rencontrées chez l'adolescent (conduites addictives, troubles du comportement alimentaire et conduites suicidaires).

Les thèmes évoqués dans ce référentiel pourraient aider à la prise en charge de ces problématiques. En effet, en raison de leur mise en situation authentique, ils mettent en évidence:

- Un certain nombre de ressources communes aux différentes problématiques rencontrées en pédiatrie comme l'observation de la relation parent-enfant. Ces ressources pourraient faciliter le repérage de situations de vulnérabilité et le dépistage d'un trouble précoce du lien parent-enfant, d'autant que l'absence d'installation du lien attachement entre les parents et l'enfant à la naissance est reconnu comme le principal facteur de risque de maltraitance [51].
- Une démarche clinique spécifique à la médecine générale et identique à toutes les situations rencontrées en pédiatrie, comprenant l'approche centrée sur le patient et son entourage, la communication appropriée à l'âge de l'enfant et au contexte, l'éducation à la santé (par l'intermédiaire des parents) et la coordination des soins au sein d'un réseau de professionnels de santé adapté aux besoins de santé de l'enfant. Ainsi, le travail en partenariat avec les réseaux de soutien à la parentalité émergeant de la compétence spécifique de la coordination des soins pourrait aider au dépistage précoce des troubles du lien parent-enfant.

1.4 Justification des caractéristiques de l'échantillon

Afin de répondre à l'exigence de validité externe en recherche qualitative, l'échantillon utilisé doit être ciblé et représentatif de la problématique [52].

La procédure d'échantillonnage raisonnée selon la technique de la boule de neige nous a semblé adaptée à la question de recherche. La sélection des participants considérés comme représentatif de la population cible a permis l'obtention d'un groupe de travail expert dans le domaine exploré, impliquant la garantie d'une validité externe des résultats.

Les critères d'inclusion ont reposé sur les conditions d'agrément pour être MSU pour le stage "mère-enfant" en médecine générale ambulatoire. (Annexe IX)

La forte représentativité des maîtres de stage universitaire (87,5% dont un MSU pour le stage ambulatoire mère-enfant) au sein du groupe d'experts dont 68,8% étaient impliqués dans l'enseignement médical au DMG de Poitiers traduit l'investissement des MSU en médecine générale pour la formation des internes et leur intérêt pour ce projet.

Une autre caractéristique notable de l'échantillon était le taux de représentativité des médecins ayant une forte activité pédiatrique attestée par un relevé individuel d'activité professionnelle (RIAP) présentant un pourcentage de consultations d'enfants de moins de 16 ans supérieur à 20%, par rapport à une moyenne nationale de 13,1% [53]. Ce taux était de 62,5% pour l'élaboration des intitulés des situations de soins types et de 54,5% pour la validation du contenu des situations de soins types.

L'adéquation entre l'activité pédiatrique des médecins recrutés et les conditions d'agrément pour le stage ambulatoire en pédiatrie est en partie liée au mode de recrutement. Ceci traduit la volonté des investigateurs d'obtenir un groupe de travail possédant une forte implication dans le domaine de la pédiatrie en soins primaires pour l'élaboration du référentiel.

Parallèlement, il a été décidé de ne pas recruter de pédiatres dans la constitution du groupe d'experts. Bien que les pédiatres déploient des compétences similaires aux médecins généralistes dans leur exercice et que leur degré d'expertise aurait apporté une valeur scientifique supplémentaire dans la réalisation de ce travail, il a été convenu de ne faire appel qu'à des médecins généralistes, le référentiel ayant été élaboré à partir de situations authentiques explorant les compétences spécifiques de médecine générale dans le domaine de la pédiatrie en soins de premier recours.

Nous avons pris soins à ce que les différentes tranches d'âges soient représentées. Cette diversité illustre la volonté des investigateurs d'obtenir un outil issu à la fois de données délivrées par de jeunes médecins généralistes dont le cursus universitaire est encore proche et de celles issues de l'expérience de médecins plus expérimentés.

La quasi-totalité de l'échantillon exerçait une activité de médecine générale en milieu libéral, un seul participant exerçait son activité dans un centre municipal de santé. Cette caractéristique est également liée au mode de recrutement et témoigne de la volonté des investigateurs d'obtenir des données issues de l'activité pédiatrique de soins primaires.

1.5 Choix de la méthode de recherche

L'objectif principal de notre étude était l'élaboration d'un référentiel métier et compétences comme outil pédagogique utilisable pour l'évaluation des compétences dans des situations de pédiatrie en soins primaires.

La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative [52]. En réalité, il n'y a pas d'opposition mais complémentarité entre les deux car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance. L'approche qualitative va être utilisée pour l'élaboration de techniques de recueils de données le plus souvent verbales ou d'analyses permettant une démarche interprétative afin de répondre aux questions de type "pourquoi?" ou "comment?".

La complexité du domaine des compétences cliniques ainsi que leur mise en situation ne peut pas être définie uniquement avec des données quantitatives. L'approche qualitative est recommandée dans ces situations [54]. Prenant en compte ces considérations, il nous a paru que l'utilisation de méthodes de consensus validées produisant des résultats quantitatifs (degré d'adhésion) à partir de données qualitatives (comment faites-vous?) étaient adaptées pour répondre à notre objectif.

1.6 Choix de la procédure Delphi pour la détermination des intitulés des situations de soins types

Il a été décidé d'utiliser la méthode Delphi pour déterminer les intitulés des situations de soins types. L'autre méthode de consensus principalement utilisée est celle du groupe nominal mais la procédure Delphi nous a semblé plus appropriée pour élaborer le référentiel de par quelques unes de ses caractéristiques, en effet:

- Elle présente l'avantage d'aboutir à un consensus d'experts en évitant la confrontation des participants à l'intérieur d'un groupe de discussion.
- Elle permet l'itération avec remontées contrôlées par sollicitation à plusieurs reprises des experts (afin de confronter leur avis à celui des autres participants), lui donnant un avantage de reproductibilité par rapport à la technique du groupe nominal [55] .

- Elle présente l'avantage par rapport au groupe nominal de ne pas nécessiter de réunion, ce qui rend possible le recrutement de médecins experts sans limitation géographique. Cette particularité permet de limiter le biais concernant la perte de sujets. Ainsi, un membre du groupe de travail a pu poursuivre l'étude malgré son déménagement sur Paris au cours de la procédure Delphi.

Enfin, l'avantage que représente l'interactivité dans la technique du groupe nominal implique la participation d'un modérateur expérimenté, compétence que nous ne maîtrisons pas.

1.7 Choix d'une méthode s'appuyant sur les principes du consensus formalisé pour la validation du contenu des situations de soins types.

La procédure Delphi n'a pas été retenue pour la deuxième partie de l'étude car elle n'était pas appropriée par rapport à l'exhaustivité des propositions attendues de la part du groupe d'experts, le risque était d'entraîner une perte de sujets importante du fait de la complexité du questionnaire et limiter ainsi la validité de l'étude.

La méthode du consensus formalisé nous a semblé plus adaptée. Cette méthode utilisée par la HAS pour élaborer les recommandations professionnelles repose sur [49]:

- Une phase de revue systématique et de synthèse de la littérature aboutissant à la production d'un texte d'argumentaire et d'une liste de propositions soumise à un groupe de cotation.
- Après une première cotation individuelle des propositions, le groupe se réunit pour discuter des résultats.
- Une version initiale du texte des recommandations est soumise à une nouvelle cotation individuelle selon une échelle de cotation.
- S'en suit une phase d'évaluation par le groupe de lecture puis la phase de finalisation du texte.

L'échelle de cotation détermine l'accord (ou le désaccord) et le degré de convergence des avis d'experts. Les côtes 1 à 3 correspondent à la zone de désaccord, les côtes 4 à 6 correspondent à la zone d'indécision et les côtes 7 à 9 à la zone d'accord.

Il a été décidé de ne pas utiliser d'échelle de cotation, en effet, elle obtient une validation du groupe de travail sur une liste de ressources restreinte à une liste d'objectifs sans interactivité entre elles. Cette fragmentation des composantes, les rendant inertes, entraînerait une perte de signification de la compétence, ce qui est en contradiction avec le concept de contextualisation et la forme du référentiel dont l'objectif est d'illustrer la mise en action des compétences par

l'intermédiaire de l'interactivité des ressources qu'elles mobilisent au sein de situations authentiques [35].

D'autre part, il était important de faire appel aux savoirs expérientiels des experts et non pas de l'exposé des dernières recommandations, ce que l'échelle de cotation ne permet pas de rendre compte.

Cette procédure inspirée du consensus formalisé sans l'utilisation d'échelle de cotation nous a permis:

- de simplifier la tâche demandée aux experts limitant ainsi la perte de sujets par abandon même si quatre experts ont tout de même quitté l'étude, dont un évoquant le degré de complexité trop élevé du questionnaire.
- d'aboutir à un contenu des situations de soins types validé par un groupe d'experts, enrichi de nouvelles propositions issues de l'expérience professionnelle de ce groupe.

2. Discussion des résultats

2.1 Discussion des résultats du Delphi (intitulés des situations de soins types)

Les intitulés des situations de soins types ont été élaborés à l'aide des trois composantes validées pour chaque thème par le groupe de travail en les mettant en lien afin de faire émerger un motif de consultation "réel".

Les compétences de médecine générale mises en action au sein de chaque situation sont précisées pour chaque thème sur la base des six compétences génériques transversales (Annexe I) décrites par le groupe national d'experts en MG [22].

2.1.1 Examens systématiques et prévention

Concernant les caractéristiques du patient, un consensus a été obtenu dès le deuxième tour du Delphi en raison de notre choix de regrouper tous les âges compris entre 0 et 6 mois en une seule catégorie "*nourrisson de 1 à 6 mois*". En effet, les actes de dépistage et de prévention représentent une part importante de l'activité de soins pour cette tranche d'âge

par le biais des consultations de suivis obligatoires ou recommandées tous les mois jusqu'à l'âge de 6 mois [56].

La fréquence du résultat de consultation (résultat d'une analyse sémiologique en fin de consultation inspiré du dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG, une consultation n'aboutissant que peu fréquemment à un diagnostic de maladie) pour le thème "Examens systématiques et prévention" entre 0 et 2 ans est de 19,4% et de 30,9% si on englobe la vaccination [50]. L'âge de "3 mois" initialement retenu pour le référentiel ne permet pas de faire émerger l'acte vaccinal comme l'a fait remarquer un membre du groupe d'experts, suite à l'actualisation du BEH en 2013 mentionnant la suppression du rappel vaccinal à l'âge de 3 mois.

Cependant l'acte vaccinal ne se résume pas à un simple geste technique mais s'intègre dans une démarche globale de prévention [57]. Perrenoud affirme que " dans un métier complexe, un référentiel de compétences ne peut pas renvoyer à des situations entièrement indépendantes les unes des autres puisqu'elles ont des rapports d'inclusion" et que "les situations les plus stratégiques gèrent l'enchaînement et la mise en cohérence des situations qu'elles englobent" [30]. Même si un thème est entièrement dédié à la vaccination, les situations de soins types " Examens systématiques et prévention" et "Vaccination" ne sont pas totalement indépendantes. Dans ce sens, il a donc été décidé d'abaisser l'âge à "2 mois" afin de faire émerger l'acte vaccinal dans ce thème.

La caractéristique "*examen systématique du troisième mois*" validée également dès le deuxième tour a été remplacée par "*examen systématique du deuxième mois*" en cohérence avec l'âge du nourrisson.

La caractéristique "*consultation programmée*" a été validée dès le deuxième tour en cohérence avec la demande de soins.

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

- **Compétence approche globale, prise en compte de la complexité en:**

- adoptant des postures différentes en fonction des situations : soins, accompagnement, soutien, éducation, prévention, réparation ;
- identifiant, évaluant, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs (bio-psychosocial et culturel), pour les prendre en compte dans la décision ;
- élaborant un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient, intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel à l'analyse de la situation;

- **Compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire en:**
 - mettant en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie ;
 - partageant le suivi avec d'autres intervenants ;
 - collaborant à et/ou élaborant des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation;
- **Compétence premier recours, urgences en:**
 - exécutant avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents dans le contexte du premier recours.
- **Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient en:**
 - étant le référent du patient dans l'espace et la durée ;
 - utilisant judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient ;
 - en prenant en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement ;
- **Compétence relation, communication, approche centrée patient en:**
 - menant des entretiens avec tout type de patients et leur entourage, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication ;
 - construisant et maintenant à travers ces contacts une relation avec le patient et/ou son entourage, en étant attentif à rester dans le cadre professionnel et en se questionnant sur ses propres capacités et limites relationnelles ;
- **Compétence professionnalisme en:**
 - agissant avec altruisme, et sans discrimination;
 - garantissant la confidentialité des échanges avec les patients.

2.1.2 Etat fébrile

La caractéristique "*enfant de moins de 2 ans*" a été traduite par "*enfant de 1 an grognon*". Le terme "grognon" illustre le changement de comportement fréquemment associé à l'état fébrile et qui représente un motif de consultation fréquent en médecine générale selon l'expérience professionnelle du groupe d'experts. Ce terme permet d'enrichir les caractéristiques du contexte, souvent dominé par l'inquiétude des parents du fait du changement de comportement de l'enfant comme l'ont souligné deux experts.

Le terme générique "*suite à un appel de la crèche*" nous a permis de traduire la caractéristique "*consultation en urgence*". Ce terme permet d'enrichir la portée sémantique du contexte illustrant l'urgence ressentie par les parents du fait de leur inquiétude. Cette idée permet également de mettre en évidence le contexte de soins primaires et la capacité du médecin généraliste à répondre de manière adaptée à la demande urgente de l'un de ses patients.

Enfin, la demande de soins "*état fébrile*" a été remplacé par "*qui a de la fièvre*", en effet, ce terme est plus souvent employé par les parents en association avec le terme "grognon".

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

- **Compétence premier recours, urgences en:**
 - intervenant si nécessaire dans le contexte d'urgence réelle ou ressentie ou dans les situations médicales non programmées
 - gérant les situations les plus fréquentes aux différents stades d'évolution (situations aiguës ou chroniques, les urgences, la santé des enfants, etc.)
- **Compétence approche globale, prise en compte de la complexité en:**
 - identifiant, évaluant, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs (bio-psychosocial et culturel), pour les prendre en compte dans la décision ;
 - négociant une décision adaptée à la situation et partagée avec le patient;
 - évaluant les décisions et leurs conséquences, à court, moyen et long terme.
- **Compétence relation, communication, approche centrée patient en:**
 - menant des entretiens avec tout type de patients et leur entourage, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication ;

- respectant les différentes législations et code déontologique concernant les droits du malade et les devoirs du médecin ;
- **Compétence professionnalisme en:**
 - agissant avec altruisme, et sans discrimination;
 - favorisant l'accès équitable aux soins pour tous.

