

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015-2016

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PERNIN Thomas, Patrick
Né le 07 Novembre 1987 à Paris 14^e Arrondissement

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 04 février 2016

Transdisciplinarité du Gut Feeling dans la détection des infections sévères de l'enfant au sein des services d'urgences pédiatriques français : Etablissement d'un consensus national.

Président de thèse : **Professeur** MERCIER Jean-Christophe

Directeur de thèse : **Docteur** BAUMANN Laurence

DES de Médecine Générale

Transdisciplinarité du Gut Feeling dans la détection des infections sévères de l'enfant au sein des services d'urgences pédiatriques français : Etablissement d'un consensus national.

Introduction : En médecine générale, la pédiatrie correspond à une part importante des consultations. L'article du BMJ (2012) « Clinician's Gut Feeling about serious infections in children : observational study » met en évidence l'intérêt du Gut Feeling dans la détection des infections sévères de l'enfant en l'absence de « red flags » ou signes de gravité objectifs. Le Gut Feeling est un concept transculturel étudié en médecine générale avec des critères de définition précis. On cherchera à savoir si la notion de Gut Feeling est transposable dans les services d'urgences pédiatriques français dans le cadre de la détection des infections sévères de l'enfant et, si oui, avec quelle définition précise et critères remaniés par rapport à la définition donnée par les généralistes universitaires français.

Méthodes : Réalisation d'un focus group avec 6 urgentistes pédiatriques d'un centre hospitalo-universitaire (CHU) parisien afin d'attester de l'existence du Gut Feeling dans ce cadre et d'obtenir une base d'informations pour proposer des critères de définition. Puis, mise en place d'une procédure DELPHI nationale incluant des urgentistes pédiatriques français pour validation des critères proposés à partir de la littérature et du focus group afin de proposer un consensus national quant à la définition du Gut Feeling dans la détection des infections sévères de l'enfant. Un critère était validé consensuellement si au minimum 70% des répondants donnaient au moins une note de 7/10 ou plus à ce critère.

Résultats : Nous avons réalisé un focus group avec 6 urgentistes pédiatriques français au sein d'un CHU parisien en juillet 2014 d'une durée de 1h15 avec canevas d'entretien semi-structuré. L'analyse du verbatim, selon une méthode de théorisation ancrée, et des critères du Gut Feeling validés par les médecins généralistes universitaires français a permis de proposer des critères de définition du Gut Feeling aux urgences pédiatriques lors d'une première ronde Delphi nationale. Elle réunissait 24 urgentistes pédiatriques français répartis sur 8 CHU différents du 19 février au 27 août 2015. Chaque service pouvait inclure 3 experts maximum dont un ayant plus de cinq ans d'expérience en tant qu'urgentiste pédiatrique sénior, un de moins de cinq ans d'expérience et un médecin généraliste pour assurer la représentativité des acteurs. Sur 17 critères proposés, 11 ont été acceptés et 2 retirés en raison de leur caractère dichotomique et/ou exploratoire. La deuxième ronde Delphi, réalisée du 8 septembre au 27 octobre 2015, a vu 2 de ses 4 critères acceptés avec seulement 4 participants perdus de vue.

Analyse : Après deux années de recherche, nous pouvons proposer 13 critères de définition consensuels sur le plan national du Gut Feeling aux urgences pédiatriques dans le cadre de la détection des infections sévères de l'enfant. (Table 1)

Discussion : Cette thèse est a priori le premier travail de recherche en Europe visant à établir la transdisciplinarité du Gut Feeling avec création d'une définition spécifique pour les spécialistes hospitaliers. Un des critères souligne le fait qu'un médecin généraliste puisse appeler son confrère spécialiste s'il avait un Gut feeling négatif. Il est prévu à l'avenir de refaire valider ces critères par le Groupe Francophone de Recherche en Urgences et Réanimation Pédiatriques (GFRUP). Il serait ensuite intéressant de les traduire en anglais par procédure de validation linguistique afin de les proposer à d'autres urgentistes pédiatriques anglophones. Un autre défi sera de réfléchir aux modalités de la mise en place d'un enseignement sur le Gut Feeling en France.

Table 1

CRITERE 1

Le Gut Feeling négatif du médecin aux urgences pédiatriques est une sensation d'alarme en grande partie liée au manque de cohérence des items suivants entraînant une gêne à la compréhension globale de la situation :

- Des signes sémiologiques entre eux
- Et/ou des signes sémiologiques par rapport aux plaintes exprimées par l'enfant et/ou les parents
- Et/ou de l'examen clinique par rapport à l'orientation initiale enregistrée

CRITERE 2

Le gut feeling négatif active le processus diagnostique du médecin aux urgences pédiatriques en le poussant à formuler et examiner des hypothèses de travail et de diagnostic pouvant impliquer des conséquences graves, sérieuses pour l'enfant.

CRITERE 3

Le Gut Feeling négatif implique que le médecin aux urgences pédiatriques se méfie de l'état de santé de l'enfant quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui cloche.

CRITERE 4

Le Gut Feeling négatif signifie que le médecin aux urgences pédiatriques va aller plus loin dans sa démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau et/ou les craintes présentées par l'enfant ou ses parents.

CRITERE 5a

Le Gut Feeling négatif peut impliquer un temps d'observation afin d'évaluer l'évolution des signes cliniques chez l'enfant.

CRITERE 5b

Le Gut Feeling négatif (sentiment d'alarme) peut se transformer en Gut Feeling positif (sentiment de réassurance) si le temps d'observation a permis d'écarter un possible évolution vers un tableau d'infection sévère de l'enfant.

CRITERE 6

Le Gut Feeling parental est un élément de surveillance à prendre en compte et à encourager aux urgences pédiatriques.

CRITERE 7

Le Gut Feeling est indissociable d'une analyse rigoureuse par l'interrogatoire, l'observation, la palpation et l'observation clinique aux urgences pédiatriques.

CRITERE 8

Le Gut Feeling est influencé par le nombre d'années d'expérience aux urgences pédiatriques.

CRITERE 9

Le Gut Feeling est un sentiment émergent lors du premier regard posé sur l'enfant.

CRITERE 10

Il est nécessaire d'enseigner la notion de Gut Feeling aux étudiants en médecine et aux internes.

CRITERE 11

Le Gut Feeling négatif du médecin généraliste devant un enfant au cabinet pourrait être perçu comme un motif valable de prise de contact téléphonique avec un médecin sénior des urgences pédiatriques afin d'être conseillé sur la conduite à tenir (explorations complémentaires en ville ou envoi aux urgences pédiatriques de l'enfant).

CRITERE 12

Le Gut Feeling aide à la prise de décision par le médecin aux urgences pédiatriques dans des situations d'incertitude.

Gut Feelings' transdisciplinarity in detection of children's serious infections at french paediatric emergency departments : a national consensus.

Introduction : In general practice, children are an important part of our patients. In 2012, BMJ article « Clinician's Gut Feeling about serious infections in children : observational study » underlines the important role of Gut Feeling in detection of serious infections in children if no red flag is identified within the consultation. Gut feeling is a transcultural concept studied by GPs with precise definition statements. The aim of this study is to know if this concept exists in french paediatric emergency departments and, if yes, to create a specific definition of Gut Feeling for these specific situations.

Methods : Focus group with 6 paediatric emergency medicine physicians of a parisian university hospital in order to evaluate the transdisciplinarity of Gut Feeling concept thanks to grounded theory model. Elaboration of new statements thanks to Focus Group results and validated statements from french academic general practitioners. Afterwards, national DELPHI rounds with paediatric emergency physicians in order to validate these statements and propose a national consensus about Gut Feeling definition in the detection of serious infections in children. A maximum of 3 experts per university department of paediatric emergency medicine will be chosen (1 physician with more than 5 years of experience in paediatric emergency medicine, 1 physician with less than 5 years of experience, 1 GP working at the paediatric emergency unit). We expected at least 20 experts from all France and 6 different units for the quality of the study. A statement will get a consensus if 70% or more of the expert population note a statement from 7/10 (included) to 10/10.

Results : The focus group was lead thanks to a semi-structured interview in July 2014 at Paris Robert Debré University Children Hospital in France. It lasted 75 minutes. The verbatim analysis and gut feelings statements validated by French academic GPs helped us to propose 17 initial statements for the first Delphi round. It gathered 24 participants from 8 different paediatric university hospitals from 19th February to 27 august 2015 des acteurs. Eleven statements were accepted and two withdrawn due to their dichotomic or exploratory dimensions. Second Delphi round was run between 8th September 2015 and 27th October 2015 with the loss of only 4 participants. Two modified statements were accepted.

Analysis : After two years of research, we can propose 13 consensual statements defining Gut Feelings for french paediatric emergency physicians (*table 1*).

Discussion : This work seems to be the first european research aiming to establish GF transdisciplinarity with the creation of specific statements for hospital specialists. Further validation is expected by GFRUP (French-Speaking research Group on Paediatric Emergency Medicine). It would be then interesting to translate these statements in English through a linguistic validation procedure in order to propose these definition to English-speaking specialists. Another challenge would be to create a pedagogical support to teach Gut Feeling to medical students and residents in France.

Key-words : Gut Feeling, qualitative research, serious infections, children, paediatrics, ER, emergency medicine, national consensus, transdisciplinarity

Authors : T. Pernin & L. Baumann, Department of General Practice, Université Paris 7 – Diderot, France.

Table 1

STATEMENT 1

Paediatric Emergency Physician's negative Gut Feeling is a sensation of alarm mostly due to the lack of coherence between the following items leading to an uneasiness understanding the global situation :

- Between semiotic signs themselves
- And/or between semiotic signs and complaints expressed by the child and/or the parents
- And/or between the clinical assessment and the initial registered orientation

STATEMENT 2

Negative Gut Feeling activates the paediatric emergency physician diagnostic process by pushing him to formulate and exam diagnostic hypothesis possibly involving serious consequences for the child.

STATEMENT 3

Negative Gut Feeling involves that the paediatric emergency physician is worried for the child health status even if he/she doesn't have objective reasons for that : something is not working.

STATEMENT 4

Negative Gut Feeling signifies that the paediatric emergency physician is going further in his diagnostic or relational work until he understands the situation and/or the child or parents complaints.

STATEMENT 5a

Negative Gut Feeling could possibly involve an observation time in order to evaluate the child clinical signs evolution.

STATEMENT 5b

Negative Gut Feeling (sensation of alarm) can be transformed into Positive Gut feeling (sensation of reassurance) if the observation time permitted to outrule a possible evolution to a child severe infection.

STATEMENT 6

Parental Gut Feelings is a surveillance element to understand and encourage at paediatric emergency departments.

STATEMENT 7

Gut Feelings are not to be dissociated from a rigorous analysis by history-taking, observation, palpation and clinical assessment at emergency paediatric medicine departments.

STATEMENT 8

Gut feelings are influenced by the number of the physician experience's years at paediatric emergency departments.

STATEMENT 9

Gut feelings are feelings emerging at the first look on the child.

STATEMENT 10

It is necessary to teach Gut Feelings to medical students and residents.

STATEMENT 11

General Practitioner Negative Gut feeling in front of a child at his office should be perceived as a valuable motive of telephone contact with a paediatric emergency medicine senior physician in order to be advised on the management (complementary ambulatory exams or referral to paediatric ER).

STATEMENT 12

Gut Feelings help paediatric emergency physicians to make a decision in uncertainty situations.

Remerciements

Au Professeur Jean-Christophe Mercier, qui me fait l'honneur de présider mon jury de thèse et qui a participé grandement à l'amour que j'ai de la pédiatrie.