2.1.3 Rhinopharyngite-rhume

La caractéristique du patient intitulé "*enfant de 6 mois à 2 ans*" a été traduite par "*enfant de 6 mois*".

La caractéristique du contexte "*motif récurrent en période hivernale*" a été remplacé par "*à plusieurs reprises depuis le début de l'hiver*", en effet, ce terme est plus fréquemment employé par les parents et permet de mieux illustrer leur inquiétude face à la récurrence de la pathologie. Il met également en exergue l'attente des parents concernant l'aptitude du médecin à les rassurer.

Concernant les caractéristiques de la demande de soins , nous avons regroupé l'ensemble des signes cliniques associés à la rhinopharyngite ("*rhinorrhée claire, toux nocturne, odynophagie sans fièvre ni altération de l'état général*") sous l'expression "*rhinorrhée et toux grasse*", sauf quand ils étaient associés à une caractéristique particulière comme "*fièvre*" ou "*encombrement bronchique*" ne permettant pas d'éliminer une surinfection. Ce choix nous a permis de mettre en évidence la notion de gestion de l'incertitude en soins primaires.

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

- **Compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire en:**
 - mettant en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie ;
 - développant une posture qui place le patient en position de sujet, et s'engageant dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences .

- **Compétence relation, communication, approche centrée patient en:**
 - menant des entretiens avec tout type de patients et leur entourage, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication ;
- **Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient en:**
 - étant le référent du patient dans l'espace et la durée ;
 - utilisant judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient ;
 - en prenant en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement ;
- **Compétence professionnalisme en:**
 - assumant ses responsabilités et en explicitant ses décisions en informant honnêtement les patients, y compris de ses conflits d'intérêts.

2.1.4 Vaccination

Concernant la caractéristique du patient, le consensus a été obtenu pour la catégorie "*nourrisson de 2 mois*", âge qui illustre la consultation du deuxième mois avec la réalisation des premiers vaccins. Cette situation de soins, également englobée dans le thème "Examens systématiques et prévention" est fréquente en médecine générale puisqu'elle représente à elle seule 11,5 % des résultats de consultation pour la tranche d'âge 0-2 ans et 30,9% quand les consultations pour examen systématique avec réalisation d'un vaccin sont englobées [50].

La caractéristique "*consultation programmée*" a été validée par le groupe d'experts en cohérence avec la caractéristique de la demande de soins (vaccination).

Le choix du groupe de travail quant à la caractéristique de la demande de soins s'est porté sur le terme "*rappel vaccinal comme motif principal*", choix incohérent par rapport à l'âge de 2 mois validé par ce même groupe. Comme l'on fait remarqué trois experts dans l'argumentaire, cette incohérence s'explique par le fait qu' il existe actuellement davantage de vaccinations recommandées que de vaccinations obligatoires. Le choix du groupe s'est porté sur la mise en exergue de la vaccination comme motif principal plutôt que sur le caractère obligatoire de la vaccination. Devant cette incohérence, il a été décidé, pour augmenter la validité interne par l'intermédiaire de la validité de signifiante des interprétations [58] de traduire le choix des experts "*rappel vaccinal comme motif principal*" par "*réalisation des premiers vaccins*" en

supprimant le caractère obligatoire, afin de rendre cohérente la situation de soins. Ce choix a également l'avantage de mettre en avant la capacité du médecin à expliquer le calendrier vaccinal aux parents. Il aurait été intéressant de faire valider cette proposition à l'aide d'un tour supplémentaire de Delphi pour augmenter la validité interne de l'étude.

Les compétences de médecine générale attendues dans cette situation sont:

- **Compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire en:**
 - mettant en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie ;
 - déterminant le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour le patient et pour soi-même, en tenant compte des possibilités de chacun.
 - partageant le suivi avec d'autres intervenants ;
- **Compétence premier recours, urgences en:**
 - exécutant avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents dans le contexte du premier recours.
- **Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient en:**
 - utilisant judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient ;
 - mettant en place et entretenant une relation médecin-patient évolutive, mutualisée, en redéfinition continue;
- **Compétence professionnalisme en:**
 - assumant ses responsabilités et en explicitant ses décisions en informant honnêtement les patients, y compris de ses conflits d'intérêts;
 - respectant la personne humaine en tenant compte en premier lieu du mieux-être du patient et en favorisant son libre choix, son autonomie, et une réflexion éthique .

2.1.5 Etat morbide afebrile

Concernant les caractéristiques du patient, un consensus s'est établi dès le deuxième tour de Delphi car les termes génériques ayant émergé ont été peu nombreux en

raison du choix fait de regrouper tous les âges après 3 ans en une seule catégorie "*enfant de plus de 3 ans*". L'âge de 3 ans a été mis en évidence car il représente une période charnière dans la prévalence et l'incidence des affections digestives à cet âge, affections mentionnées à plusieurs reprises par le groupe de travail. La caractéristique "*enfant de plus de 3 ans*" a été traduite par "*enfant de 6 ans*" afin de rester dans la tranche d'âge des jeunes enfants de 2 à 10 ans ,en effet, cette tranche d'âge est celle pour laquelle le résultat de consultation "état morbide afebrile" est prédominant et représente 6,8% des résultats de consultation. (deuxième position après "l'état fébrile" dans cette tranche d'âge) [50].

Le terme générique "*depuis une semaine*" nous a permis de traduire la caractéristique du contexte "*consultation programmée*" en y associant les remarques de quatre experts concernant le caractère inhabituel des douleurs: "*douleurs depuis plusieurs jours*", "*douleurs plus longues et plus intenses que d'habitude*". Ce terme permet d'enrichir la portée sémantique du contexte et d'illustrer la notion d'utilisation du temps comme outil décisionnel dans la prise en charge.

La caractéristique de la demande de soins a rapidement obtenu un consensus car nous avons fait le choix de regrouper l'ensemble des signes cliniques "*douleurs abdominales*", "*diarrhée*", "*anorexie*" sous le terme générique "*affection digestive*". La catégorie "*affection digestive*" a été traduite par "*douleurs abdominales*", terme plus fréquemment employé par les parents et qui représente un motif de consultation fréquent chez les enfants de 2 à 10 ans selon l'expérience professionnelle du groupe d'experts.

Les compétences de médecine générale qui vont être mises en action dans cette situation seront:

- **Compétence approche globale, prise en compte de la complexité en:**

- identifiant, évaluant, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs (bio-psychosocial et culturel), pour les prendre en compte dans la décision ;
- élaborant un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient, intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel à l'analyse de la situation;
- négociant une décision adaptée à la situation et partagée avec le patient;
- évaluant les décisions et leurs conséquences, à court, moyen et long terme;

- **Compétence premier recours, urgences en:**

- gérant les situations les plus fréquentes aux différents stades d'évolution (situations aiguës ou chroniques, les urgences, la santé des enfants);

- **Compétence relation, communication, approche centrée patient en:**
 - menant des entretiens avec tout type de patients et leur entourage, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication ;
- **Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient en:**
 - étant le référent du patient dans l'espace et la durée ;
 - utilisant judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient ;
 - en prenant en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement ;
 - collaborant avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient ;
 - mettant en place et entretenant une relation médecin-patient évolutive, mutualisée, en redéfinition continue;
- **Compétence professionnalisme en:**
 - fondant ses choix sur l'intérêt du patient mais aussi sur la gestion pertinente des ressources de soins ;
 - garantissant la confidentialité des échanges avec les patients ;

2.2 Discussion des résultats du consensus formalisé (contenu des situations de soins types)

2.2.1 Faits marquants issus des items ajoutés et de désaccord

Quelques faits marquants issus de l'analyse des résultats des items ajoutés et de désaccord méritent d'être explicités.

Un membre du groupe d'expert a abordé la question de l'exploration de l'environnement de l'enfant ainsi que son intégration au sein du couple et de la famille dans deux thèmes. Un autre membre du groupe a insisté sur la notion d'observation de la qualité de la relation parent-enfant au cours de la consultation. Ces items mettent en évidence le rôle

fondamental du médecin généraliste dans le dépistage d'un trouble relationnel précoce parent-enfant. Il a donc été jugé important de faire valider ces items à l'ensemble du groupe.

Nous avons choisi d'intégrer l'item du dépistage d'un trouble psycho-comportemental dans le thème "Examens systématiques et prévention" comme le suggère les recommandations de la HAS, mais la possibilité de dépister un trouble psycho-comportemental à l'âge de 2 mois a fait débat au cours de la première phase exploratoire probablement du fait des difficultés de repérage à cet âge. Ce point de désaccord a finalement été validé, en effet, 3 participants ont étayé la possibilité d'un repérage précoce de ces troubles par l'intermédiaire du dépistage des troubles de la relation parent-enfant. Le rapport INSERM 2009 "santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi" [7] rappelle l'importance des troubles psycho-comportementaux (autisme et troubles envahissants du développement (TED), troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention, retards de développement, troubles de l'humeur, troubles de l'anxiété, troubles obsessionnels compulsifs) avec une prévalence de 5 à 6% ainsi que l'enjeu d'un repérage précoce. Le dépistage d'un retard de développement repose sur un suivi régulier des étapes du développement de l'enfant et des données de biométries de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans [56]; le dépistage de l'autisme et des TED peut être envisagé dès l'âge de 18 mois, toutefois, la fiabilité du diagnostic en-dessous de 2 ans n'est pas établie [59]. Le repérage d'un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention est plus tardif, vers l'âge de 3-4 ans, en lien avec le début de l'apprentissage scolaire, élément souvent révélateur du trouble. Cependant, l'hyperactivité avant l'âge de 6 ans peut s'intégrer dans le cadre d'un trouble de la relation parent-enfant [56]. Le débat animé autour de cet item illustre la difficulté de repérage d'un trouble psycho-comportemental à un âge trop précoce et l'importance d'un suivi régulier des étapes du développement de l'enfant pour aider au dépistage de ces problématiques.

Un autre membre du groupe d'experts nous a indiqué l'importance dans le cadre d'une consultation chez l'adolescent, de prévoir un temps de consultation seul avec lui. Ce temps de consultation semble être plébiscité par les adolescents comme l'indique une étude descriptive réalisée en 2005 et qui a permis d'établir que la majorité des adolescents venus accompagnés aimeraient consulter seuls [60]. La présence d'un tiers peut gêner certains patients pour aborder tous les thèmes qu'ils auraient souhaité [60]. Par ailleurs, les adolescents reçus seuls livrent plus de soucis personnels [61]. Il paraît donc souhaitable de proposer à l'adolescent ce temps de consultation et la possibilité de venir consulter seul, tout en respectant la présence du tiers lorsque celui-ci est venu l'accompagner. Ce temps de consultation seul avec l'adolescent peut aider les médecins dans la prévention et le repérage précoce des problématiques liées à l'adolescence. Nous avons donc tenu à faire valider cette proposition auprès de l'ensemble du groupe de travail.

Un autre item qui a fait débat est celui de l'intérêt de se renseigner sur les symptômes ressentis par l'enfant entre 6 mois et 1 an étant donné la difficulté à interpréter les symptômes à cet âge. L'item a été validé dans un thème puis finalement rejeté dans un autre

thème. Cette confusion est probablement liée à l'aptitude de chacun à adopter des attitudes comportementales spécifiques au domaine de la pédiatrie (savoir-être) aidant à la bonne conduite de la consultation. Même si les symptômes sont difficilement interprétables à cet âge, il semble primordial, dans cette relation tripartite, d'explorer le ressenti de l'enfant afin de favoriser l'instauration d'une relation de confiance avec l'enfant et les parents.

2.2.2 Discussion du niveau taxonomique des ressources utilisées pour le contenu provisoire des situations de soins types

Le contenu provisoire du référentiel a été analysé en classant les ressources qui le composent dans chacun des trois grands domaines cognitif, psychomoteur et psychoaffectif [24]. A l'intérieur de chaque domaine, les comportements observables attendus de l'étudiant au décours d'une procédure d'évaluation peuvent être hiérarchisés selon des niveaux de complexité croissante dénommés niveaux taxonomiques tel que nous les avons explicités plus haut.

En rappelant que la compétence est par nature un état cognitif dynamique interne à l'étudiant (non directement observable), elle ne peut être décrite qu'en s'appuyant sur une construction théorique. Dès lors, la pertinence des tâches d'évaluation résulte de la capacité à fournir des informations documentées sur l'ensemble des connaissances de l'étudiant qui participent à cette construction [27]. Dans cette perspective, mettant en avant l'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences, une classification taxonomique des ressources pourrait aider à décrire le développement professionnel des internes de MG au cours de leur cursus. Les différents niveaux taxonomiques des ressources pourraient aider à l'élaboration d'une pondération des critères du référentiel dans la perspective d'une évaluation basée sur l'utilisation de critères quantitatifs; en effet, les connaissances conditionnelles et les connaissances implicites témoignent d'un plus haut degré de maîtrise des ressources mobilisées dans le développement d'une compétence que les connaissances déclaratives ou procédurales [24].

2.2.3 Discussion du niveau taxonomique des items suggérés et validés par le groupe d'experts

Les items ajoutés par le groupe de travail peuvent être hiérarchisés au sein des différents niveaux taxonomiques décrits. Cette répartition taxonomique permet d'explorer le niveau de complexité des ressources suggérées par les experts.

Tableau n°33: Niveau taxonomique des items ajoutés et de désaccord validés par le groupe d'experts

Niveau taxonomique	Ressources suggérées et validées par le groupe d'experts
Connaissances déclaratives	24,3%
Connaissances procédurales	38,6%
Connaissances conditionnelles	20%
Connaissances implicites	15,7%
Connaissances explicites	1,4%
Schèmes	0%

Cette répartition taxonomique permet de mettre en évidence d'une part, la prépondérance des ressources du domaine procédural évoquées par le groupe d'experts, d'autre part, l'importance de la représentation des connaissances conditionnelles et implicites dans la proportion de ressources suggérées par les experts, témoignant d'un haut degré de maîtrise des ressources mobilisées par le groupe.

L'absence de schèmes s'explique par le fait que leur mise en oeuvre dépend essentiellement du fonctionnement cognitif propre à chaque individu, par conséquent, ils sont difficilement généralisables.

3. Evaluation de la rigueur scientifique de l'étude

3.1 Fidélité

La fidélité d'un outil d'évaluation traduit la représentativité d'une performance. Dans le cadre d'un référentiel métier et compétences, le critère de fidélité implique que lors de l'évaluation du niveau d'acquisition des compétences d'un étudiant, deux formateurs obtiennent le même résultat et/ou un seul formateur fournisse le même résultat à deux périodes différentes.