Au Professeur Antoine Bourrillon, mon Maître en médecine de l'enfant, qui me fait l'immense honneur et plaisir d'être membre invité du jury de thèse pour ce moment important.

Au Professeur Isabelle Aubin-Auger, qui me fait l'honneur de juger ce travail et pour son implication constante afin de me faire découvrir la recherche qualitative.

Au Docteur Ulrich Meinzer, qui me fait l'honneur de juger ce travail et pour son soutien lors de mes tous premiers moments de Faisant Fonction d'Interne en Pédiatrie Générale.

Au Docteur Laurence Baumann, qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail et qui m'a amené à le présenter dans les quatre coins de l'Europe, de Marburg à Timisoara via Barcelone.

Au service des Urgences Pédiatriques de l'Hôpital Robert Debré ayant accepté de me transmettre leur passion de la médecine de l'enfant et de participer au Focus Group de ce travail. A tous les urgentistes pédiatriques ayant participé à ce travail dont le Dr Angoulvant.

Au service de Pédiatrie Générale de l'Hôpital Robert Debré à Paris et en particulier le Professeur Albert Faye et Isabelle Le Moal. A la bibliothèque médicale Robert Debré.

Au Professeur Jean-Pierre Aubert : merci de croire à mon parcours de jeune médecin.

Au Docteur Thierry Mazars, mon Maître en Médecine Générale, qui m'a donné le goût de ce métier et de la prévention avec la participation active du Dr Dalila Tazerout.

Au Professeur Dominique Bertrand, au Docteur Chantal Chabaux et au Docteur Stéphane David m'ayant inculqué l'amour de la Santé Publique et de la Médecine Sociale en Master avant même mon externat.

Au Professeur Pierre Amarenco, mon « parrain » depuis l'externat.

Au Professeur Erik Stolper et au groupe de recherche européen COGITA m'ayant fait l'honneur de m'accepter comme nouveau membre, en particulier le Dr Marie Barais.

Aux médecins et leurs services m'ayant appris la médecine autrement pendant mon parcours à l'étranger : Dr Sister Régina (Inde), Dr Tabet (Canada), Pr Nils Wahlgren & Dr Michael Mazya (Suède), Pr Alf Nicholson & Dr Jane Leonard (Irlande), Pr J. Tibballs & Dr Stuart Lewena (Royal Children's Hospital, Melbourne, Australie).

Aux médecins qui vont m'apprendre à encore plus ouvrir mes horizons au sein du Service de Médecine de Premier Recours du Professeur Jean-Michel Gaspoz (HUG - Genève).

Aux services hospitaliers, leurs équipes et mes co-externes / co-internes ayant participé à ma formation dont ceux de Chirurgie Pédiatrique et d'Hématologie Pédiatrique de l'Hôpital R.

Debré, SMUR de l'Hôpital S. Veil, des Urgences de l'Hôpital Saint Louis et le Service de Gériatrie du Dr Christophe Trivalle (et au travail social mené avec Marion Gillouin).

Aux Docteurs Gilles Valin et Delphine Menguy, mes maîtres de stages en SASPAS m'ayant conforté et accompagné dans mon futur projet professionnel avec beaucoup de bienveillance.

Au Docteur Julie Allain et son « réseau Violetas-Barouk ».

Au Docteur Paul Jacquin et toute la Maison des Adolescents Robert Debré qui ont acceptés de me prendre comme tout premier interne en médecine au sein de leur structure.

Au Docteur Carole Raso, pour sa grande rigueur dans l'apprentissage qu'elle me donne de l'accompagnement et des soins palliatifs avec tout le personnel du réseau OSMOSE.

Au Docteur Pierre-Yves Traynard et le réseau Paris Diabète pour m'enseigner l'ETP.

A tous les membres du Département de Médecine Générale de l'Université Paris-Diderot, en particulier : Pr Zerr, Dr Baruch, Dr Lavigne (Tutrice) et les supers secrétaires du DMG.

Aux membres de la commission des relations internationales de la faculté avec qui j'ai pu travailler (Pr Dion, Dr Maillard, Me Estéoule) et au MICEFA.

Aux Docteurs Nguyen Van Nhieu, Ton That, Matamon-Moreau et aux futurs Docteurs Mezouar, Debelmas, Mazzoni, Tomaszek, Ferreira, Ouldali, Doublet et tous mes autres amis de la faculté de médecine Bichat ou d'ailleurs, en particulier Ricardo Etzi. A Nina.

A mes amis de Master 2, de Kendo, de théâtre, de cinéma car la médecine est un croisement entre arts et sciences. A l'épistémologie qui m'a aidé à passer en deuxième année.

A mes très chers amis de lycée dont Nassim Kalloui, Jawed Mohammad, Pascal Jin ainsi que leurs familles. Aux « padawans » Claire et Aliénor.

A Christophe Da Silva et sa mère. Merci de ta grande Amitié.

A Pierre Dambor dont j'ai été le témoin de mariage, sa femme Anne, la petite Mathilde et toute sa famille. Avec une pensée particulière pour Régina qui a toujours cru en moi.

A Kim Pham, Eric Ruf, Fabienne Ollier et toute la Comédie Française pour la confiance qu'ils m'accordent en m'acceptant comme Médecin de Garde Titulaire au sein de la Ruche.

To Heather McGrath and her family.

A mes patients m'ayant aussi donné beaucoup, avec un souvenir ému pour Wassim que j'ai pu soigner pour ostéomyélite à quelques mois de vie lorsque j'étais FFI.

Surtout à ma famille pour leur soutien sans faille et leur amour : Isabelle, Patrick, Vincent, Agnès, René, Thierry, Nils, Noé Pernin ; Norbert Fontaine ; Michèle et Valérie Obédia. A Marcelle Obédia (Mounette), Raymond Choukroun, Jacques Obédia et Matthieu Pernin.

Cette thèse vous est entièrement dédiée.

Intuition :

« Connaissance directe, immédiate de la vérité, sans recours au raisonnement, à l'expérience. »

« Sentiment irraisonné, non vérifiable, qu'un évènement va se produire, que quelque chose existe. »

Dictionnaire Larousse

--

« Le mental intuitif est un don sacré et le mental rationnel un serviteur fidèle. Nous avons créé une société qui honore le serviteur et a oublié le don. »

Albert Einstein

--

« C'est à l'intelligence d'achever l'œuvre de l'intuition. »

Romain Rolland, Jean-Christophe (1904-1912)

--

« Intuition. Cette faculté prodigieuse à saisir les indices les plus subtils, ceux que personne n'aperçoit. »

Jean-Claude Lalanne-Cassou, On a tué Charles Perrault (1978)

--

« La composition doit être une de nos préoccupations constantes, mais au moment de photographier, elle ne peut être qu'intuitive car nous sommes aux prises avec des instants fragiles où les rapports sont mouvants. »

Henri Cartier-Bresson

--

Sommaire

INTRODUCTION	11
1. CONTEXTE.....	11
a. Etudes précédant la formation du groupe COGITA.....	11
b. Les actions du groupe de recherche COGITA.....	13
c. Résultats des travaux de thèse de M. Coppens.....	13
d. Résultats des travaux de thèse d'E. Chipeaux.....	14
e. L'approche de safety-netting de Almond et Thompson.....	15
2. GUT FEELING ET PEDIATRIE : ETUDES ACTUELLES.....	16
3. QUESTION DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE.....	17
I. L'APPROCHE PAR FOCUS GROUP	18
1. GENERALITES.....	18
2. APPLICATION DE LA METHODE FOCUS GROUP DANS NOTRE TRAVAIL.....	20
3. RESULTATS ET ANALYSE DU FOCUS GROUP.....	21
II. LA METHODE DELPHI	29
1. GENERALITES.....	29
2. APPLICATION DE LA METHODE DELPHI DANS NOTRE TRAVAIL.....	30
3. RESULTATS DE LA PREMIERE RONDE DELPHI NATIONALE.....	33
4. CRITERES DE DEFINITION DU GUT FEELING AUX URGENCES PEDIATRIQUES ACCEPTES APRES PREMIERE RONDE DELPHI.....	43
III. DEUXIEME RONDE DELPHI NATIONALE	45
1. DESCRIPTIF DE LA POPULATION PARTICIPANTE ET DE LA RONDE.....	45
2. RESULTATS DE LA DEUXIEME RONDE DELPHI NATIONALE.....	46
IV. CRITERES DE DEFINITION DU GUT FEELING AUX URGENCES PEDIATRIQUES APRES DEUX RONDES DELPHI NATIONALES	49
CONCLUSION	51

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	54
ANNEXES	56
Annexe 1 : Lettre d’invitation au focus group.....	57
Annexe 2 : Fiche d’information à remplir par les participants du focus group.....	58
Annexe 3 : Canevas d’entretien du focus group.....	59
Annexe 4 : Verbatim du Focus Group.....	61
Annexe 5 : Email d’invitation à la 1ere ronde Delphi nationale sur le Gut Feeling aux urgences pédiatriques.....	80
Annexe 6 : Fiche d’information à remplir par les experts de la ronde Delphi nationale.....	85
Annexe 7 : Proposition initiale de critères de définition du Gut Feeling par T. Pernin et L. Baumann.....	86
Annexe 8 : Recueil détaillé des notes de chaque critère pour chaque participant pour la première ronde Delphi.....	90
Annexe 9 : Commentaires des participants sur les critères initiaux de définition du Gut feeling proposés	91
Annexe 10 : Recueil détaillé des notes de chaque critère pour chaque participant de la deuxième ronde Delphi.....	113
Annexe 11 : Commentaires des participants sur les critères de définition du Gut feeling proposés en deuxième ronde Delphi.....	114
Annexe 12 . Gut Feelings and Pediatrics : a review of litterature in English by T. PERNIN, COGITA website : www.gutfeelings.eu	118

Introduction

1. Contexte

En médecine générale, la pédiatrie correspond à une part importante des consultations en ville [1]. Les enfants sont souvent accompagnés par l'un des deux parents portant une inquiétude quant à leur état de santé. Le médecin faisant face à des situations cliniques complexes, des plaintes difficilement expliquées par les enfants et des syndromes peu définis peut partager ce « sentiment d'alarme » avec possibilité de raisonnement intuitif dans le diagnostic [2].

Afin de décrire cette situation de « malaise » face à un diagnostic incertain, les médecins généralistes néerlandais ont apportés le concept de Pluis/Niet Pluis, Niet plus correspondant à « pas droit, pas d'équerre » et Pluis correspondant à une confiance quant à l'évolution de l'état de santé malgré l'incertitude diagnostique.

La notion d'intuition dans le modèle de prise de décision médicale était aussi soulignée par Regher et al.[3] . Cette étude démontrait que des internes de première année, diagnostiquant des conditions dermatologiques, auront la même précision en utilisant leurs premières impressions qu'en prenant une approche analytique.

L'Iowa gambling task [4] a permis de démontrer que les joueurs ont choisi leurs cartes pour optimiser leur profit de meilleure manière avec le système intuitif (choix optimum au bout de 10 cartes dans la main) plutôt qu'avec le système analytique (nécessité de 50 cartes).

Le Dr Erik Stopler avec l'aide de l'EGPRN (European General Practice Research Network) décide de fonder en 2008 The European Expert Group on cognitive and interactive processes in diagnosis and management in General practice (CogitaProDiaman) afin d'étudier de manière internationale et multicentrique le concept de gut feeling (GF). [5]

1.a. Etudes précédant la formation du groupe COGITA

Plusieurs études ont précédées ce groupe dans la réflexion :

- Une étude pilote en 2004 est réalisée auprès de 24 Médecins Généralistes dont 10 en formation aux Pays Bas. On répertorie la notion de « Niet Pluis » correspondant à un diagnostic incertain avec une évolution de l'état de santé semblant délétère pour le patient. Le « Niet Pluis » devenait très important lors des heures de garde (après 18h), chez les médecins moins expérimentés ainsi que pour les pathologies cardio-vasculaires, gastro-entérologiques ou orthopédiques. [6]
- Un email est envoyé en octobre 2005 et en janvier 2006 aux membres de l'EGPRN afin de savoir si une « sensation d'alarme » était familière dans leur pratique. Les médecins interpellés venaient de 28 pays différents de l'Union Européenne, d'Israël et d'Afrique du Sud. La totalité des 30 réponses reçues affirment l'existence de cette notion. Sur les 30 réponses, 25 utilisent des expressions typiques dans leur langue dont 10 décrivant une sensation corporelle (intestin, os, estomac, odeur) amenant à

inventé la notion de « gut feeling » (sensation viscérale) pour désigner cette notion d'alerte dans le futur.

- 28 médecins généralistes néerlandais décident ensuite de réaliser une étude qualitative par focus group pour définir le gut feeling ainsi que ses principaux déterminants. On retiendra ainsi 2 types de gut feeling : un sentiment d'alarme ou un sentiment de réassurance sur l'évolution de la maladie du patient en cas d'incertitude diagnostique. Le gut feeling serait donc un raisonnement non analytique, une action de boussole, plus ou moins perçue de manière consciente comme une sensation de réassurance ou une sensation d'alarme. On reconnaîtra comme déterminants du gut feeling les facteurs d'alerte et de congruence (contradiction entre la présentation du patient et l'image attendue du médecin devant le tableau clinique), la connaissance du contexte du patient, les facteurs interférents (sympathie, aversion, culpabilité), la nécessité d'enseigner cette notion aux étudiants en médecine, l'expérience (gut feeling moins utilisé par les plus jeunes), la personnalité du médecin (le praticien rationnel utilise peu le gut feeling, les praticiens ayant peu d'assurance ne font pas confiance au sentiment de réassurance), le rôle de l'appartenance au genre féminin ou masculin étant réfuté [7].
- 7 critères consensuels concernant le gut feeling voient le jour après une procédure de type rondes DELPHI chez 27 médecins généralistes enseignants aux Pays-Bas et en Flandre. Les rondes DELPHI cherchent à obtenir et organiser des opinions d'experts sur des questions complexes. Ici, on recherche des définitions précises des 2 aspects du gut feeling. Sur les 11 critères proposés initialement, 7 sont retenus. On peut retenir qu'une **sensation d'alarme** est une sensation de malaise ressentie par le médecin généraliste car il s'inquiétait d'une issue possiblement défavorable pour son patient et ce alors qu'il n'avait pas d'éléments objectifs en faveur : quelque chose « clochait ». On peut retenir qu'une **sensation de réassurance** est une notion de sécurité ressentie par le médecin généraliste concernant la prise en charge et l'évolution ultérieure du problème posé par son patient alors qu'il n'était pas certain du diagnostic : tout « collait ».
- Le Dr Hauswaldt en Allemagne décrira aussi cette sensation d'alerte (« hier stimmt was nicht ! ») avec des éléments déclencheurs, des causes et des conditions la facilitant grâce à 9 interviews réalisées auprès de médecins généralistes.
- A noter, un article de Butinx et al. [8] qui réalisent des entretiens semi-dirigés au sujet de 21 patients présentant des douleurs thoraciques chez 19 GPs belges et néerlandais. Cet article décrit la différence d'orientation des patients (6 non adressés à d'autres médecins, 7 envoyés chez le cardiologue, 8 envoyés aux urgences). On décrit l'importance du gut feeling dans ce processus avec cette phrase : « More than the combination of signs and symptoms : the appearance of the patient, their look stated as very important in the decision making process. » (plus que la combinaison des signes cliniques et des symptômes : l'apparence du patient, son regard étaient des éléments primordiaux dans la prise de décision.)

Les médecins interrogés décrivaient le gut feeling comme tel : « Different from usual, she looked drawn, it was really striking : her contenance was so sharp. » ou « Basically if it looks fishy : I refer them immediately ».

1.b. Les actions du groupe de recherche COGITA

Le CogitaProDiaman met en place un agenda international de recherche. Il permet de choisir des axes de recherche futurs et de réfléchir sur le concept de gut feeling en réunissant divers experts européens sur le sujet.

Par exemple, ce groupe peut produire des notes afin de préciser certaines définitions dans le domaine dans le « glossary » de leur site internet <http://www.gutfeelings.eu>. [9]

Le groupe se réunit une fois par an, traditionnellement au mois de mai en précongrès de l'EGPRN (European General Practice Research Network). J'ai eu la chance d'assister le 7 et 8 mai 2014 à la 6^e réunion annuelle du groupe pour exposer mon projet de recherche et bénéficier d'une aide méthodologique des Pr Stolper, Van Boyen et Hauswadt. De plus, j'ai pu suivre des retours d'autres conférences européennes sur l'étude du processus de décision diagnostique, de résultats préliminaires sur la potentielle transversalité du gut feeling vers les disciplines hospitalières ou encore les perspectives futures de recherche.

1.c. Résultats des travaux de thèse de M. Coppens

En 2009, Magali Coppens reprend la méthode DELPHI dans sa thèse de médecine générale [2] afin de valider les 7 critères consensuels initiaux du gut feeling par des médecins généralistes universitaires français. 6 critères + 1 libre sont soumis à 34 médecins généralistes français universitaires, randomisés, excepté ceux inclus dans la recherche du gut feeling. La traduction des critères du néerlandais vers le français est réalisée par une agence de traduction de l'université de Maastricht et une personne du milieu médical néerlandophone. La traduction des critères français vers le néerlandais se feront par un médecin généraliste flamant.

M. Coppens proposera de traduire Pluis/Niet Pluis en CCCC : « ça colle, ça cloche ». Pour rappel, la méthode DELPHI repose sur l'anonymat, l'itération, la rétroaction contrôlée et les statistiques de groupe. Il faut ici coter chaque critère de 1 à 9 et justifier toute note inférieure à 7. Afin de valider un critère, au moins 70% des participants doivent donner une note > 7/9. Dans cette étude, 5 médecins sur 34 n'ont pas répondu et 3 rondes furent nécessaires afin de valider les critères suivants :

Liste des 9 critères consensuels des médecins généralistes universitaires français

CRITERE 1a: Le sentiment «ça cloche» du médecin généraliste sont surtout lié à la non concordance entre les plaintes du patient en ce sens qu'elles ne concordent pas avec les signes (sémiologiques, cliniques) retrouvés par le médecin.

CRITERE 1b: Le sentiment «ça colle» du médecin généraliste est surtout lié à la cohérence entre les plaintes du patient et un tableau clinique identifiable par le médecin.

CRITERE 2: Le sentiment «ça cloche» active le processus diagnostique du médecin généraliste en le poussant à formuler et examiner des hypothèses de travail et de diagnostic pouvant impliquer des conséquences graves, sérieuses pour le patient.

CRITERE 3: «Ça cloche» implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui coince.

CRITERE 4: «Ça cloche» signifie que le médecin généraliste va aller plus loin dans sa démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau et/ou les craintes présentés par le patient.

CRITERE 5: «Ca colle» signifie que le médecin généraliste, même s'il manque d'éléments objectifs, se sent sûr de proposer une prise en charge adaptée. Cette assurance est cependant provisoire, temporaire, car il doit garder une attitude de prudence indispensable afin de revenir sur sa position au moindre doute.

CRITERE 6: «Ça colle» implique que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour l'instauration d'un traitement.

CRITERE 7: Le sentiment «ça colle, ça cloche » est une intime conviction du médecin généraliste tant sur la cohérence clinique que sur la cohérence de la relation médecin malade avec cette situation clinique.

CRITERE 8: Le sentiment «ça colle, ça cloche» aide à la prise de décision par le médecin généraliste dans des situations d'incertitude

Ici, **un sens de l'alarme** est défini par le fait que, même s'il manque d'éléments objectifs, le médecin généraliste est inquiet pour son patient : il y a quelque chose qui « cloche ». Un **sens de la réassurance** est défini par le fait que même s'il manque d'élément objectif, le médecin généraliste se sent sûr de proposer une prise en charge adaptée à son patient. Il n'est pas inquiet : « tout colle ». Il s'agit d'une incertitude sans inquiétude.

1.d. Résultats des travaux de thèse d'E. Chipeaux

En novembre 2011, la thèse d'E. Chipeaux [10] « Le gut feeling chez les médecins généralistes de terrain du Finistère: définition, modélisation et implications » essaye de voir si la notion peut être étendue aux médecins généralistes non enseignants du Finistère par technique de rondes DELPHI.

La population est composée de 22 médecins généralistes libéraux de cabinets différents, de sexe et d'âge différents, de milieux rural/semi-rural/ urbains. Sont exclus les médecins ayant participé à des travaux sur le gut feeling et ceux sans adresse email. 3 rondes furent nécessaires pour obtenir un consensus sur 8 critères. 2 médecins/22 n'ont pas répondu.

On retrouve 8 critères finaux :

- en situation d'incertitude, le MG peut s'appuyer sur le CCCC pour orienter le raisonnement diagnostic

- « ça cloche » pousse le MG à reformuler ses hypothèses diagnostiques

- « ça cloche » implique que le MG se méfie de l'état de santé du patient même s'il ne dispose pas d'arguments objectifs
- « ça cloche » pousse le MG à mener d'autres formes d'intervention (surveillance, examens complémentaires avis spécialisé)
- « ça colle » signifie que le MG est suffisamment sûr de lui pour poursuivre sa prise en charge même sans certitude diagnostique
- l'expérience du médecin joue un rôle majeur dans la prise de décision en situation d'incertitude
- le sentiment CCCC dépend de la connaissance qu'a le médecin de son patient
- « ça colle » peut correspondre à un sentiment de réassurance et ça cloche à un sentiment d'alarme

Cette thèse conclut donc à des points similaires soulevés entre médecins généralistes français de terrain et néerlandais : le gut feeling est un outil dans le processus diagnostique, « ça cloche » instaure la méfiance du praticien, « ça cloche » engendre une dynamique de prise en charge, « ça colle » engendre un sentiment de réassurance. Les médecins généralistes de terrain privilégient les rôles de la connaissance de son patient et de l'expérience. Chez les médecins néerlandais, on note une nette domination de « ça cloche » ainsi que sa somatisation et son caractère grave. Pour eux, le gut feeling diminue avec la clarification du diagnostic. Enfin, les médecins généralistes non enseignants et enseignants s'entendent sur le fait que le gut feeling est un outil bénéfique et utile et que le « ça cloche » impose d'autres formes d'interventions.

1.e. L'approche de safety-netting de Almond et Thompson

Dans un article de 2006 [11], Thompson rappelle que la moitié des cas de méningites à méningocoque ne sont pas diagnostiqués par les médecins généralistes (GPs) alors que ce sont les premiers médecins auxquels les patients sont présentés.

Les auteurs Almond et Thompson proposent une approche de type « gilet de sauvetage » devant une situation avec diagnostic incertain [12]. En effet, la moitié des patients n'auront pas de diagnostic certain après une consultation chez le GP qui s'efforcera d'écarter les diagnostics de gravité. [13]

Le safety-netting repose sur 3 questions à se poser à l'issue de la consultation : « If I'm right : what do I expect to happen ? » (si j'ai raison, que devrait-il arriver ?), « How will I know if I'm wrong ? » (Comment savoir si je n'ai pas raison ?) et « What would I do then ? » (Et que ferais-je alors ?). Grâce à une méthode DELPHI, les auteurs proposent une stratégie de safety netting pour les enfants avec affections aiguës.