Pour qu'une évaluation soit fidèle, il convient qu'elle soit le plus possible standardisée, donc parcellisée et decontextualisée, ce qui va à l'inverse des critères de validité établis dans le cadre de l'élaboration d'un référentiel. Cependant, ce critère est important si l'évaluation est unique mais ne l'est plus en cas d'évaluation continue avec des situations évaluées et des évaluateurs multiples au cours du temps [35], comme cela est le cas tout au long du cursus de DES de l'interne de médecine générale.

Chittenden [62] corrobore l'idée que le critère de fidélité est secondaire pour l'évaluation des compétences d'un interne dans le cadre du paradigme d'apprentissage, dans la mesure où les conclusions au regard du niveau d'acquisition des compétences de l'étudiant sont issues de plusieurs situations et qu'il s'agit d'un échantillon des productions de l'étudiant en question à un instant donné.

Dans cet optique, la fidélité des outils d'évaluation dans le paradigme d'apprentissage est un critère négligeable qui, de surcroît, ne peut être déterminé étant donné les principes mêmes de ce paradigme [35].

3.2 Validité

La validité désigne le degré d'authenticité de l'observation. On différencie la validité interne qui traduit la crédibilité des résultats tirés de l'observation et la validité externe qui implique la transférabilité des observations à d'autres contextes.

3.2.1 Validité interne

La validité interne de l'étude s'est trouvée altérée par différents biais:

- **La perte de sujets:**

Ce biais représente le biais principal de l'étude avec la perte d'un participant entre le deuxième et le troisième tour du Delphi puis la perte d'encre quatre participants pour la validation du contenu des situations de soins types. Les raisons mentionnées par les participants étaient le manque de disponibilité et la longueur des questionnaires (nécessitant un investissement important de leur part) responsable d'un effet d'épuisement. Le dépassement des délais impartis dans l'obtention des réponses aux questionnaires est la conséquence de cet effet d'épuisement et l'autre raison qui explique la perte de sujets. Cette perte de sujets a affaibli la validité interne de l'étude. Ce biais aurait pu être limité par la constitution d'un groupe d'experts plus important.

Une autre possibilité évoquée lors du travail préparatoire était de scinder les situations de soins types pour réduire la taille des questionnaires afin de limiter l'effet d'épuisement des participants, mais cette alternative aurait été à l'encontre des principes du paradigme d'apprentissage, en effet, un outil pédagogique conforme à ce paradigme nécessite une tâche

complète pour faire émerger les interactions entre les différentes composantes d'une compétence [35].

- **L'effet du chercheur:**

Ce biais représente l'impact du chercheur sur les sujets de l'étude ou l'impact de l'environnement sur le chercheur. Ce biais a pu être limité du fait de la technique de recueil des données utilisée n'obligeant pas la rencontre avec les participants. Cependant, la nécessité d'explicitier les objectifs de l'étude, les résultats attendus ainsi que les relances multiples par courriel ou contact téléphonique pour obtenir les réponses dans les délais impartis ont pu produire un biais.

- **L'attente du chercheur:**

Les représentations des investigateurs ont entraîné de façon involontaire, un impact sur l'élaboration du contenu provisoire des situations de soins types et sur l'analyse des données du groupe d'experts induisant un biais d'interprétation et d'analyse. Afin de limiter ce biais, le contenu provisoire des situations a été soumis à une triangulation des données lors de la phase préparatoire avec l'analyse du Docteur François Birault et celle du Docteur Stéphanie Grandcolin puis par la validation de ce contenu par le groupe d'experts.

- **Le biais de maturation:**

Ce biais 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 une longue période, les participants devaient rendre chaque questionnaire dans un délai imposé par l'investigateur, ce qui a pu entraîner un biais de maturation.

- **La validité de signification des interprétations:**

Celle-ci consiste à soumettre les résultats de l'analyse du chercheur au groupe de participants en vue d'une corroboration. Cela a été effectué dans la première partie de

l'étude en soumettant les participants à l'analyse de leurs réponses à l'aide de la méthode Delphi puis dans la deuxième partie de l'étude en demandant au groupe d'experts de valider l'analyse des composantes qu'ils avaient suggérées à l'étape précédente.

L'utilisation des méthodes de consensus a permis d'augmenter la validité interne de l'étude par l'intermédiaire de la validité de signifiante des interprétations [58]. Toutefois, il aurait été judicieux d'explorer le degré d'adhésion du groupe de travail sur les intitulés des situations de soins types obtenues après analyse du dernier tour du Delphi. Cependant, ce tour supplémentaire n'a pas été effectué dans un souci de limiter l'effet d'épuisement du groupe.

3.2.2 Validité externe

La validité externe traduit la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres contextes, ce qui implique dans une étude qualitative et plus particulièrement dans notre cas, d'avoir un groupe d'experts et des méthodes de recueil et d'analyse des données qui permettent d'obtenir des résultats similaires avec un autre groupe de participants considéré comme experts de médecine générale dans des situations de pédiatrie.

La technique d'échantillonnage utilisée a permis d'obtenir un groupe de médecins généralistes considérés comme experts dans le domaine de la pédiatrie ambulatoire, cependant, cette technique de recueil a pu produire un biais de sélection en raison de l'absence d'évaluation, au préalable, des compétences de médecine générale dans le domaine de la pédiatrie de l'ensemble du groupe. En outre, ce biais de sélection a pu être atténué par les critères d'inclusion et d'exclusion.

Les méthodes de consensus utilisées dans cette étude appliquent la notion de saturation des données c'est-à-dire qu'elles ne fournissent plus d'éléments nouveaux après atteinte d'un niveau de saturation. En raison de leur effet de saturation des données, la méthode Delphi et celle du consensus formalisé nous ont permis d'augmenter la validité externe de l'étude.

Par ailleurs, la validité d'un outil pédagogique dans le paradigme d'apprentissage impose de répondre à quatre types de validité supplémentaires pour être considérée comme satisfaisante. Elles comprennent la validité de construit, la validité de contenu, la validité écologique et la validité déontologique [35].

3.2.3 Validité de construit

Elle représente la manière avec laquelle un outil rend compte de la caractéristique explorée. Dans le cadre d'un outil pédagogique utilisé dans le paradigme d'apprentissage, le respect de la validité de construit impose la détermination de l'ensemble des composantes constituant la compétence et de leurs interactions pour que la compétence puisse se déployer [35]. Aucune composante ne doit être isolée de la compétence qui lui octroie sa signification dans l'expertise cognitive, par conséquent, toute évaluation de composantes pour elles-mêmes est exclue, en effet, elle créerait une certaine forme d'invalidité de construit.

Les modalités d'élaboration de notre référentiel ont permis de respecter la validité de construit. La détermination des composantes de chaque compétence ainsi que leur interaction au sein d'un déroulé de consultation d'une situation clinique authentique s'est fondée sur les résultats du travail du groupe national d'experts dont l'expertise dans le domaine de la pédagogie est garantie. L'ensemble des composantes de chaque situation de soins types a ensuite été soumis à la validation du groupe de travail.

3.2.4 Validité de contenu

La validité de contenu indique le degré de congruence de chacun des items avec l'objectif mesuré et la représentativité de l'ensemble des items d'un outil de mesure en regard de ce que l'on veut mesurer. Pour ce qui est de ce type de validité des outils d'évaluation dans le paradigme d'apprentissage, il importe que toutes les situations soient en conformité avec chaque compétence évaluée. Dans cette étude, cela consiste d'une part, à obtenir une congruence entre les compétences explorées et les ressources déterminées qui les composent, d'autre part, à obtenir une représentativité des situations de soins types élaborées au regard du niveau d'acquisition des compétences d'un étudiant que l'on veut mesurer [35].

L'élaboration des situations de soins types à partir d'une situation authentique dans le domaine de la pédiatrie en médecine générale présentée sous forme d'un déroulé de consultation a permis le développement de compétences à partir de l'interaction des ressources qui les composent, ce qui induit par conséquent, une congruence entre les ressources mobilisées et les compétences actionnées.

Le référentiel métier a pour but de définir les compétences de médecine générale dans des situations spécifiques à la prise en charge de l'enfant en soins primaires en adéquation avec le contenu de formation du DES de médecine générale, ce qui implique une corroboration entre les situations cliniques établies dans ce référentiel, le contenu de la formation et l'objectif

d'évaluation d'un niveau d'acquisition des compétences de l'étudiant. Ce corolaire étaye la représentativité de l'outil élaboré et permet ainsi de renforcer la validité de contenu.

3.2.5 Validité écologique

La validité écologique traduit le degré de ressemblance entre les conditions dans lesquelles se trouve l'étudiant lors d'une évaluation et celles qui existent en situation professionnelle [35]. Cette idée induit le contrôle de la transférabilité des apprentissages. L'élaboration du référentiel satisfait à ce critère, en effet, toutes les situations présentées sont des situations authentiques dont les conditions de développement des compétences sont "réelles" c'est-à-dire similaires à celles auxquelles l'étudiant sera confronté au cours de son exercice professionnel.

3.2.6 Validité déontologique

La validité déontologique est définie comme le degré d'exactitude avec lequel un outil ou une modalité d'évaluation détermine les compétences développées [35].

Le référentiel métier et compétences ne prétend pas rendre compte de façon exacte de l'acquisition des compétences d'un étudiant. Toutefois, dans le cadre d'une évaluation certificative, l'objectif serait de déterminer un niveau de développement des compétences jugé pertinent, qui permettrait d'inférer que l'étudiant a acquis un niveau de compétences suffisant en fin de cursus pour exercer son métier de façon satisfaisante.

4. Comparaison au référentiel canadien CanMEDS-MF

Il nous a paru judicieux de s'intéresser à d'autres projets dont les objectifs étaient similaires et tout particulièrement au référentiel canadien CanMEDS-MF afin de comparer notre travail aux outils d'évaluation mis à disposition outre-atlantique.

Le référentiel CanMEDS-MF est une adaptation du référentiel de compétences CanMEDS développé en 2005 par le collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour les médecins généralistes (appelés médecins de famille au Canada), dans le cadre d'un programme de reconnaissance des compétences des différentes spécialités.

Le référentiel CanMEDS [63] décrit les compétences génériques communes à toutes les spécialités. Il est destiné à guider la conception et l'agrément des programmes dans une formation axée sur le développement des compétences. Le référentiel CanMEDS-MF [42] précise les rôles et compétences spécifiques des médecins de famille au Canada. Il réalise le cadre des compétences requises pour l'exercice autonome de la médecine familiale. Cependant, l'ensemble des composantes constituant les compétences n'étant pas explicitées, ce référentiel ne permet pas de répondre à une démarche d'évaluation des compétences de l'étudiant dans une approche par compétence en conformité avec le paradigme d'apprentissage. Ce référentiel étant insuffisamment détaillé pour fournir une orientation adéquate aux fins de l'évaluation de la compétence, le bureau des examinateurs du Collège de Médecine Familiale du Canada (CMFC) a mis en oeuvre une révision du processus de certification en insistant sur le développement d'une définition de la médecine familiale basée sur la compétence aux fins de l'évaluation. Une première étude basée sur l'expérience des médecins de famille utilisant une méthode de consensus de type Delphi a permis d'identifier une série de rubriques utiles pour décrire la compétence. L'analyse des résultats a révélé que la compétence était décrite par six dimensions en termes d'habiletés (approche centrée sur le patient, habiletés de communication, professionnalisme, habiletés de raisonnement clinique, sélectivité et habiletés techniques), différentes phases de la rencontre clinique et 99 sujets prioritaires. A partir de ces trois composantes servant à redéfinir le portrait de la compétence en médecine familiale, une série de groupes de discussion ont été mandatés pour élaborer des objectifs d'évaluation détaillés avec interaction entre les composantes de la compétence par multiples itérations structurées.

L'aboutissement de ce travail est un document [64] qui présente les objectifs d'évaluation basés sur la compétence et qui constitue le niveau opérationnel visant à évaluer le niveau d'acquisition des compétences des résidents (équivalents des internes en France). Les éléments-clés (composantes de la compétence) ont été combinés de façon appropriée et associés à l'intitulé de la compétence qu'ils constituent ainsi que la phase clinique au décours de laquelle ils apparaissent. Cette présentation détaillée rend compte de l'articulation dynamique des éléments-clés de la compétence pour chacun des 99 thèmes retenus au préalable. Il en résulte la mise en action des compétences dans une situation spécifique en médecine familiale.

La comparaison des éléments-clés des objectifs d'évaluation avec ceux élaborés et validés dans notre référentiel a permis de mettre en exergue de nombreuses similitudes comme le montre les exemples suivants concernant le thème "Examens systématiques et prévention", "Vaccination" et "Etat morbide afébrile".

Tableau n°34: similitudes observées entre les éléments-clés du référentiel canadien et les ressources de notre référentiel pour le thème "Examens systématiques et prévention"

Examens systématiques et prévention	
Éléments-clés du référentiel canadien	Ressources de notre référentiel
Donnez vos conseils sur l'allaitement maternel au delà de la période néonatale afin de promouvoir l'allaitement au sein aussi longtemps que désiré.	Assurer le suivi et le soutien de l'allaitement maternel et dépister les complications.
Mesurez et inscrivez à chacune des visites les paramètres de la croissance sur un graphique: taille, poids et périmètre crânien. Examinez les systèmes appropriés aux âges appropriés, en utilisant une feuille de suivi de l'examen médical périodique pédiatrique basée sur des données probantes (p.ex. le <i>Rourke baby Record</i>)	Remplir le carnet de santé et le dossier médical en notant les données de l'examen clinique, les mensurations et réaliser les courbes de croissance.
Profitez de toutes les occasions pour poser directement des questions sur les comportements à risque (p. ex. usage de drogues, sexualité, tabagisme) afin de promouvoir la prévention.	Dans le cadre d'une consultation programmée chez un enfant de 12 à 17 ans ne présentant pas de pathologie aigue, savoir dépister: • une conduite suicidaire, une dépression à l'aide du test TSTS-cafard en explorant les domaines scolaire, social et familial. • une consommation de produits toxiques. • Explorer les questions liées à la sexualité (contraception, IST) chez l'adolescent. Discuter de la prévention en santé sexuelle chez l'adolescent.

Tableau n°35: similitudes observées entre les éléments-clés du référentiel canadien et les ressources de notre référentiel pour le thème "Vaccination"

Vaccination	
Éléments-clés du référentiel canadien	Ressources de notre référentiel
Lorsque les parents sont réticents à faire vacciner leurs enfants, discutez des éléments suivants afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée: - leur compréhension de la vaccination - les conséquences de ne pas faire vacciner (p. ex. rubéole congénitale) - la sécurité des enfants non vaccinés	Explorer les connaissances des parents ainsi que leur positionnement vis à vis de la pratique de la vaccination uniquement en cas de réticence. En cas de réticence des parents à faire vacciner l'enfant, comprendre les réticences et informer les parents des risques encourus de la non vaccination de l'enfant.
Modifiez la routine du calendrier de vaccination pour accommoder certains besoins particuliers (p. ex. les immunocompromis).	En cas d'immunosuppression, proposer un calendrier vaccinal adapté (varicelle, grippe...)

Tableau n°36: similitudes observées entre les éléments-clés du référentiel canadien et les ressources de notre référentiel pour le thème "Etat morbide afebrile"

Etat morbide afebrile	
Éléments-clés du référentiel canadien	Ressources de notre référentiel
Au moment d'évaluer et de traiter des enfants, utilisez un langage approprié à l'âge.	Partager l'information directement avec l'enfant en utilisant un langage approprié à son âge.
Dans l'évaluation et le traitement des enfants, obtenez et partagez l'information directement avec eux (ne vous limitez pas à parler seulement aux parents).	

Ces similitudes s'expliquent certainement par le fait que l'outil pédagogique canadien définissant des objectifs d'évaluation en médecine familiale a été fondé à partir d'une approche par compétences. Cette approche coïncide avec celle utilisée pour l'élaboration du référentiel métier et compétences du CNGE sur laquelle nous nous sommes appuyés pour réaliser notre travail.

5. Perspectives

L'objectif secondaire de ce travail était de faire du référentiel élaboré, un outil d'évaluation des compétences à visée certificative, formative et d'évaluation de programmes.

Quelle que soit la fonction de l'évaluation (formative ou certificative), il convient de déterminer si un étudiant possède les compétences attendues à des moments jugés critiques de sa formation (progression) et au terme de cette formation (certification).

L'évaluation des compétences avec utilisation du référentiel comme instrument d'évaluation permettrait de poser un jugement objectif sur le niveau de développement des compétences dans des situations de pédiatrie en médecine générale et certifier qu'un interne en fin de cursus a acquis un niveau de développement des compétences satisfaisant pour pratiquer son exercice de façon autonome dans le domaine de la pédiatrie en soins primaires ambulatoires.

5.1 L'utilisation d'une échelle descriptive globale comme indicateur d'un niveau de développement des compétences

La détermination du niveau de développement d'une compétence permet de baliser un parcours de progression. Scallon [34] stipule que reconnaissance et suivi de la progression d'un parcours de développement s'exprime sous la forme de jugements. Suivant ce corolaire, il propose le recours à des outils de jugements, notamment, l'utilisation d'échelles d'évaluation descriptive aussi appelées échelles descriptives globales.

L'échelle descriptive globale est constituée d'une succession de paragraphes descripteurs permettant de hiérarchiser des **niveaux de compétences définis en termes d'exigences**. Dans notre cas, cette échelle permettrait de décrire les niveaux de compétences à acquérir à l'issue du stage mère-enfant par l'intermédiaire des cinq situations de soins types représentatives de l'activité de pédiatrie en médecine générale.

Un groupe de travail a élaboré un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale [65]. Ce groupe a utilisé une échelle descriptive globale. Après avoir retenu onze compétences ou sous-compétences définies par le CNGE [66], quatre niveaux de développement ont été établis pour chacune des compétences (ou sous-compétences) en énumérant les différents critères à prendre en compte pour l'évaluation. A chaque niveau, a été associée une **valeur qualitative critériée**: "*au-delà des attentes*", "*conforme aux attentes*", "*à améliorer*", "*insuffisant*". La valeur qualitative critériée a été obtenue pour chaque niveau en articulant les critères sélectionnés par la

variation de leur nombre d'un niveau à l'autre ou par variation de leur intensité. Afin d'explicitier ce propos, un exemple de niveaux de développement d'une compétence concernant la gestion des soins de santé primaire a été tiré de ce référentiel:

Tableau n°37: Exemple d'une échelle descriptive globale pour la compétence "gestion des soins de santé primaire":

Gestion des soins de santé primaire	
Gérer le premier contact avec les patients (peut être compris de deux manières: premier temps de consultation ou première rencontre du malade)	
Au-delà des attentes	Regarde le dossier avant la rencontre ; se présente ; attitude circonstanciée* : interne poli, souriant, poignée de main, geste amical et humain, contact visuel avec le patient ; renseigne le patient sur un éventuel retard dans son programme de consultation; crée les conditions adaptées au début de la consultation (ex : invite le patient à s'asseoir, à dire le motif de la consultation)
Conforme aux attentes	Se présente ; attitude circonstanciée : interne poli, souriant, poignée de main, geste amical et humain, contact visuel avec le patient ; crée les conditions adaptées au début de la consultation (ex : invite le patient à s'asseoir, à dire le motif de la consultation)
A améliorer	Attitude circonstanciée MAIS ne se présente pas OU ne crée pas les conditions adaptées au début de la consultation
Insuffisant	Défaut d'attitude : en particulier, manque de respect selon l'origine ou les moeurs ou le handicap du patient ; manque de politesse

* Attitude circonstanciée : le plus souvent interne poli, souriant, poignée de main, geste amical et humain, contact visuel avec le patient SAUF circonstances particulières qui doivent faire l'objet d'une discussion entre le maître de stage et l'étudiant et qui ne feront pas l'objet d'une évaluation.

Dans le cadre d'une échelle descriptive globale, l'utilisation de critères de pondération établis selon le niveau taxonomique de la ressource mobilisée pourrait affiner l'obtention d'un jugement objectif du niveau de compétences d'un étudiant, en effet, une ressource du domaine implicite ("créer les conditions adaptées au début de la consultation") témoigne d'un niveau de développement d'une compétence plus élevé qu'une ressource du domaine procédural. ("Effectuer l'injection d'un vaccin").

Dans les mêmes perspectives, et dans le cadre du stage ambulatoire en pédiatrie, l'élaboration d'une échelle critériée descriptive à trois ou quatre niveaux est fondamentale pour rendre fonctionnel notre référentiel aux fins de l'évaluation. L'établissement de ces échelles pourrait faire l'objet d'un travail de thèse à l'aide des méthodes de consensus utilisées en recherche qualitative.

5.2 L'évaluation formative

Le référentiel métier et compétences avec utilisation d'une échelle descriptive globale est un outil pertinent et adapté pour l'évaluation formative des internes. Il permet d'ajuster la progression de l'interne dans ses apprentissages et la construction de ses compétences grâce à des objectifs pédagogiques prédéfinis. L'aspect descriptif de l'échelle permet une autoévaluation de l'interne favorisant ainsi sa pratique réflexive. Un autre avantage de l'échelle descriptive globale est de favoriser l'obtention d'un degré élevé de concordance des évaluations menées par différents formateurs [34].

5.3 L'évaluation de programmes

Dans le cadre d'une évaluation de programmes, le référentiel métier et compétences pourrait renseigner sur la cohérence des programmes de formation par rapport aux besoins de santé de la population et répondre à la question suivante: le stage ambulatoire en pédiatrie permet-il aux internes du DES de médecine générale d'acquérir les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de santé de l'enfant en soins primaires?

Il pourrait également s'avérer utile pour évaluer l'impact du stage en pédiatrie ambulatoire sur le niveau d'acquisition des compétences des internes en évaluant d'une part, le niveau de développement des compétences des internes dans le domaine de la pédiatrie en début et fin de stage afin d'apprécier un parcours de progression et d'autre part, en comparant le niveau de compétences entre les internes qui auront validé ce stage et ceux qui ne l'auront pas effectué.

5.4 L'évaluation certificative

Certifier un étudiant en fin de cursus équivaut à évaluer un interne qui a développé des compétences jugées suffisantes par les différents évaluateurs dans le cadre d'un programme de formation cohérent agréé pour la médecine générale. Le référentiel pourra prétendre à l'évaluation certificative quand le programme de formation en pédiatrie aura été validé en tant que programme de formation cohérent c'est-à-dire répondant aux exigences de la société.

Pour certifier l'acquisition des compétences des internes, il est nécessaire de les confronter à plusieurs types de situations problèmes appartenant à une même famille avec évaluations multiples par différents évaluateurs. Il ne s'agit donc pas de faire une évaluation à un temps T

pour certifier l'étudiant mais de procéder à une accumulation de situations problèmes dont l'évaluation va permettre d'inférer la construction des compétences. Dans ce sens, le référentiel métier et compétences est un excellent outil pour réaliser une évaluation croisée des différents formateurs en situation authentique (situation professionnelle réelle) permettant d'attester progressivement de l'acquisition d'un niveau de compétences en pédiatrie en soins primaires ambulatoires.

5.5 Formation au référentiel

Le référentiel métier et compétences est un outil de formation et d'évaluation adapté de par sa forme et son contenu. Cependant, son caractère détaillé nécessite un temps d'appropriation de la part des internes et des maîtres de stage universitaire. L'utilisation du référentiel comme outil de formation et d'évaluation ainsi que le cadre pédagogique fondé sur l'approche par compétences dans lequel il s'inscrit doivent être enseignés aux internes et aux maîtres de stage à l'aide d'une formation adaptée.

L'élaboration d'un mode d'emploi du référentiel pourrait également permettre aux étudiants et aux formateurs de mieux comprendre les enjeux du référentiel.

CONCLUSION

L'élaboration de ce référentiel métier et compétences est une première étape dans l'évaluation et la certification des compétences des internes de médecine générale dans le domaine de la pédiatrie en soins primaires ambulatoires.

Cet outil d'évaluation a été élaboré en s'appuyant sur une méthode éprouvée au plan national, en cohérence avec le cadre conceptuel actuel que représente le paradigme d'apprentissage en matière de pédagogie médicale, dans la perspective du développement de l'expertise professionnelle.

Afin d'en faire un instrument d'évaluation opérationnel, ce référentiel métier et compétences nécessite l'élaboration d'une échelle descriptive globale ainsi qu'une formation adaptée auprès des internes et des maîtres de stage universitaire afin de diffuser son contenu et initier à son utilisation.

Enfin, l'actualisation régulière du contenu du référentiel est la condition *sine qua non* pour garantir la permanence d'une haute qualité dans les procédures d'évaluation et de certification des compétences des internes.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et l'adolescent. Ministère de la santé et des solidarités. 2006;3(1):310.
- [2] Société Française de Médecine Générale (SFMG). Au sujet du généraliste et du suivi médical des enfants. Communiqué du 4 janvier 2005. [en ligne]. Document disponible sur : http://www.sfm.org/actualites/communiques/au_sujet_du_generaliste_et_du_suivi_medical_des_enfants.html (consulté le 25/03/2014).
- [3] Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. JO n°0199 du 28 août 2010 page 15668 texte n°38.
- [4] Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2013 [en ligne]. Document disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas__national_2013.pdf (consulté le 25/03/2014)
- [5] Ministère de la santé - Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 Novembre 2009. [en ligne]. Document disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf (consulté le 25/03/2014)
- [6] Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et l'adolescent. Ministère de la santé et des solidarités. 2006;2(2):64.
- [7] Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi. Expertise opérationnelle 2009. [en ligne]. Document disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/archives-des-expertises-collectives/sante-de-l-enfant-propositions-pour-un-meilleur-suivi-2009> (consulté le 25/03/2014)
- [8] Angot, Odile. « Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création: enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises ». Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, 2009.
- [9] Laurent, Cynthia. « Pratique clinique en pédiatrie des internes en médecine générale, lors du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie, en cabinet de médecine générale, en Midi-Pyrénées ». Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, 2013.

- [10] Anne C, Naud J, Bonnemains C, Hoppé A, Giniès J-L. Qualité de la formation et devenir professionnel des étudiants du diplôme d'études spéciales de pédiatrie: enquête auprès des promotions 1990 à 2000 de l'interrégion ouest. *Arch Pediatr* 2007;14:1259-1263.
- [11] Delorme, Delphine. « Soins primaires pédiatriques en ambulatoire: quelles justifications à la mise en place d'une formation spécifique ? » Thèse d'exercice, Université Joseph Fourier, 2011.
- [12] Chabrol B. Lettre de la société française de pédiatrie. [en ligne]. 2013. Document disponible sur:
http://sf-pediatrie.com/sites/default/files/pdf/Lettre_de_la_SFP/Lettre_54.pdf
 (consulté le 25/03/2014)
- [13] WHO–UNICEF. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. [En ligne]. Document disponible sur:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf
 (consulté le 25/03/2014)
- [14] Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Wonca Europe. [en ligne]. 2002. Document disponible sur :
<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> (consulté le 25/03/2014)
- [15] Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short version. WONCA Europe. [en ligne]. 2011. Document disponible sur:
<http://www.woncaeurope.org/content/europeandefinition-general-practicefamilymedicine-edition-2011-short-version> (consulté le 25/03/2014)
- [16] Comité national d'évaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. Le troisième cycle de médecine générale dans les universités françaises. CNE [en ligne]. 1998;25:2. Document disponible sur:
http://www.cne-evaluation.fr/WCNE_pdf/Bulletin25.pdf (consulté le 25/03/2014)
- [17] Boelen C, Gomes J, Ladner J, Pélissier-Simard L, Pestiaux D, Nawar T, Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Pédagogie Médicale* 2011;12:37-48.
- [18] Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Bail P, Gomes J, Chevallier P, Laine X, Atalli C. La Certification des médecins : une exigence sociale ? *Exercer* 2005;74:76-114.
- [19] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [en ligne]. Document disponible sur:
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> (consulté le 25/03/2014)

- [20] 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. [en ligne]. 2013. Document disponible sur: <http://www.medecinegen-creteil.net/la-certification-des-img/> (consulté le 25/03/2014)
- [21] Attali C, Bail P, Magnier AM, et al. Diplôme d'études (D.E.S.): certifier la compétence des internes à exercer la médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 2005;19:1237-8.
- [22] Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définition et description des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;108:148-55.
- [23] Attali C, Bail P, Magnier AM, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer* 2006;76:31-2.
- [24] Bernard J-L, Reyes P. Apprendre, en médecine (1ère partie). *Pédagogie médicale*. 2001;2(3):163-9.
- [25] Schön D. Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Paris: Editions logiques; 1994.
- [26] Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage? *Pédagogie médicale*. 2003;4(3):163-175.
- [27] Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie médicale*. 3(1):38-52.
- [28] 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;(73):63-9.
- [29] Tardif J. Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive. Montréal : Logique; 1992.
- [30] Perrenoud P. Des savoirs aux compétences: de quoi parle-t-on en parlant de compétences? *Pédagogie collégiale*. 1995;9(1):20-4.
- [31] Lasnier F. Réussir la formation par compétences. Guérin; 2000.
- [32] Tardif J. L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière-éducation; 2006.
- [33] Le Boterf GL. Développer la compétence des professionnels. Paris. Éditions d'Organisation; 2002.
- [34] Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétence. Bruxelles: de Boeck, 2004:183-201.
- [35] Tardif J. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation. Université de Sherbrooke; 1993:27-56.