Ils décrivent certaines situations à haut risque : diagnostic incertain avec un diagnostic différentiel incluant une maladie sévère pouvant évoluer rapidement, diagnostic certain mais avec risque possible de complications, patient avec risque accru de maladies graves ou de complications.

2. Gut feeling et pédiatrie : études actuelles

Un article de 2012 du British Medical Journal **Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study** [1] met en lumière la place que peut avoir le gut feeling dans la prise en charge des infections sévères de l'enfant. Cette étude observationnelle basée en Flandre (Belgique) et datant de 2004 s'intéresse à la réponse intuitive de médecins généralistes en contexte de soins primaires face à 3390 enfants de 0 à 16 ans et la potentielle détection d'infections sévères.

On demande ici une « clinical impression » (observation subjective que la maladie est grave selon l'histoire de la maladie, l'observation et l'examen clinique) et si le Gut Feeling suggère que l'enfant a quelque chose de plus sérieux. Ici le gut feeling est décrit comme un sentiment intuitif que quelque chose clochait même si le clinicien était incertain pourquoi.

Les infections sévères correspondaient à une admission à l'hôpital dans les 24 heures ou plus pour pneumonie, sepsis, méningite virale ou bactérienne, pyélonéphrite, cellulite, ostéomyélite ou gastro-entérite d'origine bactérienne.

Sur 3890 enfants, 3369 étaient considérés sans signes de gravité après examen clinique éliminant des « red flags ». 6 enfants / 3369 (0.2%) ont eu une infection sévère. Le Gut Feeling était présent sur 2 enfants atteints d'infection sévère sur 6 et sur 44/3369 enfant non atteints. Le Likelihood-ratio positif était $LR+ = 25.5$ ($IC95\% = 7.0 - 82$) et on n'observait pas de différence entre les praticiens ayant plus ou moins de 10 ans d'expérience.

Le Gut Feeling était surtout augmenté s'il y avait des antécédents de convulsions ($OR = 80.5$, $IC 95\% = 6.2 - 1051$). Il se retrouvait légèrement augmenté selon l'apparence de l'enfant, la manière de respirer, le niveau de conscience.

Le facteur contextuel le plus important était l'inquiétude parentale quant à la différence du tableau clinique par rapport auparavant ($OR=36.3$, $IC95\% = 12.3-107$).

On ne retrouvait pas d'influence de la température sur le Gut Feeling (GF).

Une histoire de la maladie avec diarrhée ou une toux avait tendance à baisser le GF.

En conclusion, le gut feeling quant à la sévérité d'une maladie chez l'enfant est une réponse instinctive du clinicien face à l'apparence générale de l'enfant et l'inquiétude parentale. Cela devrait inciter à demander un avis spécialisé ou à pousser les investigations.

Cette étude incite donc à poursuivre un travail de recherche sur l'importance du gut feeling en pédiatrie et son lien avec l'inquiétude parentale.

Elle fut commentée par Wacogne [14] soulignant le fait de devoir rester objectif dans ses décisions thérapeutiques, de ne pas sur-utiliser et de ne pas sous-évaluer le gut feeling et de devoir utiliser toutes les informations acquises lors de la consultation pour obtenir une décision médicale optimale.

Selon Greenlagh et al. [15], le GF serait un sentiment intuitif résultant d'un processus inconscient et rapide dépendant du contexte et venant avec l'expérience.

Dhaliwal [16] évoque le concept de “black box” (boîte noire) dans lequel se trouverait le gut feeling et critique l’approche de “third track in GP diagnostic reasoning” (3e voie de raisonnement diagnostic) de Stolper [6] tout en soulignant l’importance de l’intuition dans les prises de décision médicale. Il cite Greenlough [15] en disant que l’intuition n’est pas l’ennemi de l’evidence based medicine (EBM).

Dans une méta-analyse sur les règles de prédiction d’une infection sévère chez l’enfant dans les services d’urgences [17], les auteurs rappellent un problème récurrent dans ces structures : ne pas diagnostiquer une infection grave potentiellement dangereuse pour le devenir de l’enfant ainsi que le problème de saturation des ressources hospitalières.

Les auteurs ont identifiés dans la littérature 1939 articles avec les 5 termes suivants : infections sévères, enfants, ATCD-examen clinique, test de laboratoire et soins ambulatoires. 35 articles ont été sélectionnés (1 étude se faisait en ville, les autres aux urgences) sur des critères de bonne méthodologie. Les éléments prédictifs les plus reliés à une infection sévère de l’enfant étaient l’inquiétude parentale et le fait que le clinicien pense que « something was wrong ». La PCT et la CRP avait une valeur prédictive plus importante qu’une NFS.

Les auteurs rappellent l’importance des « red flags » : cyanose, augmentation du temps de recoloration cutanée, polypnée, crépitations, diminution du murmure vésiculaire, irritation méningée, rash pétychial, convulsions et altération de la conscience. L’absence de « red flags » n’écarte pas de manière certaine l’infection sévère et le « gut feeling » serait important à utiliser dans ces cas là.

3. Question de recherche et méthodologie

Après relecture de la littérature, il semble que la définition de « gut feeling » soit très clairement établie par les médecins généralistes et que cette notion commence à être utilisée dans les articles concernant la détection précoce des infections sévères de l’enfant sur le plan européen.

En effet, la transculturalité du gut feeling a été démontrée par des études précédentes. [18]

Certains résultats préliminaires présentés par le COGITA en mai 2014 soulignent la potentielle transversalité du gut feeling vers 3 disciplines hospitalières : médecine d’urgence, pédiatrie et médecine interne.

Nous intitulons donc cette thèse « Transdisciplinarité du Gut Feeling dans la détection d’infections sévères chez l’enfant dans les services d’urgences pédiatriques : Etablissement d’un consensus national. » en posant comme questions de recherche :

- Le Gut Feeling étudié en médecine générale est-il transposable dans les services d’urgences pédiatriques français dans le cadre de la détection des infections sévères de l’enfant ?
- Si oui, avec quelle définition précise et critères remaniés par rapport à la définition donnée par les généralistes ?

Nous utiliserons ici une méthode de recherche qualitative, conseillée par le Pr Stolper de l'université de Maastricht, le Pr Van Boyen de l'université d'Antwerp et le Pr Hauswaldt de l'université de Göttingen.

Ce travail de thèse s'articulera en plusieurs temps :

a – Réalisation d'un Focus Group avec 6 à 12 urgentistes français pour savoir s'ils reconnaissent le concept de Gut Feeling comme familier dans leur pratique de détection des infections sévères de l'enfant et si les critères consensuels leur conviennent. (travail de réalisation d'un canevas d'entretien, de constitution du groupe, menée du groupe focus, restitution et analyse des résultats).

b – Si réponse positive du Group Focus, réalisation d'une procédure DELPHI nationale avec une vingtaine d'urgentiste français pour arriver à un consensus national quant à la définition du Gut Feeling dans la détection des infections sévères de l'enfant au sein des services d'urgences pédiatrique en France (présentation de critères, menée des rondes DELPHI, restitution des résultats)

c – Synthèse des résultats

I. L'approche par Focus Group

1. Généralités [19]

La méthode du *Focus Group* est une méthode qualitative de recherche sociale qui favorise l'émergence de toutes les opinions. Cette méthode, qui est à la fois orale et groupale, ne poursuit donc pas la recherche du consensus. Elle permet par contre le recueil des perceptions, des attitudes, des croyances, des zones de résistances des groupes cibles. Elle répond aux « pourquoi ? » et aux « comment ? ».

Concrètement, la technique consiste à recruter un nombre représentatif de groupes, en fonction de l'objet de la décision à l'étude, composés de six à douze personnes volontaires, et à susciter une discussion ouverte répondant à une logique de créativité. Cette discussion se structure autour d'une grille d'entretien définissant les différents thèmes de l'étude. Une analyse/synthèse de la discussion permet de relever les principaux mots clés des participants ainsi que les points de convergence et de divergence entre les groupes.

Cette méthode permet de recueillir des perceptions, de favoriser l'implication du milieu en lui accordant la parole et en reconnaissant son vécu.

Son objectif n'est pas de prouver (hypothèse explicative), mais de fouiller le « pourquoi ? » et le « comment ? » des phénomènes.

La réussite du *Focus Group* repose sur :

Le recrutement des participants doit s'opérer selon des critères homogènes.

L'animation du groupe doit respecter les lois de la dynamique des groupes avec, notamment une orientation des échanges en fonction des thèmes de la grille (la présence d'un animateur expérimenté est donc indispensable).

L'élaboration de la grille doit répondre aux objectifs de l'étude et être adaptée aux populations visées (questions ouvertes et non biaisées, langage simple et clair).

La sélection peut se faire à partir d'un échantillonnage ou encore faire appel à des volontaires.

La taille de l'échantillon dépendra et sera en équivalence avec la complexité du tissu social. Il y a de toute manière des phénomènes d'autosélection/exclusion qui interviendront plus tard, si l'on part d'un échantillon aléatoire, mais qui seront néanmoins présents.

Selon le nombre et la complexité des thèmes abordés, il faut compter une durée d'une heure minimum et trois heures maximum.

À la durée du *Focus Group* proprement dit (à multiplier par le nombre de groupes), il convient d'ajouter le temps de :

- La préparation de la grille d'entretien ;
- Celui de la transcription intégrale des enregistrements des *Focus Groups*. Cette transcription intégrale des résultats est une étape fastidieuse mais indispensable. Elle doit être faite avec rigueur, sans omission, avec les redites, etc. Il faut compter +/- 40 à 60 pages pour trois heures d'enregistrement ce qui représente à peu près trois jours de travail ;
- Celui de la synthèse et analyse des résultats.

Au total, la méthode est exigeante en termes de compétences et de temps. Ce modèle présente de nombreux avantages : Elle extrait les préoccupations et perceptions des sujets de la recherche exprimées sans censure, ni discrimination. Elle permet, via le verbatim, une analyse par d'autres équipes de recherche.

L'accueil des participants est un élément capital pour la suite. Un accueil chaleureux permet de dissiper une certaine angoisse et d'établir un climat de confiance et de complicité. L'environnement physique et son aménagement sont importants car ils influencent les comportements. La disposition en cercle favorise la participation et place tous les participants sur un pied d'égalité. Le fait que tous puissent se voir favorise les interactions.

Il est préférable de préparer à l'avance une consigne, c'est-à-dire un résumé expliquant la raison d'être du groupe et ce qu'on attend des participants .Il est important de préciser, en y insistant, le caractère anonyme des débats et d'expliquer la nécessité technique de l'enregistrement des débats, afin qu'il n'existe aucune ambiguïté dans l'esprit des participants.

La grille est le support des discussions de groupe. C'est un guide et un outil pour l'animation. Elle peut être présentée soit sous une forme schématique, soit sous la forme de questionnaire.

Elle doit :

- Suivre la progression logique du plan d'analyse qui définit les groupes de thèmes,
- Comporter des questions ouvertes,
- Des questions claires, d'un langage simple, accessible à tous,
- Des questions non biaisées, sans connotation pouvant orienter le débat,
- Des questions courtes,
- Des questions ne recouvrant qu'une seule idée,
- Une première question englobante, incitante et facilitante.

La personne qui anime un groupe de discussion a un rôle capital à jouer sur plusieurs plans : elle doit créer une dynamique de groupe laissant la place à chacun de s'exprimer.

L'animateur doit être présent sans s'engager, être chaleureux, attentif, à l'écoute de tous. Il doit veiller à toujours rester neutre, à ne jamais donner son point de vue sur un thème. Il évite toute manifestation non verbale et retourne au groupe toutes les questions qui lui sont posées concernant le contenu. Il dirige le groupe sans être directif sur le contenu mais il est directif par rapport à la procédure. Il accepte tout le monde dans sa différence et évite les conflits.

Cette technique permet d'appréhender, en plus des représentations des participants, l'argumentaire qui se construit dans le groupe. Elle informe aussi sur des contraintes qui pèseront sur le déroulement du dialogue. Par exemple, les zones d'ombre ou d'incertitude quant à la signification des termes.

Autre avantage non négligeable, le *Focus Group* est déjà en soi, un mini-débat. Les participants se montrent d'ailleurs généralement satisfaits de l'occasion qui leur est donnée de s'impliquer et demandent dès lors à être informés des résultats de la recherche.

Une limite est souvent mentionnée : cette technique ne permet pas, en principe, de généraliser les résultats à d'autres groupes même s'ils présentent les mêmes caractéristiques.

2. Application de la méthode Focus Group dans notre travail de recherche

Les participants ont reçu une lettre d'invitation consultable en annexe 1.

Ils étaient invités à remplir une fiche d'information consultable en annexe 2.

Un canevas d'entretien préliminaire a été élaboré et est disponible en annexe 3.

Nombre de participants : Nous avons ici retenus 6 participants. Leurs caractéristiques sont décrites après que les participants aient remplis une fiche en amont du focus group.

Nombre de groupes : Nous avons ici choisi d'étudier un seul groupe, pensant que les données actuelles de la littérature étaient déjà en faveur d'une transdisciplinarité du gut feeling.

Durée du Focus Group : Le Focus Group a eu lieu le 23/07/2014 à Paris, à l'hôpital pédiatrique universitaire Robert Debré pour une durée de 01H et 15 minutes.

Préparation de la grille d'entretien : Nous avons ici repris la grille d'entretien d'E. Stolper, que j'ai traduite en français, avec modifications devant notre public. (Annexe 3)

Transcription intégrale des enregistrements des Group Focus : Le Verbatim est disponible en Annexe 4.

3. Résultats et analyse du Group Focus

La composition du focus group est la suivante :

	Sexe	Age (ans)	Service	Fonction	DES	Nombre d'années d'expérience de sénior en pédiatrie	Nombre d'enfants
Participant 1	M	67	Urgences Pédiatriques	PU-PH	Pédiatrie	34	2
Participant 2	M	41	Urgences Pédiatriques	PH	Pédiatrie	12	0
Participant 3	M	70	Pédiatrie Générale	PU-PH	Pédiatrie	40	1
Participant 4	F	30	Urgences Pédiatriques	CCA	Pédiatrie	1	0
Participant 5	F	36	Urgences Pédiatriques	PHC	Pédiatrie	9	1
Participant 6	F	50	Urgences Pédiatriques	PH	Pédiatrie	23	1

Le sex-ratio est de 1/1. L'âge des participants varie de 30 à 70 ans avec une médiane à 49 ans.

Le groupe comporte 5 urgentistes pédiatriques et 1 pédiatre généraliste.

On notera la présence de 2 PU-PH (Professeur des Universités – Praticien Hospitalier), 3 PH (Praticiens Hospitaliers) et d' 1 CCA (Chef de Clinique – Assistant). Les six participants sont titulaires d'un DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) en pédiatrie.

L'expérience en tant que sénior de pédiatrie allait de 1 à 40 ans avec une médiane de 21.5 ans.

Les participants avaient entre 0 et 2 enfants avec une médiane à 0.8 enfant.

A noter la sortie du participant 3 à la quarante-quatrième minute du focus group.

Ce focus group comportait 2 modérateurs.

L'analyse du Verbatim par méthode de théorisation ancrée a permis de mettre en évidence 12 notions importantes lors du focus group qui sont les suivantes :

1° Un mécanisme ressenti par tous :

Pratiquement chaque participant a décrit une situation infectieuse où il ne « sentait pas l'enfant » malgré une approche hypothético-déductive qui ne laissait présager aucun facteur de gravité. La méningite a été un cas marquant pour le participant le plus expérimenté du groupe.

Participant 3 : « Par rapport aux signes méningés, si on prend les maux de tête, les vomissements, la photophobie, là il reste que entre celui qui va être possiblement au début d'une méningite bactérienne et le viral, quelque chose qui va dire que... on va dire qu'il a une bonne hémodynamique, qu'il a un bon teint mais c'est là qu'on dit « celui-là je le sens pas ». »

Les situations de gravité, nécessitant un médecin et une infirmière de suite au chevet de l'enfant avec une salle appelée « déchoc » comportant tout le matériel d'urgences et de réanimation, font aussi l'objet d'un gut feeling pour certains participants du focus group :

Participant 4 : « On arrive au déchoc : il y a tout de suite une impression clinique de savoir si c'est un vrai déchoc ou un déchoc qui a été sonné peut être à tort... tout suite une impression... »

Participant 5 : « J'ai passé ma tête j'ai vu que X était là et du coup le gut feeling il marche ... il a une fréquence respi stable, il est pas épuisé... X est là, je m'en vais... Si j'avais un gut feeling négatif... euh... je l'aurais pas laissé seule... »

Le Gut Feeling est aussi ressenti en situation de garde la nuit :

Participant 3 : « J'avais guté que c'était pas, j'avais guté que j'avais un peu sommeil, guté qu'il était comme les autres mais en même temps pas comme les autres sans argument objectif de l'analyse. »

Participant 6 : « Et finalement c'était un volvulus, il a volvulé à 2h du matin, il a nécrosé une bonne partie de son intestin et à 6h ou 7heures du matin, malgré la fatigue, malgré... J'ai senti que c'était pas un diabète. »

Le Gut Feeling permet aussi de revoir son action diagnostique :

Participant 4 : « A la BU c'était une pyélo mais le fait qu'elle avait été étiquetée, et pas à tort car elle avait des vomissements et tous les signes d'une gastro mais il y avait quelque chose en plus que tu peux pas t'expliquer. »

Le Gut Feeling active un sentiment d'alarme incitant le praticien à reconsidérer son analyse :

Participant 2 : « Cet enfant je le sens pas , ça veut pas dire que cet enfant il va aller mal, bien sûr je ne suis pas du tout insensible, mais c'est les choses qui ne sont pas cohérentes c'est là que je dis « il y a un truc qui ne colle pas » (...) donc c'est ce « petit en plus » qui ne colle pas

avec toute l'histoire et j'ajouterais aussi que le sentiment qu'on a des parents c'est quelque chose qu'il faut considérer. »

Participant 2 : « Le gut feeling qui me met en crise, c'est quelque chose qui ne colle pas : si les examens sont normaux et qu'il y a un truc bizarre, moi je rentre en crise parce que je me dis qu'il y a un truc qui ne va pas. »

Sans arguments objectifs, certains signes comme le geignement sont soulignés par les pédiatres.

Participant 1 : « Il geignait comme une infection grave. »

2° Un Gut Feeling indissociable d'une analyse rigoureuse :

L'ensemble des participants a bien insisté sur le fait que la prise en charge médicale ne peut reposer sur le Gut Feeling seulement.

Participant 1 : « C'est que finalement vous avez une analyse par l'interrogatoire, par l'examen clinique et par peut-être ce petit sens clinique supplémentaire qui nous donne le troisième point qui fait que vous êtes déjà dans un cadre. »

Participant 1 : « Sur des choses très simples en quelque sorte : il y a l'association de l'expérience, de l'analyse et de cette intuition. L'intuition seule ne suffit peut-être pas. »

3° L'inquiétude parentale : un élément à considérer

Les pédiatres insistent sur l'importance du « Gut Feeling parental » et sur l'appréciation de la qualité d'interaction des parents avec leurs enfants.

Participant 6 : « En pédiatrie, c'est écouter les parents, c'est très important. »

Participant 2 : « Donc c'est ce « petit en plus » qui ne colle pas avec toute l'histoire et j'ajouterais aussi que le sentiment qu'on a des parents c'est quelque chose qu'il faut considérer. »

Participant 2 : « Je prends l'interaction qui est différente, par rapport à la gravité de la pathologie que je veux diagnostiquer, et je vais évaluer : si j'ai quelque chose qui va pas, à part ça, c'est-à-dire l'interaction est trop mauvaise ou il y a d'autres choses particulières à l'examen biologique ou autre, à ce moment là j'ai un gut feeling négatif et ça ça m'alerte. »

Certains médecins impliquent ce « Gut feeling parental » dans leur programme de suivi de l'enfant et comme un élément de surveillance à part entière.

Participant 5 : « Moi je dis aux parents d'écouter leur feeling quand ils sortent, je leur dis : « si vous le sentez pas, vous revenez ». Si c'est pas comme d'habitude, écoutez votre inquiétude. Souvent, elle est quand même juste l'inquiétude des parents. »

4° Un « Ca colle, Ca cloche » remplacé par Gut Feeling Positif et négatif

Les membres du focus group ont spontanément exprimé les notions de sens d'alarme et de réassurance en « Gut Feeling positif » et « Gut Feeling négatif ».

Participant 5 : « Alors j'aime bien avoir un gut feeling positif c'est-à-dire que quand j'ai une zone d'incertitude au terme de mon examen clinique il m'arrive de les laisser en salle d'attente et de les laisser gambader en salle d'attente et d'attendre d'être sûr qu'ils aient un comportement normal, d'être complétement rassuré sur le comportement de l'enfant. »

Participant 3 : « Je crois que la notion de Gut Feeling positif on la retrouve tous... »

Participant 5 : « Si j'avais un gut feeling négatif... euh.. je l'aurais pas laissé seule... »

Participant 3 : « Oui mais, la notion de surveillance est très importante mais il me revient un gut feeling négatif, pas positif, mais négatif qui m'a beaucoup marqué : c'était l'époque bienheureuse où il y avait des grèves d'interne (...) je l'ai trouvé avec quelque chose par rapport aux autres gastros qui me disait qu'il était un petit peu, un petit peu... et là le gut feeling ... quand il a aussi le sommeil qui passe et ça même devant le meilleur docteur des urgences... à 5h du matin il est moins feelé... il s'embrume un peu dans le côté négatif. »

Le gut feeling négatif peut induire une période d'observation et se transformer en gut feeling positif.

Participant 5 : « Mais le gut feeling négatif de l'enfant, c'est l'enfant typiquement qu'on va garder quelques heures, pour retrouver un gut feeling positif. »

Le concept « Ca Colle, Ca Cloche » utilisé en Médecine Générale ne semble pas trouver d'échos chez les urgentistes pédiatriques du groupe, qui ont du mal à comprendre la notion « Ca colle ».

Participant 1 : « Ca cloche : oui, ça je dirais que c'est le mot clef. Ça colle, est-ce que ça colle... euh... non finalement, on cherche à plutôt ce qui cloche... tout dépend comment tu le vois... d'ailleurs on a commencé à te donner une définition négative avec aussi l'enfant qui va bien, donc en fait il y a une image en miroir. (...) Ça colle ... euh ... colle c'est pas trop parlant. Mais cherchez ce qui cloche : ça oui, là on est dans le gut feeling ! »

5° Le rôle de l'expérience dans l'appréciation de l'interaction de l'enfant avec son environnement : la gravité de la clinique attendue

L'expérience du clinicien modulerait son propre Gut Feeling. L'expérience de la connaissance du développement normal de l'enfant associée à la bonne appréciation de l'interaction de l'enfant avec son environnement influencent le gut feeling.