[36] CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010.

[37] Le Boterf G. Développer la compétence des professionnels. Paris: Eyrolles, 2003.

[38] Bamberger, Valérie. « 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 d'exercice, Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine, 2009.

[39] 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. 2010;23(4):45-60.

[40] Lawrence K, Allen T, Brailovsky C, Crichton T, Bethune C, Donoff M, et al. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: key-feature approach. Can Fam Physician. 2011;57(10):373-380.

[41] 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;57(9):331-340.

[42] College of Family Physicians of Canada, Working Group on Curriculum Review. CanMEDS-Family Medicine: a framework of competencies in family medicine. Mississauga, ON: CFPC. [en ligne]. 2009. Document disponible sur: <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Eng.pdf> (consulté le 25/03/2014)

[43] Belkebir, Rémy. « Elaboration d'un référentiel métier et compétences par méthode de consensus: la gynécologie en situation de soins primaires ». Thèse d'exercice, Université de Poitiers, 2012.

[44] 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.

[45] Société Française de Médecine Générale (SFMG). Observatoire de Médecine Générale (OMG). Classement des 50 RC les plus fréquents par actes pour l'année 2010.

[46] Letrillart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus: quelle méthode utiliser? Exercer. 2011;22(99):170-7.

[47] Booto Ekionea J-P, Bernard P, Plaisent M. Recherches qualitatives. 2011;29(3):168-192.

[48] Bourrée F, Michel P, Salmi L-R. Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. Am J Public Health. 2008;56:415-423.

- [49] Haute Autorité de Santé. Elaboration de recommandations de bonne pratique. Recommandations par consensus formalisé. Guide méthodologique. Paris. [en ligne]. 2010. Document disponible sur:
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201101/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf (consulté le 25/03/2014)
- [50] Griot E. Les consultations d'enfants en médecine générale : les affections pédiatriques en soins primaires. *Rev Prat Med Gen* 1998;421:24-31.
- [51] Milikovitch R. L'attachement comme facteur essentiel de bon développement. *La santé de l'homme*. [en ligne]. 2009;400:16-18. Document disponible sur :
<http://www.inpes.sante.fr> (consulté le 25/03/2014)
- [52] 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.
- [53] Franc C, Leveillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants de moins de seize ans en médecine générale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. [en ligne]. 2007;69:13-20. Document disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud69.pdf> (consulté le 25/03/2014)
- [54] Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995;311(7001):376-80.
- [55] Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health*. 1984;74(9):979-83.
- [56] Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Recommandations pour la pratique clinique. [en ligne]. 2005. Document disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j_6ans_-_propositions_2006_2006_12_28__15_55_46_52.pdf (consulté le 25/03/2014)
- [57] Brillac T, et al. L'acte vaccinal chez l'enfant : 1ère partie : la préparation. *Rev Prat Med Gen* 2010;845:551-555.
- [58] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*. 2004;10(1):79-86.
- [59] Fédération Française de Psychiatrie. Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. [en ligne]. 2005. Document disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_autisme.pdf (consulté le 25/03/2014)
- [60] Villars, Hélène, et Marlène Salvy Liger. « Consultation de l'adolescent en médecine générale: seul ou accompagné? (étude transversale en Haute-Garonne en 2005) ». Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, 2005.

- [61] Ford C, Millstein S, Halpern-Felsher B, Irwin C. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997;278(12):1029-34.
- [62] Chittenden E. Authentic Assessment, Evaluation, and Documentation of Student Performance. Alexandria : Association for Supervision and Curriculum Development. 1991;22-32.
- [63] Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. Ottawa: CRMCC. [en ligne]. 2005. Document disponible sur : <http://www.chirurgie.umontreal.ca/wp-content/uploads/CanMEDS.pdf>. (consulté le 25/03/2014)
- [64] 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.
- [65] Renoux C, Lebeau J-P, Potier A, Lehr-Drylewicz A-M. Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale. *Exercer* 2013;108:185-92.
- [66] Groupe de travail certification du CNGE. Les compétences du médecin généraliste. *Exercer* 2005;74:94-5.

ANNEXES

Annexe I : Description des six compétences génériques transversales recouvrant l'ensemble des missions des médecins généralistes

1. Compétence approche globale, prise en compte de la complexité

Définition

Capacité à mettre en oeuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale.

Composantes

C'est-à-dire en :

- adoptant des postures différentes en fonction des situations : soins, accompagnement, soutien, éducation, prévention, réparation ;
- identifiant, évaluant, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs (bio-psychosocial et culturel), pour les prendre en compte dans la décision ;
- élaborant un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient, intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel à l'analyse de la situation;
- négociant une décision adaptée à la situation et partagée avec le patient (voir décision centrée patient);
- évaluant les décisions et leurs conséquences, à court, moyen et long terme (voir le suivi au long cours) ;
- tentant de cogérer avec le patient des plaintes et des pathologies aiguës et chroniques de manière hiérarchisée (voir le premier recours).

2. Compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire

Définition

Capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

Composantes

C'est-à-dire en :

- mettant en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie ;
- développant une posture qui place le patient en position de sujet, et s'engageant dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences ;
- déterminant le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour le patient et pour soi-même, en tenant compte des possibilités de chacun.
- partageant le suivi avec d'autres intervenants ;
- collaborant à et/ou élaborant des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation ;
- adoptant une posture réflexive sur ces actions.

3. Compétence premier recours, urgences

Définition

Capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

Composantes

C'est-à-dire en :

- gérant les situations les plus fréquentes aux différents stades d'évolution (situations aiguës ou chroniques, les urgences, la santé des femmes, des enfants, etc.) ;
- intervenant si nécessaire dans le contexte d'urgence réelle ou ressentie ou dans les situations médicales non programmées ;
- hiérarchisant et gérant simultanément des demandes, des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient ;
- exécutant avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents dans le contexte du premier recours.

4. Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

Définition

Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Composantes

C'est-à-dire en :

- étant le référent du patient dans l'espace et la durée ;

- utilisant judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient ;
- en prenant en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement ;
- collaborant avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient ;
- mettant en place et entretenant une relation médecin-patient évolutive, mutualisée, en redéfinition continuelle;
- organisant son activité en fonction de ces objectifs.

5. Compétence relation, communication, approche centrée patient

Définition

Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Composantes

C'est-à-dire en :

- menant des entretiens avec tout type de patients et leur entourage, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication ;
- construisant et maintenant à travers ces contacts une relation avec le patient et/ou son entourage, en étant attentif à rester dans le cadre professionnel et en se questionnant sur ses propres capacités et limites relationnelles ;
- respectant les différentes législations et code déontologique concernant les droits du malade et les devoirs du médecin ;
- communiquant avec les autres professionnels de santé et médico-sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci, en utilisant le média le plus judicieux en fonction du problème dans son contexte ;
- communiquant avec les institutionnels dans l'intérêt du patient.

6. Compétence professionnalisme

Définition

Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

Composantes

C'est-à-dire en :

- agissant avec altruisme, et sans discrimination;
- favorisant l'accès équitable aux soins pour tous;
- assumant ses responsabilités et en explicitant ses décisions en informant honnêtement les patients, y compris de ses conflits d'intérêts;
- respectant la personne humaine en tenant compte en premier lieu du mieux-être du patient et en favorisant son libre choix, son autonomie, et une réflexion éthique ;
- fondant ses choix sur l'intérêt du patient mais aussi sur la gestion pertinente des ressources de soins ;
- garantissant la confidentialité des échanges avec les patients ;
- améliorant ses compétences professionnelles par l'identification de ses besoins de formation et intégrant ses acquis à sa pratique ;
- contribuant et participant à la formation des professionnels de santé ;
- collaborant avec les autres professionnels de soins dans le respect de leurs compétences ;
- gérant son temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle;
- gérant son outil de travail.

Annexe II : Présentation du projet au groupe d'experts

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 François BIRAULT (Poitiers).

Mon sujet porte sur la pédagogie médicale, notamment sur l'élaboration d'un référentiel métier et compétences dans des situations spécifiques de pédiatrie en soins primaires basé sur le modèle du référentiel métier et compétences élaboré par le CNGE.

Ce projet pourrait avoir plusieurs utilités: formative pour les internes, certificative en fin de 3^{ème} cycle.

Je vous fais appel pour participer à un groupe de travail à distance, en qualité d'experts de pédiatrie en situation de soins primaires.

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

- la première étape devra nous permettre de définir des intitulés de situations de soins types.
- la seconde étape devra nous permettre d'aboutir à un consensus sur le contenu « idéal » de chacune des situations de soins 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, qu'elle soit positive ou négative.

Pauline GAUDRON

Annexe III : Questionnaire du premier tour du Delphi

Elaboration d'un référentiel métier et compétences

Delphi 1: Elaboration des intitulés des situations de soins types.

Dans la première partie de notre étude, nous allons travaillé sur l'élaboration de l'intitulé des situations de soins types, 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 qualitative.

Le DELPHI va se dérouler ainsi :

Je vous envoie un questionnaire de manière individuelle et anonyme ou je vous demande votre avis, éventuellement argumenté.

Je vous renvoi ensuite votre questionnaire analysé avec les arguments correspondants.

Le processus est alors répété jusqu'à obtenir un consensus, 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 consiste à circonscrire les 5 motifs de consultation de pédiatrie les plus fréquemment rencontrés en soins primaires, sous la forme de situations de soins types.

Voici un exemple tiré du « référentiel métier et compétences » du CNGE, d'une situation de soins type fréquemment rencontrée en pédiatrie: « Enfant de 20 mois tout le temps malade, présentant des rhinopharyngites à répétition », qui aurait pu faire l'objet du motif de consultation : « rhinopharyngite chez l'enfant ».

Nous avons au préalable sélectionné les 5 motifs de consultation de pédiatrie les plus fréquemment rencontrés en médecine générale, en se basant sur les données épidémiologiques de l'observatoire de la SFMG.

Les 5 thèmes sont :

RANG 1 : Examens systématiques et prévention

RANG 2 : Etat fébrile

RANG 3 : Rhinopharyngite- rhume

RANG 4 : Vaccination

RANG 5 : Etat morbide afebrile

Nous vous demandons pour chaque thème de proposer une situation **fréquemment** rencontrée en médecine générale et suffisamment **riche** pour permettre de faire émerger un maximum de compétences au sein de chaque situation.

- Examens systématiques et prévention:

- Etat fébrile :

- Rhinopharyngite-rhume :

- Vaccination:

- Etat morbide afébrile:

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

Merci !

Annexe IV : Consignes des questionnaires du deuxième et troisième tour du Delphi

Elaboration d'un référentiel métier et compétences

Delphi 1: Elaboration des intitulés des situations de soins 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 pédiatrie en situation de soins primaires.
- Suffisamment riches** pour permettre l'émergence des compétences de médecine générale au sein des situations.

Afin de simplifier l'analyse de vos réponses, nous avons articulés chaque thème autour de 3 axes correspondants aux 3 colonnes de chaque tableau:

- Les caractéristiques du patient (âge, antécédents...)
- Les caractéristiques du contexte (Enfant connu ou non du cabinet, degré d'urgence...)
- Les caractéristiques de la demande de soins (demande des parents, suivi...)

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%.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement.

Merci.

Annexe V : Bibliographie de la version de travail du contenu des situations de soins types

Thème n°1: Examens systématiques et prévention.

- Pierre M. Suivi du nourrisson. Rev Prat Med Gen 2012;889:729-34.
- Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Argumentaire. Recommandations pour la pratique clinique. [en ligne]. 2005. Document disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans-argumentaire_2006.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Benoist G, Bourrillon A. Examen de l'enfant âgé de 3 à 12 ans. Rev Prat 2011;61(4):479-84
- Chevalier B. Surveillance de l'enfant de 0 à 3 ans. Les premières années durent toute la vie. Rev Prat 2004;54:1989-91.
- Lefeuvre B, Pachot C, Postel Vinay N, et al. Une politique de santé pour les enfants: repérer, dépister, prévenir, surveiller. Rev Prat 2004;54:1977-8.
- Roussey M, Kremp O. Examens systématiques de l'enfant. EMC pédiatrie 2007;1-16.
- Breton E, Roussey M. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. Rev Prat 2009;6:841-2.
- Société Française de Pédiatrie. Direction générale de la santé. Dépistages des troubles visuels chez l'enfant. Guide pratique. [en ligne]. 2009. Document disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie. Recommandations et références professionnelles. [en ligne]. 2002. Document disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Amblyopie_recos.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Cheymol J. Dépistage des troubles visuels et auditifs de l'enfant de 0 à 3 ans. Rev Prat 2004;18:2013-7.
- Speeg Schatz C. Vision de l'enfant de 3 à 12 ans. Rev Prat 2011;61(4):495-500.