Participant 2 : « Oui, c'est l'expérience du comportement normal de l'enfant je pense. »

Participant 2 : « Et vraiment la qualité d'interaction ça se développe de plus en plus avec l'expérience et avec la clinique que l'on fait, que l'on privilégie. »

Participant 6 : « Il arrive, on fait des choses, les premiers gestes à faire, on le met en observation. Si l'enfant s'aggrave, il y a beaucoup de gens qui ont l'expérience et au bout de deux-trois heures ils appellent l'USC parce que les choses se sont aggravées. »

Le nombre d'années d'expérience influencent, pour certains, directement le Gut Feeling.

Modérateur 1 : « Et ça a existé pour chacun d'entre vous, ce truc ou globalement tout ce qui est paramétrable est bon et vous ne sentez pas ? »

Participant 1 : « Ca s'affute avec les années qui s'accumulent... »

Participant 4 : « Plus on se retrouve devant des situations différentes et plus on développe ce sens du regard. »

Participant 2 : « C'est sûr l'expérience primaire, c'est plus important, alors moi tout de suite les jeunes infirmières elles sur-évaluent pas mal, comme les jeunes internes, comme les jeunes chefs, comme tout le monde a fait dans sa vie. »

Au final cette expérience, permettrait d'apprécier la « gravité de la clinique attendue » et de déceler un gap entre cette gravité attendue et celle observée.

Participant 3 : « Si je peux dire 3 mots, c'est la gravité de la clinique attendue. »

6° L'échelle de temps : une ré-évaluation à distance et une gestion du gut feeling

Les membres du groupe insistent que la nécessité de garder en observation un enfant les inquiétant sans arguments clinico-biologiques objectifs.

Participant 6 : « Dès qu'un enfant vous inquiète un peu, on peut le mettre en observation et le garder trois heures... »

Participant 1 : « C'est la raison pour laquelle, on les fait systématiquement hospitaliser ceux qu'on ne sent pas parce que demain... »

Participant 6 : « Demain il fera jour... »

L'évolution rapide des infections bactériennes sévères de l'enfant reste un facteur incitant à la surveillance au moindre doute.

Participant 5 : « C'est pour ça que je gut feeling, que j'ai vécu en temps réel, en étant médecin mais surtout mère, et pour le coup sur mon fils je peux vous dire comment les choses ont évoluées, la course des dix premières heures du purpura fulminans, et bah pour le coup ce gut feeling négatif »

Participant 6 : « Il est arrivé, le pédiatre était sur place, cet enfant il est malheureusement décédé alors que les parents étaient parti à 10h pour revenir à 15h et récupérer leur enfant. Pour vous dire, que desfois ça peut évoluer très très vite. »

Un Gut Feeling impliquant un sens d'alarme impliquerait donc une réponse de surveillance temporelle accrue.

Participant 6 : « Ouais et je pense que parce que c'est variable, que j'aime bien avoir un recul, c'est rassurant. »

Modérateur 1 : « De le garder et de le regarder. »

Participant 2 : « C'est ça la gestion du sentiment du gut feeling. »

7° Un Feeling cohérent avec les autres professionnels

Le rôle des IAO (infirmières d'accueil et d'orientation) a souvent été soulevé lors du focus group. De manière générale, les professionnels de santé des urgences s'accordent quant à leur Gut Feeling.

Modérateur 1 : « Quand vous avez ce feeling, soit positif soit négatif, en général il est cohérent avec celui des autres professionnels ? »

Participant 1 : « Plutôt. »

Participant 4 : « Oui. »

Participant 2 : « Plutôt oui. Je dirais plutôt... »

8° Homme et femme médecin : une différence dans le gut feeling ?

La question du genre du médecin et de son éventuelle maternité en termes de facteurs influençant le gut feeling a été débattue lors du focus group.

Participant 2 : « Si elles ont des enfants, peut être que c'est plus facile de voir l'enfant qui va pas bien. »

Participant 4 : « Moi je suis pas convaincue qu'être mère change le comportement... »

Le consensus du groupe penchait plutôt vers une absence de modification du Gut Feeling selon ces critères.

Modérateur 1 : « La question, c'est est ce que c'est le fait d'être une mère ou est-ce le fait d'être une femme ? Est-ce que vous pensez que ça fait vraiment une différence ? »

Participant 5 : « Moi je pense pas. »

Participant 2 : « Homme/femme non. Mère peut-être. »

Participant 6 : « Homme/femme non parce qu'il y a des pères qui disent : « mon enfant je le reconnais plus ». »

Modérateur 1 : « Mais vous, en tant que professionnel, par rapport à cette intuition ? »

Participant 5 : « Non. »

Participant 6 : « Non , je pense pas. »

Participant 4 : « Non. »

Participant 5 : « Et mère non plus, je ne pense pas. »

Deux femmes participant au focus group ont décrit une situation personnelle où elles ont dûes prendre en charge leur propre enfant. Une participante affirme clairement un « Gut Feeling maternel ».

Participant 6 : « Et moi j'avais le feeling de maman, moi je vois quand elle a mal. »

9° Une définition simple de l'ordre du « first look »

Quand il a été demandé aux membres du focus group d'expliquer ce qu'était le Gut Feeling pour eux, ces derniers ont exprimés l'importance du premier moment, du premier regard échangé avec l'enfant.

Modérateur 1 : « (...) qu'est-ce que vous essayeriez de donner comme définition de ce sentiment, de feeling quoi ... ? Qu'est-ce que vous mettriez comme mot dessus ? »

Participant 5 : « Première seconde de prise en charge, c'est vraiment ça. Le sentiment que j'ai moi dans la première seconde. »

Modérateur 1 : « Dans le premier instant... »

Participant 2 : « Ouais. »

La notion de regard, d'échange visuel et d'impression générale a été largement soulignée.

Participant 1 : « Il suffit de le regarder, c'est le first look. »

Participant 5 : « Le premier regard sur l'enfant. »

Participant 6 : « C'est le regard. »

Participant 5 : « C'est déjà l'état général quand tu le vois en salle d'attente... »

Participant 4 : « Quand on le voit arriver, on a une idée... »

Participant 5 : « C'est l'impression de la salle d'attente et l'impression qu'on a quand on va chercher l'enfant en salle d'attente, elle est quand même primordiale... »

10 ° Une nécessité d'enseigner le Gut Feeling aux étudiants

Tous les participants soulignent l'importance de l'enseignement du Gut Feeling aux étudiants en médecine.

Modérateur 1 : « Et est-ce que vous pensez que c'est intéressant d'enseigner ça aux étudiants... de leur dire que ça existe ? »

Participant 1 : « Ah oui. »

Participant 5 : « Oui. »

Participant 4 : « Oui. »

Participant 6 : « Ah oui ! »

Participant 1 : « Et d'ailleurs, s'il vienne aussi souvent que ça soit de Paris 5 ou Paris 7, c'est qu'ils ont entendus qu'on leur faisait voir des malades plutôt que de signer et de remplir des pancartes dans certains services et c'est ça qu'ils cherchent au fond. »

Participant 6 : « C'est très important ça pour les étudiants. Le regard... »

11° Un Gut Feeling à assumer

Il semblerait que certains enfants soient envoyés aux urgences pédiatriques par d'autres praticiens sur Gut Feeling mais que ces derniers ne l'assument pas pleinement dans leur lettre de demande de prise en charge. Les urgentistes du groupe préféreraient plus de transparence et comprendrait certains transferts sur critères de « Gut Feeling ».

Participant 6 : « Il y a cette phrase chez nos collègues : « Je ne trouve pas... Je ne trouve pas... Mais je préfère vous l'adresser. » »

Modérateur 1 : « Vous préféreriez que le gars écrive : « j'ai pas un bon feeling face au gamin ? ». »

Participant 5 : « Ouais. »

Modérateur 1 : « Plutôt que d'inventer des trucs... »

Participant 4 : « Oui, oui... »

12 ° Une nécessité de consensus national sur la notion en urgences pédiatriques

Enfin, un consensus national sur la notion de Gut Feeling en urgences pédiatriques semble nécessaire. Elle pourrait conduire à l'harmonisation des études quantitatives quant à la notion et à celle de l'enseignement.

Modérateur 2 : « Est-ce que vous aimeriez qu'il y ait un consensus national sur la définition du gut feeling aux urgences pédiatriques ? »

Participant 1 : « C'est clairement oui. »

Participant 2 : « Est-ce que c'est vraiment utile, c'est la question. Pour en faire quoi après ? Est-ce que quelqu'un va vraiment l'enseigner à quelqu'un ? »

Participant 1 : « Tu vois ce que t'as dit : « c'est le premier look », si c'était fait à Bordeaux et à machin, là on pourrait arriver à un consensus national de « d'abord : regarder l'enfant ! ». »

II – La méthode DELPHI

1. Généralités [20]

À l'origine, la méthode *Delphi* est, comme le focus group, un outil de recherche. Elle vise à obtenir un avis aussi consensuel que possible sur des événements futurs grâce à un processus structuré de communication organisant la production, l'agrégation et la modification des opinions d'un groupe indépendant d'experts. Les entreprises (et plus généralement les grandes organisations) utilisent aussi depuis longtemps *Delphi*. Elles s'en servent pour mobiliser les acteurs internes autour de scénarios futurs à la fois possibles et souhaitables. *Delphi* est donc un outil de construction d'un consensus, d'une culture organisationnelle commune.

Concrètement, la méthode *Delphi* comporte généralement trois tours d'avis et parfois plus, autant qu'il en faut pour aboutir à un maximum de consensus au sein du groupe. Chaque participant donne son avis (1), est informé des avis exprimés par les autres ainsi que des réactions par rapport à son propre avis (2) pour lui permettre de réagir en tentant de se rapprocher de la réponse consensuelle (3).

La communication ne se fait pas en face à face mais par interviews ou par questionnaires (éventuellement électroniques) dont l'anonymat est garanti pour les membres du groupe. On minimise ainsi le risque d'une prise de pouvoir par certains individus ou sous-groupes d'individus physiquement réunis (tables rondes, séminaires, etc.).

Il est difficile de prévenir une certaine lassitude dans le groupe si les tours se multiplient, avec comme résultat un consensus de façade à propos d'un problème très complexe et/ou très controversé. Autre risque : un groupe biaisé par suite des abandons « sélectifs ».

Ses éléments fondamentaux sont l'anonymat, la rétroaction et la simultanéité des données.

Les réponses obtenues à chaque tour sont synthétisées et renvoyées au tour suivant à chacun des répondants. Ceux-ci sont invités à répondre en se situant par rapport à la synthèse des réponses dont ils disposent à chaque tour.

La durée est liée au déroulement de la méthode en plusieurs tours. Chaque tour est séparé par le temps de l'interprétation des résultats du tour précédent.

La méthode, proprement dite, comprend plusieurs étapes successives d'envois de questionnaires, de dépouillement et d'exploitation à un panel d'experts sélectionnés avec soin.

L'approche *Delphi* autorise une consultation large et indépendante dans le premier tour. On évite ainsi les effets d'influence qui pourraient apparaître au sein d'un groupe d'experts réunis dans un même lieu, bien que rien n'indique vraiment que la pression de conformité ne s'exerce pas à travers la comparaison.

2. Application de la méthode DELPHI dans notre travail de recherche

Respect de l'anonymat : effectué.

Recueil des données : par voie électronique (email) du 19 février 2015 au 27 août 2015 pour la première ronde.

Nombre de participants : 24 participants de 8 Centres Hospitalo-Universitaires français différents.

Mode de sélection des participants : Envoi d'emails (Annexe 5) à chaque responsable d'urgences pédiatriques français d'après l'annuaire des universitaires en pédiatrie français et aux participants du focus group initial. On recherchait au maximum 3 experts par service (1 expert ayant plus de 5 ans d'expérience en tant que sénior aux urgences pédiatriques, 1 expert ayant moins de 5 ans d'expérience en tant que sénior aux urgences pédiatriques, 1 médecin généraliste faisant partie de l'équipe des urgences pédiatriques). Le recrutement a été favorisé par le réseau du groupe francophone de recherche en urgences et réanimation pédiatriques (GFRUP).

Chaque participant devait remplir une fiche descriptive (Annexe 6) et noter les critères proposés initialement (Annexe 7) de 1/10 (pas du tout d'accord) à 10/10 (tout à fait d'accord). Il fallait au minimum 70% des participants ayant noté 7/10 ou plus à un critère pour qu'il soit accepté de manière consensuelle.

Les caractéristiques des experts de la 1ere ronde Delphi nationale sont les suivantes :

Sex-ratio : 6 M / 18 F (6 hommes pour 18 femmes)

Nombre de Médecins Généralistes de formation : 7 / 24 participants

Age : [29-73ans]

Moyenne d'âge : 39.25 ans

Services d'exercice par participant :

- Urgences Pédiatriques : 19 participants
- Pédiatrie Générale : 1 participant
- Exercice partagé entre Urgences Pédiatriques et Pédiatrie Générale : 3 participants
- Exercice partagé entre Urgences Pédiatriques et SMUR pédiatrique : 1 participant

Fonctions hospitalières représentées :

- Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (PU-PH) : 3 participants
- Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier (MCU-PH) : 1 participant
- Praticien Hospitalier (PH) : 10 participants
- Praticien Hospitalier Contractuel (PHC) : 3 participants
- Praticien Attaché (PA) : 1 participant
- Chef de Clinique – Assistant (CCA) : 4 participants
- Assistant Spécialiste : 2 participants

Années d'expérience aux urgences pédiatriques : [0.75-40]

Moyenne d'années d'expérience en pédiatrie : 9.59 années

Nombres d'enfants par participants : [0-4]

Moyenne d'enfants par participant : 1.21

Nombre de CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) français représenté : 8 CHU

- CHU Trousseau – Paris : 3 participants
- CHU Robert Debré – Paris : 4 participants
- CHU Necker – Paris : 3 participants
- CHU Marseille : 3 participants
- CHU Toulouse : 3 participants
- CHU Lyon : 3 participants
- CHU Bécélère – Clamart : 2 participants
- CHU Nantes : 3 participants

	Sexe	Age	Service	Fonction	Ville	Nombre d'années d'expérience de sénior en pédiatrie	Nombre d'enfants
Participant 1	F	41	Urg Ped	MCU PH	Paris Trousseau	12	0
Participant 2	M	73	PG	PU PH	Paris RDB	40	1
Participant 3	M	42	Urg Ped	PH	Paris RDB	16	0
Participant 4	M	40	Urg Ped	PH	Paris Necker	12	3
Participant 5	M	47	Urg Ped	PH	Marseille	18	3
Participant 6	F	30	Urg Ped	CCA	Marseille	0.75 (8mois)	0
Participant 7 (MG)	F	47	Urg Ped	PH	Marseille	10	3
Participant 8	F	48	Urg Ped / PG	PH	Toulouse	21	0
Participant 9	F	29	Urg Ped	CCA	Trousseau	2	0
Participant 10	M	48	Urg Ped	PU PH	Lyon	19	3
Participant 11	F	31	Urg Ped	CCA	Lyon	2.5	0

Participant 12	F	30	Urg Ped	CCA	RDB	2	0
Participant 13	F	32	Urg Ped	CCA	Toulouse	1	2
Participant 14 (MG)	F	34	Urg Ped	PHC	RDB	5	2
Participant 15 (MG)	F	32	Urg Ped	PA	Trousseau	3	2
Participant 16 (MG)	F	37	Urg Ped	PH	Nantes	7	0
Participant 17	M	50	Urg Ped	PH	Béclère Clamart	18	2
Participant 18	F	36	Urg Ped	PHC	Necker	6	1
Participant 19 (MG)	F	32	Urg Ped / SMUR	Assistant spécialiste	Toulouse	3	0
Participant 20	F	34	Urg Ped	PH	Necker	3.5	1
Participant 21	F	48	Urg Ped	PU-PH	Nantes	18	4
Participant 22 (MG)	F	40	Urg ped/PG	PH	Nantes	5	0
Participant 23	F	32	Urg Ped / PG	PHC	Clamart	4	2
Participant 24 (MG)	F	29	Urg Ped	Assistant Spécialiste	Lyon	1.25	0

3. Résultats de la première ronde DELPHI nationale

Vous retrouverez en annexes :

- Le recueil détaillé des notes de chaque critère pour chaque participant pour la première ronde Delphi (annexe 8)
- Le recueil détaillé des taux d'acceptation de chaque critère pour la première ronde Delphi (annexe 8)
- Les commentaires des participants sur les critères initiaux de définition du Gut feeling proposés (annexe 9)

Nous proposerons à visée synthétique pour chaque critère initialement proposé : sa définition, son taux d'acceptation (pourcentage de participant ayant noté le critère à 7/10 ou plus), un choix de commentaires et si nécessité la proposition de critère modifié.

CRITERE 1

Le Gut Feeling négatif du médecin aux urgences pédiatriques est une sensation d'alarme surtout liée à la non concordance des plaintes exprimées par l'enfant ou ses parents et les éléments sémiologiques retrouvés par le médecin.

Taux d'acceptation : 50.00 %

Commentaires :

Expert 9 : « Je pense que le gut feeling négatif du médecin peut aussi être une sensation d'alarme liée au fait que le médecin retrouve un élément sémiologique minime (à côté duquel on pourrait passer facilement ou qui paraît subjectif) mais qui concorde avec les plaintes des parents ou de l'enfant. »

Expert 10 : « Il s'agit aussi d'une alarme liée à l'absence ou au manque de cohérence entre eux des différents symptômes/plaintes entraînant une gêne à la compréhension globale de la situation. »

Expert 13 : « Ce sont surtout sur les éléments sémiologiques retrouvés par le médecin »

Expert 21 : « Pas d'accord. Il s'agit plutôt d'une sensation que quelque chose ne va pas, le plus souvent mis en avant pas les familles qui elles aussi sont inquiètes, mais pas toujours facile à objectiver ni rationaliser par l'examen clinique. L'inverse est très rare (inquiétude médicale alors que la famille ne l'est pas), les familles consultent rarement « par hasard » aux urgences. »

Expert 23 : « Le terme « surtout lié » me paraît très fort. Il me semble « en grande partie lié » mais pas exclusivement. »

Expert 24 : « 1) Il me semble que c'est plutôt dès l'anamnèse et le « quick look » (et non à l'examen clinique) que se manifeste ce gut feeling négatif. La plainte de l'enfant et/ou des parents étant généralement exprimée comme une inquiétude il y a rarement de la discordance.

2) Pour compléter ceci, je dirais que la situation de première ou deuxième ligne (en // aux IDE) peut d'emblée biaiser la perception du gut feeling. »

En analysant les avis des experts, il fallait enrichir la définition avec la discordance des signes sémiologiques entre eux, leur discordance avec la plainte initiale et la situation par rapport à l'évaluation par l'infirmière d'accueil et d'orientation.

Proposition de critère modifié Critère 1' : Le Gut Feeling négatif du médecin aux urgences pédiatriques est une sensation d'alarme en grande partie liée au manque de cohérence des items suivants entraînant une gêne à la compréhension globale de la situation :

- Des signes sémiologiques entre eux
- Et/ou des signes sémiologiques par rapport aux plaintes exprimées par l'enfant et/ou les parents
- Et/ou de l'examen clinique par rapport à l'orientation initiale enregistrée

CRITERE 2

Le gut feeling négatif active le processus diagnostique du médecin aux urgences pédiatriques en le poussant à formuler et examiner des hypothèses de travail et de diagnostic pouvant impliquer des conséquences graves, sérieuses pour l'enfant.

Taux d'acceptation : 83.33% donc accepté

Commentaires :

Expert 6 : « Oui, incite à chercher des causes/diagnostics plus rares, à pousser l'interrogatoire et à réévaluer l'enfant. »

Expert 9 : « Un gut feeling négatif nous pousse à être plus attentif dans l'interrogatoire et l'examen clinique, à réaliser plus facilement un ou des examens complémentaires parfois invasifs et à hospitaliser le patient, ainsi qu'à demander un autre avis (confrère urgentiste plus expérimenté ou spécialiste). »

Expert 17 : « OK, mais c'est un peu la base du travail aux urgences ; formuler des hypothèses et éliminer les diagnostics rares mais potentiellement graves. »

CRITERE 3

Le Gut Feeling négatif implique que le médecin aux urgences pédiatriques se méfie de l'état de santé de l'enfant quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui cloche.

Taux d'acceptation : 91.67% donc accepté

Commentaires :

Expert 9 : « « je ne le sens pas » peut effectivement être un argument pour aller plus loin dans la prise en charge diagnostique voire décider de surveiller l'enfant en hospitalisation. Un seul bémole : « je ne

le sens pas », à mon sens, doit inciter à rechercher un maximum de signes objectifs à l'interrogatoire et l'examen clinique pour corroborer cette « sensation ». »

Expert 10 : « Pour moi, il y a des éléments objectifs mais on a du mal à les expliquer et à les relier entre eux (cf 1) »

CRITERE 4

Le Gut Feeling négatif signifie que le médecin aux urgences pédiatriques va aller plus loin dans sa démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau et/ou les craintes présentées par l'enfant ou ses parents.

Taux d'acceptation : 91.67 % donc accepté

Commentaires :

Expert 9 : « C'est un élément sérieusement pris en compte et qui suffit à justifier un bilan ou une hospitalisation. Dans au moins 3/4 des cas, je dirais, les craintes étaient justifiées. »

Expert 21 : « Il paraît en effet ultra important de faire détailler aux parents ce qui les inquiète précisément. Cela permet d'abonder dans leurs inquiétude et d'avancer vers le diagnostic, ou au contraire de les rassurer selon la nature des inquiétudes exprimées (ex : « la fièvre ne baisse pas après paracétamol versus je ne l'ai jamais vu aussi fatigué »). »

CRITERE 5a

Le Gut Feeling négatif peut impliquer un temps d'observation afin d'évaluer l'évolution des signes cliniques chez l'enfant.

Taux d'acceptation : 100% donc accepté

Commentaires :

Expert 6 : « Oui c'est ce que nous faisons tous en pratique hospitalisation ou reconvoction des enfants « que l'on ne sent pas » »

Expert 9 : « L'observation (suffisamment longue) est essentielle dans ce cas, permettant de réagir rapidement si dégradation, ou dans le cas contraire de rassurer les parents et d'éviter certains examens complémentaires. »

Expert 10 : « Pas peut, doit impliquer un temps d'observation. »

Expert 14 : « C'est même préférable avant de se lancer dans des examens complémentaires peut-être inutiles ... »

CRITERE 5b

Le Gut Feeling négatif (sentiment d'alarme) peut se transformer en Gut Feeling positif (sentiment de réassurance) si le temps d'observation a permis d'écarter un possible évolution vers un tableau d'infection sévère de l'enfant.