- Société Française de Pédiatrie. Direction générale de la santé. Dépistages des troubles de l'audition chez l'enfant. Guide pratique. [en ligne]. 2009. Document disponible sur: http://www.sfpediatricie.com/uploads/media/PDF_01.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Société Française de Pédiatrie. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Guide pratique. [en ligne]. 2007. Document disponible sur: http://www.sante-sports.gouv.fr/-IMG//pdf/evolution_guide_pratique.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Vallée L, Dellatolas G. Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. [en ligne]. 2005. Document disponible sur: http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/06.reco_outils_rep.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Société Française de Pédiatrie. Direction générale de la santé. Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans. Guide pratique. [en ligne]. 2009. Document disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Difficultes_et_troubles_des_apprentissages_chez_l_enfant_a_partir_de_5_ans.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Lassal R, Laurent M, Puper-Ouakil D. Signes d'alerte de difficultés d'ordre psychologique chez l'enfant de 3 à 12 ans. Rev Prat 2011;61(4):501-505.
- Fédération Française de Psychiatrie. Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. [en ligne]. 2005. Document disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_autisme.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Mary P. Troubles de la statique de l'enfant. Rev Prat Med Gen 2006;56:131-80
- HAS. Que reste-t-il de la radio standard du bassin chez l'enfant. [en ligne]. 2008. document disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_butm_rx_bassin_pediatrie.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Themar-Noel C. Podologie de l'enfant en pratique quotidienne. Rev Prat 2010;3:369-72.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations. [en ligne]. 2002. Document disponible sur: http://sf-pediatricie.com//sites/default/files/pdf/Recommandations__Bonnes_pratiques/A/Allaitement_recos_01.pdf (consulté le 26/03/2014)

- Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, et al. Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. Réalisation pratique. Arch de pédiatr 2003;(10):76–81
 - Académie nationale de médecine. Alimentation du nouveau-né et du nourrisson. Bull Acad Nat Med. [en ligne]. 2009;193(2): 431-446. Document disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100035966/> (consulté le 26/03/2014)
 - Chouraqui J-P, Dupont C, Bocquet A. et al. Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. [en ligne]. 2008. document disponible sur: http://sfpediatrie.com/uploads/media/prevention_allergie.pdf (consulté le 26/03/2014)
 - Chan E, Cummings C. L'exposition alimentaire et la prévention des allergies chez les nourrissons à haut risque. Société canadienne de pédiatrie. Paediatr Child Health, 2013;18(10):550-4
 - Vidailhet M, Mallet E, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, et al. La vitamine D: une vitamine toujours d'actualité chez l'enfant et l'adolescent. Mise au point par le Comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie, 2012.
 - Institut national de Veille Sanitaire (InVS). Bulletin épidémiologique hebdomadaire. [en ligne]. 2013;14-15. Document disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013> (consulté le 26/03/2014)
 - HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Argumentaire. Recommandations pour la pratique clinique. [en ligne]. 2005. Document disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_argumentaire.pdf (consulté le 26/03/2014)
 - De Leersnyder H. Troubles du sommeil de l'enfant de 3 à 12 ans. Rev Prat 2011;61(4):506-7.
- INPES. Evaluer et suivre la corpulence des enfants. [en ligne]. 2003. Document disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/IMC/docIMCEnf.pdf> (consulté le 26/03/2014)
- Hankard R. Anomalies de la nutrition chez l'enfant de 3 à 12 ans. Rev Prat 2011;61(4):508-1.
 - HAS. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandation de bonne pratique. [en ligne]. 2011. Document disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_enfant_adolescent.pdf (consulté le 26/03/2014)

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Surpoids de l'enfant, le dépister et en parler précocement. Repères pour votre pratique. Ministère de la santé, Inpes. [en ligne]. 2011. Document disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1364.pdf> (consulté le 26/03/2014)
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant. [en ligne]. 2000. Document disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/37> (consulté le 26/03/2014)
- Livret d'accompagnement du Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents destiné aux professionnels de santé. Inpes. [en ligne]. 2009. Document disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/779.pdf> (consulté le 26/03/2014)
- Association pour la prévention et la prise en charge de l'obésité en pédiatrie. Activité physique et obésité de l'enfant :Bases pour une prescription adaptée. Ministère de la Santé. [en ligne]. 2008. Document disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_obesite-2.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale: prise en charge. Recommandations. [en ligne]. 2010. Document disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Huas C, Godart N. Anorexie mentale chez l'enfant et le jeune adolescent. Rev Prat 2011;855:116-7.
- Haute autorité de santé. Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la commission d'audition. [en ligne]. 2011. Document disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/syndrome_du_bebe_secoue_-_recommandations_de_la_commission_d_audition.pdf (consulté le 26/03/2014)
- HAS. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuels intrafamiliaux chez le mineur. Recommandation de bonne pratique. [en ligne]. 2011. Document disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/reco2clics_reperage_et_signalement_inceste_par_les_medecins.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Cheymol J. Signalement judiciaire, Situation préoccupante: Quelle attitude doit adopter le praticien face à une suspicion de maltraitance chez un petit enfant ? Rev Prat Med Gen 2011;5:660-66.
- Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir. Devenir. Conférence de consensus ANAES. Recommandations professionnelles. [en ligne]. 1995. Document disponible sur:

http://sf-pediatrie.com/sites/default/files/pdf/Recommandations__Bonnes_pratiques/D/9-1-3_Troubles_depressifs-dec_1995_01.pdf (consulté le 26/03/2014)

- Binder Ph, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents (I), conception d'un test et validation de son usage. Rev Prat Méd Gen 2004;18(650):576-80.
- ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. [en ligne]. 2000. Document disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf> (consulté le 26/03/2014)
- Le groupe ADOlescents et Conduites à risque. Test TSTS – CAFARD. Dans : Un adolescent peut en cacher un autre. [en ligne]. Document disponible sur : http://www.medecin-ado.org/infos/test_tsts.htm (consulté le 26/03/2014)
- Entre nous. Comment initier et mettre en oeuvre une démarche d'éducation pour la santé avec l'adolescent. Guide d'intervention pour les professionnels de santé. Ministère de la santé et des sports, INPES. [en ligne]. 2009. Document disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf> (consulté le 26/03/2014)
- INSERM. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations. [en ligne]. 2014. Document disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-l-inserm> (consulté le 26/03/2014)

Thème n°2: Etat fébrile.

- Prise en charge symptomatique de la fièvre du jeune enfant. Recommandations du groupe de pédiatrie générale, affilié à la Société Française de Pédiatrie. [en ligne]. 2004. Document disponible sur: <http://sf-pediatrie.com/recommandation/prise-en-charge-symptomatique-de-la-fi%C3%A8vre-du-jeune-enfant> (consulté le 26/03/2014)
- Agence Française de sécurité sanitaire (AFSSAPS). Mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant. [en ligne]. 2004. document disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/8a3e72e8fec9c0f68797a73832372321.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) Information sur le traitement de la fièvre chez l'enfant. [en ligne]. 2008. Document disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b439d55ee299ae83db7bd9008c1eb267.pdf (consulté le 26/03/2014)

- Gajdos V, Beliah M-N, Dufourg F, Perreaux F, Labrune P. Fièvre du nourrisson âgé de moins de trois ans: critères de gravité et prise en charge. [en ligne]. Document disponible sur:
http://www.jppediatrie.com/pdf/livre-2008/Article35_Gajdos.pdf
(consulté le 26/03/2014)
- Ministère de la santé. Guide des conduites à tenir en cas de maladie transmissible dans une collectivité d'enfants. [en ligne]. 2010. Document disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_conduites_a_tenir_en_cas_de_maladie_transmissible_dans_une_collectivite_d_enfants.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Leroy S, Mosca A, Landre-Peigne C, Cosson M-A, Pons G. Quel niveau de preuve de l'efficacité et de la sécurité de l'ibuprofène dans ses indications pédiatriques? Arch Pediatr 2007;14(5):477-84.
- HAS. Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours. Rapport d'élaboration. [en ligne]. 2014. Document disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf
(consulté le 26/03/2014)

Thème n°3: Rhinopharyngite, rhume.

- AFSSAPS. Prise en charge de la toux aiguë chez le nourrisson de moins de deux ans. Mise au point. [en ligne]. 2010. Document disponible sur:
<http://www.sp2a.fr/pdf/documents/prise-en-charge-de-la-toux-aigue-chez-le-nourrisson-de-moins-de-deux-ans.pdf> (consulté le 26/03/2014)
- Schmit J-C, Staub T, Rausch S, et al. La pharyngite aiguë. Conseil scientifique. Domaine de la santé. [en ligne]. 2010. Document disponible sur:
http://www.conseil-scientifique.lu/fileadmin/files/GT_antibiotiques/pharyngite_version_longue_revisee_2010.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. Complications locorégionales des pharyngites. Recommandation pour la pratique clinique. [en ligne]. 2008. Document disponible sur:
http://cireol.online.fr/doc_public/travaux/RPC_SFORL_061008.pdf
(consulté le 26/03/2014)
- Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Argumentaire. Recommandations de bonne pratique. [en ligne]. 2011. Document disponible sur:
<http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-argumentaire.pdf> (consulté le 26/03/2014)

- Leconte S, Paulus D, Degryse J. La toux prolongée chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique. Société scientifique de médecine générale. [en ligne]. 2007. Document disponible sur:
http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/RBP_TouxEnfant.pdf
(consulté le 26/03/2014)
- HAS. Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours. Rapport d'élaboration. [en ligne]. 2014. Document disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf
(consulté le 26/03/2014)
- HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Recommandations pour la pratique clinique. [en ligne]. 2005. Document disponible sur :
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans_-_propositions_2006_2006_12_28__15_55_46_52.pdf
(consulté le 26/03/2014)

Thème n°4: Vaccination.

- Institut national de Veille Sanitaire (InVS). Bulletin épidémiologique hebdomadaire. [en ligne]. 2013;14-15. Document disponible sur:
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013> (consulté le 26/03/2014)
- Haut conseil de la santé publique. Avis relatif aux recommandations vaccinales spécifiques des personnes immunodéprimées ou aspléniques. [en ligne]. 2012. Document disponible sur:
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20120216_recovaccimmuno.pdf
(consulté le 26/03/2014)
- INPES. Vaccination: le point sur la coqueluche. Document destiné aux professionnels de santé. Etat des connaissances. [en ligne]. 2012. Document disponible sur:
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1168.pdf>
(consulté le 26/03/2014)
- Salvadori M, Le Saux N. Des recommandations quant à l'usage des vaccins antirotavirus chez les nourrissons. Société canadienne de pédiatrie. Paediatr Child Health 2010;15(8):524-8
- Avis relatif à la vaccination contre la grippe saisonnière de l'enfant et de la femme enceinte. Haut Conseil de la Santé Publique, 2008.

- Haut conseil de la santé publique. Recommandations vaccinales concernant la varicelle. Ré-évaluation des recommandations relatives à la vaccination contre la varicelle avec l'arrivée de vaccins quadrivalents rougeole-rubéole-oreillons-varicelle, ministère de la santé. [en ligne]. 2007. Document disponible sur: www.hcsp.fr/explore.../hcsp049r20070816_Varicelle (consulté le 26/03/2014)
- HAS. Vaccination contre le virus de l'hépatite B et sclérose en plaques : état des lieux. Rapport d'orientation. [en ligne]. 2004. Document disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/VHB_audition%20publique.PDF (consulté le 26/03/2014)
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Hepatitis B Vaccines. Weekly epidemiological record. [en ligne]. 2009;84(40):405–420. Document disponible sur: <http://www.who.int/wer/2009/wer8440.pdf> (consulté le 26/03/2014)
- Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination contre l'hépatite B. [en ligne]. 2008. Document disponible sur: http://sf-pediatrie.com//sites/default/files/pdf/Recommandations__Bonnes_pratiques/V/hcspavis_vaccination__hepatite_b_021008_05.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination de rattrapage contre l'hépatite B chez l'adolescent utilisant un schéma à deux doses. [en ligne]. 2009. Document disponible sur: http://sf-pediatrie.com//sites/default/files/pdf/Recommandations__Bonnes_pratiques/H/Vaccin_rattrapage_adolescent_hepatite_B_schema_2_doses__Fevr_2009__05.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Société Française de santé publique. Rapport sur la levée de l'obligation vaccinale par le BCG chez les enfants. Synthèse et recommandations de l'audition publique des 13 et 14 novembre 2006. [en ligne]. Document disponible sur: http://sf-pediatrie.com//sites/default/files/pdf/Recommandations__Bonnes_pratiques/B/Rapport_BCGVF.pdf (consulté le 26/03/2014)
- AFSSAPS. Prise en charge des abcès locaux et des adénopathies consécutifs à la vaccination BCG. Mise au point. [en ligne]. 2007. Document disponible sur: http://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/409fce25a4a161517fb85ed7b95bd79a.pdf (consulté le 26/03/2014)

Thème n°5: Etat morbide afébrile.

- ANAES. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. [en ligne]. 2000. Document disponible sur: http://sf-pediatrie.com//sites/default/files/pdf/Recommandations__Bonnes_pratiques/D/9-1-3_Douleur_aigue_en_ambulatoire-mars_2000_01.pdf (consulté le 26/03/2014)

- OMS. Douleur de l'enfant. recommandations de bonne pratique. WHO (world health organization). [en ligne]. 2012. Document disponible sur: http://sf-pediatrie.com/sites/default/files/pdf/Informations__recommandations/D/Guidelines_OMS_Douleur.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Sauvat F, Arnaud A. Douleurs abdominales chirurgicales de l'enfant. Rev Prat 2011;5:626.
- Cheron G. Douleurs abdominales aiguës de l'enfant. Urgences et conduite diagnostique. Rev Prat 2011;5:615.
- HAS. Appendicectomie: Eléments décisionnels pour une indication pertinente. Rapport d'évaluation technologique. [en ligne]. 2012. Document disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/rapport_appendicectomie_vd_2012-12-17_16-14-27_74.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Talbotec C, Goulet O. Douleurs abdominales chroniques de l'enfant. Rev Prat 2011;5:648.
- Société canadienne de pédiatrie, comité de la pédiatrie communautaire. La prise en charge de la constipation fonctionnelle chez l'enfant. Paediatr Child Health [en ligne]. 2011;16(10):666-70. Document disponible sur: <http://www.cps.ca/fr/documents/position/constipation-fonctionnelle> (consulté le 26/03/2014)
- World Gastroenterology Organisation (WGO). Constipation: une approche globale. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. [en ligne]. 2010. Document disponible sur: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/fr/pdf/guidelines/constipation_fr.pdf (consulté le 26/03/2014)
- Hankard R. Anomalies de la nutrition chez l'enfant de 3 à 12 ans. Rev Prat 2011;61(4):508-1.
- Livret d'accompagnement du Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents destiné aux professionnels de santé. Inpes. [en ligne]. 2009. Document disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/779.pdf> (consulté le 26/03/2014)
- INPES. Evaluer et suivre la corpulence des enfants. [en ligne]. 2003. Document disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/IMC/docIMCEnf.pdf> (consulté le 26/03/2014)
- Dugravier R, Jagodowicz J. Troubles anxiodépressifs du jeune enfant. Rev Prat Med Gen 2011;853:14-15.

Annexe VI : Consignes de la première phase exploratoire du consensus formalisé

Elaboration d'un référentiel métier et compétences

Delphi 2 : Validation du contenu des situations de soins types.

La 1ère étape de notre étude nous a permis d'obtenir un intitulé de situation de soins type pour chacun des 5 thèmes. Voici les intitulés validés:

- **Examen systématiques et prévention:** Nourrisson de 3 mois amené par sa mère pour l'examen systématique du 3ème mois.
- **Etat fébrile:** Enfant de 1 an "grognon", amené par sa mère suite à un appel de la crèche parce qu'il a de la fièvre.
- **Rhinopharyngite, rhume:** Enfant de 6 mois amené par son père car il présente une rhinorrhée et une toux grasse à plusieurs reprises depuis le début de l'hiver.
- **Vaccination:** Nourrisson de 2 mois amené par sa mère pour la réalisation des premiers vaccins.
- **Etat morbide afebrile:** Douleurs abdominales évoluant depuis 1 semaine chez un enfant de 6 ans.

La 2ème étape de notre étude consiste à valider le contenu des situations de soins type. Nous vous sollicitons pour cette **étape de validation** en nous indiquant dans la colonne prévue à cet effet, votre accord, votre désaccord ou les items oubliés.

- **En cas d'accord global:** nous l'indiquer par une marque d'adhésion (ok, d'accord) pour chaque phase de consultation.
- **En cas de désaccord** sur un item de la consultation: **nous indiquer votre désaccord accompagné d'un argumentaire concis.**
- **En cas d'identification d'un oubli:** nous l'indiquer dans la cellule correspondante à la phase de consultation souhaitée.

Pour cette 2ème étape, nous vous demandons de **vous mettre en situation** en vous imaginant en consultation avec l'enfant et les parents afin de nous faire part de ce que **vous feriez en pratique en étant confronté à cette situation.**

Annexe VII : Consignes de la deuxième phase exploratoire du consensus formalisé

Elaboration d'un référentiel métier et compétences

Delphi 2 : Validation du contenu des situations de soins types.

La dernière étape de notre étude consiste à valider les items ajoutés ou modifiés et les items de désaccord exprimés par l'ensemble des médecins experts.

Nous avons intégrés l'ensemble de ces items à l'étape correspondante de chaque consultation pour chacun des cinq thèmes.

Nous vous demandons de valider chaque item en **cochant la mention "d'accord" ou "pas d'accord"** afin de l'intégrer ou de l'exclure au référentiel final.

Enfin, je vous demanderais votre pourcentage d'activité dédié aux enfants, que vous pourrez trouver sur votre relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) :

Mon activité dédiée aux enfants: %

Je vous remercie sincèrement pour votre participation assidue à ce travail.

Annexe VIII : Version de travail du contenu des situations de soins types

<u>Situation 1</u>: Examens systématiques et prévention: Nourrisson de 3 mois amené par sa mère pour l'examen systématique du 3ème mois.	
Poser un diagnostic global de situation	- Accueillir l'enfant et les parents ou l'adulte accompagnant, en étant attentif à la qualité de la relation qui se construit. - S'enquérir de la requête des parents. - Explorer la demande et les interrogations des parents ou de l'adulte accompagnant: • en développant une écoute active. • en adoptant une attitude neutre et empathique. • en observant les échanges perçus entre l'adulte et l'enfant. • en utilisant les informations disponibles du dossier médical et du carnet de santé de l'enfant. • en identifiant les éventuelles inquiétudes des parents et leurs attentes. - Mettre l'enfant en confiance: • en mettant des jeux à disposition de l'enfant. • Parler à l'enfant et non seulement devant lui. - Recueillir les antécédents personnels et familiaux à l'aide d'un entretien avec les parents et de la lecture du carnet de santé et remplir le dossier médical en colligeant ces informations. - Se renseigner sur l'existence d'une situation clinique à risque ou de signes d'appels d'une anomalie de développement: • Antécédents personnels néonataux, infectieux, développement psycho- moteur. • Antécédents familiaux de troubles de l'apprentissage, retard du langage, trouble sensoriel (amblyopie, surdité). • Explorer l'environnement social (fratrie, sommeil). - Evaluer les habitudes alimentaires afin de prévenir les risques liés à la malnutrition. - Rechercher un tabagisme passif. - Procéder à un examen clinique complet: • Chez un nourrisson en sous-vêtements • en présence des parents. • en s'assurant du bon développement psychomoteur à l'aide d'un examen neurologique et locomoteur. • en contrôlant la croissance staturo-pondérale à l'aide des mensurations : poids, taille et périmètre crânien.

Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Effectuer un dépistage individuel standardisé selon l'âge de l'enfant dans le cadre du suivi, en utilisant les tests de dépistage disponibles selon les recommandations de la HAS. - Dans le cadre d'une consultation programmée chez un enfant de 28 jours à 6 ans ne présentant pas de pathologie aiguë, savoir dépister: • un trouble psychologique et psycho- comportemental. • un trouble du langage oral et écrit. • un trouble sensoriel à l'aide de tests simples de dépistage visuels et auditifs. • un trouble de la croissance staturo-pondérale. • une maltraitance • un risque de saturnisme. - Présenter le calendrier vaccinal en vigueur en se renseignant sur les connaissances des parents ainsi que leur positionnement vis à vis de la pratique de la vaccination, afin d'évaluer leur adhésion au projet: • en adaptant son discours sur l'utilité de la vaccination, les bénéfices attendus, les effets indésirables prévisibles et les modalités de réalisation en fonction de l'âge de l'enfant . • en s'assurant de la bonne compréhension des parents sur les informations données. - Remplir le carnet de santé en notant les données de l'examen clinique, les mensurations et réaliser les courbes de croissance.
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Rassurer les parents concernant la normalité de développement de l'enfant. - En cas de découverte d'un trouble de développement de l'enfant, assurer le suivi en adressant à un confrère spécialiste, après avoir informé les parents et obtenu leur consentement (avoir un carnet d'adresse). - Connaître les structures spécifiques de recours suivant l'intensité des troubles observés. - Prodiguer des conseils hygiéno-diététiques aux parents, concernant l'alimentation, le sommeil et la lutte contre le tabagisme passif. - Proposer et planifier la mise à jour du calendrier vaccinal et prescrire les vaccins à effectuer lors d'une prochaine visite après avoir éliminé les éventuelles contre-indications. - Prescrire une supplémentation vitaminique pour la mère et l'enfant selon les recommandations de la HAS. - Dépister les complications de l'allaitement maternel. - Prescrire les examens complémentaires qui se révéleront utiles selon les données de l'examen clinique.
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Proposer un suivi régulier et planifié dans le cadre du dépistage et suivre l'évolution des troubles en cas d'anomalie de développement. - Informer et accompagner les parents lorsqu'un traitement a été instauré. - Assurer le suivi et le soutien de l'allaitement maternel et dépister les complications. - Etablir une relation de confiance en restant à l'écoute des parents. - Se rendre disponible afin de répondre aux inquiétudes des parents.

Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- Proposer un dépistage par un suivi régulier au cours de consultations programmées ou en cas de signes d'alerte (difficultés d'apprentissage, troubles du comportement, trouble du langage), des étapes du développement et des données de biométries de l'enfant, en assurant une coordination entre les professionnels de santé concernés par la santé de l'enfant. - Mesurer et peser l'enfant au moins 2 fois par an, en indiquant les valeurs dans le carnet de santé et en réalisant les courbes de croissance. - A partir de l'âge de 1 an, calculer l'indice de masse corporelle au moins 2 fois par an et tracer la courbe de corpulence dans le carnet de santé à la recherche d'un éventuel rebond d'adiposité précoce. - Evaluer le stade de maturation pubertaire chez l'enfant à partir de 7 ans. - Dans le cadre d'une consultation programmée chez un enfant de 7 à 11 ans ne présentant pas de pathologie aigue, savoir dépister: • un trouble des apprentissages • une anomalie du développement pubertaire à l'aide des stades de TANNER. • une scoliose - Dans le cadre d'une consultation programmée chez un enfant de 12 à 17 ans ne présentant pas de pathologie aigue, savoir dépister: • un trouble du comportement alimentaire • un trouble anxieux • une conduite à risque, un trouble des conduites, un trouble oppositionnel. • une conduite suicidaire, une dépression à l'aide du test TSTS-cafard en explorant les domaines scolaires, sociaux et familiaux, en proposant qu'un temps de la consultation se fasse avec l'enfant ou l'adolescent seul avec son accord et celui de parents. • une consommation de produits toxiques. • Explorer les questions liées à la sexualité (contraception, IST) chez l'adolescent. - Informer et éduquer les parents en prodiguant des conseils hygiéno-diététiques et en luttant contre le tabagisme passif. - Mettre à jour le calendrier vaccinal et effectuer un rattrapage si nécessaire. - Discuter de la prévention en santé sexuelle chez l'adolescent. - En l'absence de troubles du développement, rassurer les parents et l'enfant ou l'adolescent sur la normalité du développement.
---	---

Situation 2 : Etat fébrile: Enfant de 1 an "grogron", amené par sa mère suite à un appel de la crèche parce qu'il a de la fièvre.	
Poser un diagnostic global de situation	- Accueillir l'enfant et les parents ou l'adulte accompagnant en étant attentif à la qualité de la relation qui se construit. - S'enquérir de la requête des parents et percevoir le degré d'urgence, qu'il soit médical ou ressenti par les parents afin d'adapter la prise en charge. - Adopter un langage compréhensible et adapté et être attentif aux attitudes des parents et de l'enfant et à leur ressenti tout au long de la consultation. - Etablir un climat de confiance: • en pratiquant une écoute active des parents. • en parlant à l'enfant. • en mettant des jeux ou dessins à disposition de l'enfant. - Se renseigner sur les symptômes ressentis par l'enfant. - Faire préciser l'ancienneté de la fièvre ainsi que son intensité et rechercher d'autres signes associés. - Se renseigner sur les traitements entrepris, notamment la prise d'antipyrétiques ainsi que leur efficacité. - Recueillir les antécédents et le statut vaccinal de l'enfant à l'aide d'un entretien avec les parents et de la lecture du carnet de santé, en colligeant ces informations dans le dossier médical. - Se renseigner sur l'existence de facteurs de risque de survenue de complications au décours d'un épisode fébrile (antécédents de convulsions fébriles).
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Pratiquer un examen clinique complet chez un enfant en sous-vêtements, en présence des parents. - Rechercher des signes de gravité (déshydratation, altération de l'état général) nécessitant une hospitalisation. - Rechercher l'étiologie de la fièvre (infectieuse, immunologique, cancéreuse).
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Informer et rassurer les parents sur le rôle physiopathologique de la fièvre, qu'elle n'est qu'un symptôme et n'entraîne que très rarement des complications. - Informer et éduquer les parents concernant les mesures physiques de lutte contre la fièvre (proposer à boire fréquemment, découvrir l'enfant). - Proposer et prescrire un traitement antipyrétique à dose efficace, recommandé en 1ère intention en fonction des contre-indications et des interactions: • en respectant les schémas posologiques • en ne prescrivant qu'un seul médicament antipyrétique. • en expliquant aux parents les précautions d'emploi. - Savoir prescrire un antibiotique à un enfant fébrile présentant une infection bactérienne supposée. - Prescrire les examens complémentaires utiles selon les données de

	l'examen clinique. - Investiguer de façon appropriée les enfants présentant une fièvre isolée persistante au-delà de 3 jours. (ECBU, radiographie pulmonaire..). - En cas de surinfection bactérienne avérée, prescrire une antibiothérapie probabiliste secondairement adaptée aux résultats de l'antibiogramme, selon les recommandations de la HAS. - Procéder à une éviction scolaire selon la pathologie en cause. - Etablir un certificat d'absence pour enfant malade à la demande du parent qui garde l'enfant.
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Informer les parents sur l'évolution prévisible de la pathologie en cause et sur les signes devant alerter et amener à consulter à nouveau (évoquant une complication bactérienne): • Etat fébrile persistant au-delà de 3 jours ou d'apparition secondaire après ce délai (hormis le syndrome grippal). • Persistance ou apparition d'autres symptômes. • Changement de comportement de l'enfant. - Réexaminer l'enfant en cas de fièvre persistante et prescrire les examens complémentaires utiles en fonction des données de l'examen clinique. - Informer les parents du délai de réception des résultats des éventuels examens complémentaires réalisés et qu'ils seront contactés en cas de résultat anormal afin d'adapter la prise en charge. - Se rendre disponible en restant à l'écoute des parents afin de répondre aux interrogations. - Se rendre disponible au téléphone et être prêt à revoir l'enfant en consultation en fonction de l'évolution de la pathologie et de l'inquiétude des parents.
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- Expliquer les résultats des examens complémentaires et ajuster un éventuel traitement en s'assurant de la bonne compréhension des informations données aux parents. - En cas d'infection bactérienne récidivante, assurer le suivi en adressant à un médecin de second recours.

Situation 3: Rhinopharyngite: Enfant de 6 mois amené par son père car il présente une rhinorrhée et une toux grasse à plusieurs reprises depuis le début de l'hiver.

Poser un diagnostic global de situation	- Accueillir l'enfant et les parents ou l'adulte accompagnant, en étant attentif à la qualité de la relation qui se construit. - S'enquérir du motif de consultation. - Adopter un langage compréhensible et adapté et être attentif aux attitudes des parents et de l'enfant et à leur ressenti tout au long de la consultation. - Etablir un climat de confiance: • en pratiquant une écoute active des parents. • en adoptant une attitude neutre et empathique. • en parlant à l'enfant. • en mettant des jeux à disposition de l'enfant. - Recueillir les antécédents et le statut vaccinal de l'enfant ainsi que l'existence éventuelle d'allergies à l'aide d'un entretien avec les parents et de la lecture du carnet de santé, en colligeant ces informations dans le dossier médical. - Rechercher les facteurs de risque de survenue d'une rhinopharyngite (période hivernale, vie en collectivité..). - Rechercher les facteurs de risque de survenue d'une complication bactérienne.(OMA récidivantes, otites séreuses). - Rechercher une notion de contagé. - Rechercher l'existence d'un état fébrile en précisant son ancienneté et son intensité. - Se renseigner sur les traitements entrepris, ainsi que leur éventuelle efficacité.
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Pratiquer un examen clinique complet chez un enfant en sous-vêtements, en présence des parents en insistant sur l'examen ORL à la recherche de signes de surinfection bactérienne. - Rassurer les parents sur la nature bénigne de l'affection et de l'évolution spontanément favorable prévisible en 7 à 10 jours. - Informer les parents de la durée moyenne des symptômes et de la survenue possible de complications bactériennes. (OMA). - Informer les parents sur la nature virale de la rhinopharyngite et les conséquences prévisibles: • l'inutilité de la prescription d'une antibiothérapie. • la prescription d'un antibiotique ne préviendrait pas la survenue de complications. • l'otite congestive est fréquente au cours de la rhinopharyngite; d'origine virale, elle n'est pas une indication à une antibiothérapie. - Informer les parents que le caractère puriforme de la rhinorrhée et l'existence d'un état fébrile dans les délais normaux d'évolution de la rhinopharyngite, ne sont pas synonymes de surinfection bactérienne et ne sont pas des facteurs de risque de complications.

Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Informer les parents de la prescription d'un traitement symptomatique en raison de la nature virale de l'affection. - Prescrire un traitement symptomatique adapté, comprenant: • une hydratation suffisante • une désobstruction rhino-pharyngée avec éducation des parents en proposant une démonstration du geste et en insistant sur la fréquence notamment avant la prise des repas. • un traitement antipyrétique et antalgique en adaptant la posologie en fonction de l'âge et du poids de l'enfant et en respectant les modalités de prise selon les recommandations de la HAS.
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Informer les parents sur l'évolution prévisible de la pathologie. - Informer les parents sur les signes devant alerter et amener à consulter (signes évoquant la survenue d'une surinfection bactérienne): • fièvre persistante au-delà de 3 jours ou d'apparition secondaire après ce délai. • persistance sans tendance à l'amélioration des autres symptômes (toux, rhinorrhée, obstruction nasale) au delà de 10 jours. • changement de comportement de l'enfant. • survenue de nouveaux symptômes (conjonctivite purulente, oedème palpébral, troubles digestifs, apparition ou persistance d'une gêne respiratoire). - Se rendre disponible en restant à l'écoute des parents afin de répondre aux interrogations. - Se rendre disponible au téléphone et être prêt à revoir l'enfant en consultation en fonction de l'évolution de la pathologie et de l'inquiétude des parents.
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- Eduquer les parents sur l'éviction des facteurs de risque modifiables en prodiguant des conseils pour l'environnement pour prévenir les rhinopharyngites récidivantes (chauffage modéré du lieu de vie, air humidifié et lutte contre le tabagisme passif). - Mettre à jour le calendrier vaccinal et effectuer un rattrapage si nécessaire, à distance de l'épisode viral. - Proposer un dépistage par un suivi régulier au cours de consultations programmées pour contrôler le développement psychomoteur et la croissance staturo-pondérale de l'enfant. - En cas de complications bactériennes récidivantes des voies respiratoires, assurer le suivi en adressant à un confrère de second recours.

Situation 4: Vaccination: Nourrisson de 2 mois amené par sa mère pour la réalisation des premiers vaccins	
Poser un diagnostic global de situation	- Accueillir l'enfant et les parents ou l'adulte accompagnant, en étant attentif à la qualité de la relation qui se construit. - S'enquérir du motif de consultation. - Adopter un langage compréhensible et adapté et être attentif aux attitudes des parents et à leur ressenti tout au long de la consultation. - Etablir un climat de confiance: • en pratiquant une écoute active des parents. • en adoptant une attitude neutre et empathique. • en parlant à l'enfant. • en mettant des jeux à disposition de l'enfant. - Se renseigner sur l'existence d'une situation clinique à risque ou de signes d'appels d'une anomalie de développement: • Antécédents personnels néonataux, infectieux, développement psycho- moteur. • Antécédents familiaux de troubles de l'apprentissage, retard du langage, trouble sensoriel (amblyopie, surdité). - Evaluer les habitudes alimentaires afin de prévenir les risques liés à la malnutrition. - Rechercher un tabagisme passif. - Recueillir les antécédents de l'enfant ainsi que l'existence éventuelle d'allergies à l'aide d'un entretien avec les parents et de la lecture du carnet de santé, en colligeant ces informations dans le dossier médical.
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Explorer les connaissances des parents ainsi que leur positionnement vis à vis de la pratique de la vaccination. - Expliquer aux parents l'intérêt de la vaccination à l'aide d'un langage simple et adapté: • en précisant les bénéfices attendus, les effets indésirables prévisibles et les modalités de réalisation en fonction de l'âge de l'enfant. • en s'assurant de la bonne compréhension sur les informations données. • en respectant les croyances des parents - En cas de réticence des parents à faire vacciner l'enfant, savoir discuter des conséquences de ne pas faire vacciner l'enfant afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée. - Pratiquer un examen clinique complet chez un enfant en sous-vêtements, en présence des parents, en s'assurant du bon développement psychomoteur à l'aide d'un examen neurologique et locomoteur et en contrôlant la croissance staturo-pondérale à l'aide des mensurations (poids, taille et périmètre crânien). - Effectuer un dépistage individuel standardisé selon l'âge de l'enfant dans le cadre du suivi, en utilisant les tests de dépistage disponibles

	(selon les recommandations de la HAS).
Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Vérifier l'indication à la réalisation du vaccin selon le calendrier vaccinal en vigueur (BEH) et s'assurer de l'absence de contre-indication à la réalisation de la vaccination. - Etre capable de préparer le vaccin et de réaliser l'injection en adaptant les modalités d'injection en fonction de l'âge de l'enfant. - Mettre à jour le statut vaccinal de l'enfant dans le carnet de santé et le dossier médical en notant la date, les références et le numéro de lot du vaccin effectué. - Remplir le carnet de santé en notant les données de l'examen clinique, les mensurations et réaliser les courbes de croissance. - Proposer la prescription d'un antipyrétique à prendre en cas de fièvre avérée.
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Expliquer aux parents les effets indésirables prévisibles de la vaccination et les signes devant amener à consulter: abcès local, persistance d'un état fébrile au delà de 3 jours (hormis pour la vaccination ROR), éruption cutanée. - Informer et planifier le suivi du calendrier vaccinal: • en prescrivant le(s) rappel(s) à effectuer. • en précisant le délai à respecter entre chaque injection. - Prescrire une supplémentation vitaminique afin de prévenir une carence en vitamine D chez l'enfant selon les recommandations de la HAS. - Prescrire les examens complémentaires qui se révéleront utiles selon les données de l'examen clinique. - Etablir une relation de confiance en restant à l'écoute des parents. - Se rendre disponible afin de répondre aux inquiétudes des parents.
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- Assurer le suivi du calendrier vaccinal selon les recommandations en vigueur. - Mettre à jour le calendrier vaccinal et effectuer un rattrapage si nécessaire. - En cas de réticence quant à la pratique de la vaccination, refaire le point lors d'une consultation ultérieure en restant à l'écoute des parents afin de répondre aux interrogations. - Prendre en charge les pathologies indifférenciées de l'enfant. - Informer et éduquer les parents en prodiguant des conseils hygiéno-diététiques et en luttant contre le tabagisme passif. - Surveiller le développement psychomoteur et la croissance staturo-pondérale de l'enfant à l'aide des courbes de croissance. - Proposer un dépistage par un suivi régulier au cours de consultations programmées ou en cas de signes d'alerte (difficultés d'apprentissage, troubles du comportement, trouble du langage), des étapes du développement et des données de biométries de l'enfant, en assurant une coordination entre les professionnels de santé concernés par la santé de l'enfant.

Situation 5: Etat morbide afébrile: Douleurs abdominales évoluant depuis 1 semaine chez un enfant de 6 ans.

Poser un diagnostic global de situation	- Accueillir l'enfant et les parents ou l'adulte accompagnant, en étant attentif à la qualité de la relation qui se construit. - S'enquérir du motif de consultation. - Adopter un langage compréhensible et adapté et être attentif aux attitudes des parents et de l'enfant et à leur ressenti tout au long de la consultation. - Etablir un climat de confiance: • en pratiquant une écoute active des parents et de l'enfant. • en adoptant une attitude neutre et empathique. • en mettant des jeux ou dessins à disposition de l'enfant. • en parlant à l'enfant, en prenant le temps de l'écouter et lui laisser le temps de répondre. • en confirmant les dires de l'enfant par les parents sans mettre en doute ce que l'enfant a pu confier spontanément. - Se renseigner sur les symptômes ressentis par l'enfant. - Rechercher d'autres symptômes associés: état fébrile, troubles du transit, signes fonctionnels urinaires, affection ORL. - Se renseigner sur les traitements entrepris, les horaires de prise ainsi que leur éventuelle efficacité. - Recueillir les antécédents et le statut vaccinal de l'enfant ainsi que l'existence éventuelle d'allergies à l'aide d'un entretien avec les parents et de la lecture du carnet de santé, en colligeant ces informations dans le dossier médical.
Elaborer un projet d'intervention négocié (Ce qui va amener au résultat de consultation)	- Réaliser un interrogatoire complet précisant la localisation et la chronologie de la douleur, en distinguant une douleur aiguë ou chronique - Evaluer l'état général de l'enfant. - Pratiquer un examen clinique complet chez un enfant en sous-vêtements, en présence des parents, en insistant sur l'examen uro-abdominal et ORL pour: • confirmer un diagnostic ou établir un diagnostic différentiel • éliminer une urgence chirurgicale relevant de soins rapides. - Inclure dans la démarche diagnostique, les pathologies spécifiques en fonction de l'âge de l'enfant. - Rechercher l'existence de signes de gravités nécessitant une hospitalisation (altération de l'état général, signes de déshydratation, abdomen chirurgical). - Evaluer la croissance staturo-pondérale et l'état nutritionnel de l'enfant en réalisant les courbes de croissance et de corpulence à la recherche d'une dénutrition ou d'une obésité. - Rechercher un trouble du comportement alimentaire selon le contexte.

Mettre en oeuvre le projet thérapeutique (ce qui va découler du résultat de consultation)	- Informer les parents et l'enfant sur les données de l'examen clinique, à l'aide d'un langage clair et approprié. - Mettre en oeuvre un traitement adapté aux données de l'interrogatoire et de l'examen clinique après avoir éliminé une urgence thérapeutique. - Réaliser les examens complémentaires qui se révéleront utiles selon les données de l'examen clinique. - Partager l'information directement avec l'enfant en utilisant un langage approprié à son âge.
Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge (du résultat de consultation)	- Informer les parents sur l'évolution prévisible de la pathologie en cause et sur les signes devant alerter et amener à consulter: • Apparition d'un état fébrile. • Persistance ou apparition d'autres symptômes. • Changement de comportement de l'enfant. - Réexaminer l'enfant en cas de persistance des symptômes et prescrire les examens complémentaires utiles en fonction des données de l'examen clinique. - Informer les parents du délai de réception des résultats des éventuels examens complémentaires réalisés et qu'ils seront contactés en cas de résultat anormal afin d'adapter la prise en charge. - En cas de découverte d'une pathologie organique relevant de soins spécifiques, assurer le suivi en adressant à un confrère de second recours, après avoir informé les parents et obtenu leur consentement. (avoir un carnet d'adresse). - Se rendre disponible en restant à l'écoute des parents et de l'enfant afin de répondre aux interrogations. - Se rendre disponible au téléphone et être prêt à revoir l'enfant en consultation en fonction de l'évolution de la pathologie et de l'inquiétude des parents.
Effectuer un suivi en temps différé (de toutes les caractéristiques de l'enfant)	- En cas d'affection digestive chronique ou récurrente: • Evaluer les habitudes alimentaires de l'enfant et des parents. • Situer les symptômes dans le contexte social et environnemental de l'enfant. • Rechercher une maladie organique chronique à l'aide d'examens complémentaires adaptés. • Rechercher un trouble du comportement alimentaire selon le contexte. • Surveiller l'état nutritionnel en calculant l'IMC et en réalisant la courbe de corpulence à la recherche d'une dénutrition, d'un rebond d'adiposité ou d'une obésité. • Informer et éduquer les parents et l'enfant en prodiguant des conseils hygiéno-diététiques selon la pathologie en cause. - Assurer le suivi du calendrier vaccinal selon les recommandations en vigueur et effectuer un rattrapage si nécessaire. - Proposer un suivi régulier au cours de consultations programmées en cas de pathologie chronique en assurant une coordination entre les professionnels de santé concernés par la santé de l'enfant.

Annexe IX : Conditions d'agrément pour le stage de pédiatrie en médecine générale ambulatoire

Conditions d'agrément du stage de pédiatrie 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 pédiatrie pour permettre à l'interne d'être confronté, quotidiennement, à au moins un des cinq motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale : examens systématiques et prévention, état fébrile, rhinopharyngite-rhume, vaccination et état morbide afebrile.
- Le Maître de stage devra justifier d'une implication particulière pour la pratique pédiatrique 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 pédiatrie en soins primaires » qui devra préciser, entre autres :
 - La date de son agrément en tant que MSU.
 - La part d'actes de pédiatrie par rapport à son activité professionnelle globale.
 - Les procédures qu'il souhaite mettre en place pour garantir à l'interne une bonne activité en pédiatrie.
 - Ses formations initiales ou continues ainsi que ses travaux de recherche en pédiatrie.
 - 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

Préliminaires: Le médecin généraliste a un rôle prépondérant à jouer dans la prise en charge de la santé de l'enfant et de l'adolescent. La formation initiale des internes de médecine générale doit être adaptée pour répondre aux exigences des besoins sociétaux en pédiatrie ambulatoire de premier recours. Suite à la mise en place d'un stage ambulatoire mère-enfant, et dans le cadre des procédures d'évaluation et de certification des compétences, l'élaboration d'un référentiel métier et compétences s'est avérée être la première étape pour évaluer le niveau d'acquisition des compétences des internes et déterminer l'impact d'un stage sur la qualité des apprentissages des internes de médecine générale en pédiatrie en soins primaires ambulatoires.

Matériel et Méthode: Basée sur la forme du référentiel métier et compétences élaboré par le CNGE, qui répond aux exigences théoriques du paradigme d'apprentissage, l'élaboration du référentiel s'est déroulée en deux étapes. Après avoir procédé à un échantillonnage raisonné de 16 médecins experts en pédiatrie ambulatoire de premiers recours, les méthodes de consensus utilisées en recherche qualitative nous ont permis d'établir l'intitulé des situations de soins types par la méthode Delphi, puis d'élaborer et de valider le contenu des situations de soins types par une méthode s'appuyant sur la technique Rand/Ucla ou consensus formalisé. L'étude s'est déroulée par échanges itératifs de courriels.

Résultats: Cinq intitulés de situations de soins types ont été déterminés après 3 tours de Delphi. Un référentiel provisoire a été élaboré par les investigateurs à partir des recommandations francophones et de leur expérience. Une première phase exploratoire auprès du groupe d'experts a permis de mettre en exergue des nouvelles propositions et des éléments de discordance. L'ensemble de ces éléments a été soumis à une nouvelle validation au sein du groupe d'experts. Seules les propositions validées par le groupe étaient intégrées au référentiel final.

Perspectives: Le référentiel métier et compétences est un outil de formation et d'évaluation des compétences adapté de par sa forme et son contenu. Pour le rendre fonctionnel aux fins de l'évaluation (formative, certificative ou de programmes), il reste à définir l'élaboration d'une échelle descriptive globale comme indicateur d'un niveau de développement des compétences et à procéder à la diffusion de son contenu auprès des maîtres de stage universitaire et des internes à l'aide d'une formation adaptée.

Mots-clés: Référentiel, Compétences, Evaluation des compétences, Paradigme d'apprentissage, Méthode de consensus, Delphi.