Taux d'acceptation : 91.67% donc accepté

Commentaires :

Expert 4 : « Non, après un temps d'observation on peut être rassuré mais c'est en soi un élément objectif et non subjectif. Cela ne correspond donc pas à du gut feeling. »

Expert 5 : « Par définition, le GF est un sentiment d'alarme, qui échappe au rationnel. Je ne suis pas sûr qu'il existe un GF positif. Effectivement, l'évolution favorable permettra de rassurer sur quelque chose de grave, mais on sera là plus dans du rationnel que dans du sensible. »

Expert 6 : « tb définition »

Expert 9 : « Rester prudent tant qu'on a pas d'explication à l'impression initiale... »

Expert 17 : « d'où l'intérêt de ce temps d'observation ! »

Expert 21 : « Le résultat des examens complémentaires peut aussi y contribuer, sans cette période d'observation (BU et ou ex direct des urines neg, Rx Thorax nle, LCR nle, abs de syndrome inflammatoire...) »

Expert 24 : « Oui, mais garder un temps d'observation est parfois difficile à justifier pour un élément subjectif. Et combien de temps peut on s'accorder ? »

CRITERE 6a

Le Gut Feeling est une intime conviction du médecin aux urgences pédiatriques tant sur la cohérence clinique que sur la cohérence de la relation entre l'enfant et ses parents.

Taux d'acceptation : 41.67 % donc refusé

Commentaires :

Expert 4 : « Je n'ai pas compris. »

Expert 5 : « Je ne formulerais pas la phrase ainsi. La cohérence clinique et parentale participe à la sensation que tout va bien. Le GF (pour moi toujours négatif = alarme) peut être induit par une incohérence clinique ou parentale. »

Expert 6 : « Pour le gut positif oui »

Expert 7 : « Plutôt difficile l'interprétation de la relation enfants – parents »

Expert 15 : « J'ai pas répondu ne comprenant pas la phrase. »

Expert 18 : « Dans cette définition je comprends mal la notion de cohérence de la relation entre l'enfant et ses parents. »

Expert 21 : « Je ne suis pas sûre de comprendre ce que vous nommez « cohérence de la relation entre l'enfant et ses parents » ? Cohérence par rapport à quoi ?? »

Expert 24 : « Oui, je suis d'accord, ces 2 éléments sont plus importants pour moi dans ma décision. Mais il y a aussi la prise en compte, dans une autre mesure, de la perception seule des parents, indépendamment de la relation parents-enfants. »

Il s'agissait ici de clarifier la notion de qualité de la relation de l'enfant avec ses parents, de cette interaction si particulière.

Proposition critère c6a' : Le Gut Feeling est une intime conviction du médecin aux urgences pédiatriques tant sur la cohérence clinique que sur la qualité de la relation de l'enfant avec ses parents.

CRITERE 6b

Le Gut Feeling parental est un élément de surveillance à prendre en compte et à encourager aux urgences pédiatriques.

Taux d'acceptation : 75.00% donc accepté

Commentaires :

Expert 4 : « Ce n'est pas un élément de « surveillance », éventuellement « d'évaluation ». Le gut feeling ne se construit pas dans le temps, il est souvent rapide. Le terme encourager ne me convient pas non plus. Il faut que les gens connaissent le gut feeling et qu'ils soient capables en conséquence de rationaliser leurs actes, et non de substituer le gut feeling au raisonnement médical à tout bout de champs. »

Expert 8 : « Il faut le prendre en compte oui, tenir compte de son sentiment mais recueillir aussi des éléments cliniques, biologiques objectifs (evidence-based medicine). Encourager ne me paraît pas le terme le plus adapté – Intégrer dans la réflexion, la décision... »

Expert 9 : « Il vaut mieux en tenir compte pour ne pas rassurer à tort certains parents inquiets à juste titre. J'ai expérimenté deux fois cela : une mère (anciennement infirmière en oncologie) persuadée que son fils avait une tumeur cérébrale. Seule critère en faveur : vomissements sans horaire particulier depuis 1 mois, examen clinique normal. La première pensée était que cette maman imaginait le pire compte tenu de son expérience professionnelle. Cependant ses craintes se sont malheureusement confirmées.

Une autre mère, méditerranéenne, assez expansive, avec une crainte, paraissant excessive, que son enfant meure. L'enfant se plaignait de douleurs thoraciques modérées et intermittentes non aggravées par le décubitus avec un examen clinique strictement normal. La mère disait que son enfant ne se plaignait jamais d'habitude ce qui aggravait son inquiétude. L'ECG, la troponine et l'écho cœur puis l'IRM cardiaque ont révélé une myocardite infectieuse, rentrant rapidement et spontanément dans l'ordre après hospitalisation en cardiologie.

Cependant, pour 2 cas soutenant l'importance du gut feeling parental, il y a environ le double de cas d'inquiétude parentale excessive... »

Expert 10 : « Il est indispensable de savoir pourquoi les parents ont amené leur enfant aux urgences et quel est l'élément qui les a inquiétés. Ne serait-ce que pour pouvoir répondre à leur inquiétude et les rassurer si celle-ci est injustifiée. »

Expert 13 : « D'accord mais en fonction du niveau de compréhension des parents »

Expert 18 : « Oui il faut le prendre en compte mais savoir donner des consignes objectives aux parents, ils viennent justement chercher des réponses auprès de nous. »

Expert 20 : « C'est même primordial. »

CRITERE 7

Le Gut Feeling est indissociable d'une analyse rigoureuse par l'interrogatoire, l'observation, la palpation et l'observation clinique aux urgences pédiatriques.

Taux d'acceptation : 95.83 % donc accepté

Commentaires :

Expert 6 : « Oui ces données sont à confronter pour prendre une décision finale. »

Expert 9 : « Pour éviter des hospitalisations et bilans à tort et à travers, le temps de l'interrogatoire et de l'examen clinique est essentiel pour étayer ce gut feeling. »

Expert 11 : « L'interrogatoire, l'observation et l'examen clinique sont indispensables pour étayer le gut feeling mais j'ai l'impression que le sentiment que quelque chose cloche naît dès le quick look. »

Expert 17 : « Encore une fois, c'est la base du métier ! »

CRITERE 8

Le Gut Feeling est influencé par le nombre d'années d'expérience aux urgences pédiatriques.

Taux d'acceptation : 88% donc accepté

Commentaires :

Expert 7 : « Attention aux pièges malgré les années d'expérience. »

Expert 9 : « Je pense effectivement que ce gut feeling s'affine avec l'expérience. Je modérerais cependant avec le fait que j'ai déjà vu certains internes, certes plus vieux semestres, faire preuve de « flair » dans certaines situations. »

Expert 10 : « Dans les deux sens : l'expérience permet aussi de transformer le « feeling » en « knowing » par une meilleure reconnaissance de signes ou d'associations de signes discrets ou subtils. L'expérience permet aussi de savoir quand on est performant et quand on l'est moins (fatigue, énervement, manque de temps, soucis autres etc...) ce qui influence la place que l'on donne au feeling. »

Expert 11 : « J'ai plutôt l'impression que l'acquisition du gut feeling se fait de manière exponentielle avec une forte progression les 1ers semestres de pratiques et qu'on rejoint assez vite le feeling de collègue plus expérimentés. »

Lorsqu'on devient sénior aux urgences, on acquiert très vite un sens de l'observation et de la recherche de signe clinique pour classer l'enfant en grave/pas grave avant même d'avoir terminé l'interrogatoire et l'examen médical. A mon avis il n'y a pas de différence entre le gut feeling d'un pédiatre qui a 3 ans d'expérience aux urgences et celui qui en a 10. »

Expert 12 : « Ca s'améliore avec les années mais certains l'ont très tôt et d'autres ne l'ont jamais je pense »

CRITERE 9

Le Gut Feeling est un sentiment qui est partagé et cohérent avec les autres professionnels de santé aux urgences pédiatriques.

Taux d'acceptation : 62.50% donc refusé

Commentaires :

Expert 3 : « Probablement, il faudrait les interroger. Au moins pour les infirmières peut être vrai. »

Expert 4 : « Remplacer cohérent par concordant »

Expert 5 : « Oui, ... mais à expérience égale probablement ? »

Expert 6 : « Pas forcément c'est la confrontation des données entre professionnels de santé qui est intéressante justement. »

Expert 7 : « Pas toujours reproductible, part aléatoire de l'interprétation en fonction de multiples facteurs ... fatigue du médecin, préoccupations, surmenage etc. »

Il s'agissait ici de proposer un critère modifié en remplaçant cohérent par concordant et d'intégrer une notion de niveau d'expérience à visée exploratoire.

Proposition critère 9' : Le Gut Feeling est un sentiment qui est partagé et concordant avec les autres professionnels de santé aux urgences pédiatriques, pour un même niveau d'expérience.

CRITERE 10a

Il n'y a pas de différence en matière de Gut Feeling aux urgences pédiatriques entre les hommes et les femmes médecins.

Taux d'acceptation : 62.50% donc refusé

Commentaires :

Expert 5 : « Je ne sais pas, je ne suis pas sûr qu'il s'agisse que de genre (même s'il peut y avoir des sensibilités différentes), mais plus de l'expérience, des aléas de la vie personnelle (enfants, difficultés...) ou professionnelle (problèmes antérieurs avec une famille ou un enfant, pratique médicale), de l'état d'esprit du moment (positif ou négatif). »

Expert 6 : « Pourquoi y'en aurait-il une ? »

Expert 9 : « Je pense que plus que le genre, c'est la parentalité qui peut influencer ce gut feeling. »

Expert 10 : « Il y a des différences d'un médecin à l'autre mais je ne crois pas que le sexe joue un rôle prépondérant. »

Expert 17 : « Il y a si peu d'hommes aux urgences pédiatriques, difficile de répondre ... »

Expert 19 : « ne sait pas »

Proposition de retirer ce critère dès la fin de la première ronde Delphi, car il était de nature dichotomique (donc difficulté de créer le consensus à l'issue de la 1ere ronde avec un taux d'acceptation à 60.9%) et exploratoire.

CRITERE 10b

Le Gut Feeling n'est pas influencé par la parentalité ou non du médecin aux urgences pédiatriques.

Taux d'acceptation : 54.17% donc refusé

Commentaires :

Expert 2 : « Influence négative »

Expert 4 : « En fait je pense que si. »

Expert 5 : « La parentalité du médecin joue probablement un rôle (à mon avis, peu important). »

Expert 6 : « Je ne vois pas pourquoi ? le médecin parent serait-il « plus sensible » à quelque chose qui cloche ? »

Expert 7 : « Subjectivité totale si lien de parenté, tendance à la surélévation de la gravité. »

Expert 8 : « La parentalité génère surtout de l'empathie. »

Expert 9 : « Il l'est en partie, que ce soit dans le sens d'une inquiétude excessive ou d'une réassurance excessive. »

Expert 10 : « Difficile d'être formel (j'étais parent avant d'être pédiatre senior) mais quand même, on comprend et interprète mieux l'inquiétude parentale quand on l'a soit même vécue. »

Proposition de retirer ce critère dès la fin de la première ronde Delphi, car il était de nature dichotomique (donc difficulté de créer le consensus à l'issue de la 1ere ronde avec un taux d'acceptation à 54.17%) et exploratoire.

CRITERE 11

Le Gut Feeling est un sentiment émergeant lors du premier regard posé sur l'enfant.

Taux d'acceptation : 75.00 % donc accepté

Commentaires :

Expert 3 : « Parfois après quelques minutes, en voyant l'interaction enfant/parents. »

Expert 5 : « Oui, c'est l'effet coup d'œil, mais le temps de l'interrogatoire et de l'examen peut modifier la vision. »

Expert 6 : « Et sur l'évolution et le temps d'observation +++ »

Expert 8 : « Pas forcément lors du premier regard, peut survenir à la suite de l'arrivée d'un autre membre de la famille et d'éléments nouveaux dans l'anamnèse ou le comportement de la famille ou encore d'un comportement relaté par l'équipe soignante. »

Expert 9 : « On dit souvent que la première impression compte. Je dirais que cela se confirme neuf fois sur dix. »

Expert 20 : « On arrive en général à se faire une idée très rapidement de la situation »

Expert 21 : « Je suis bien convaincu que l'on peut évaluer la gravité d'un enfant par la seule inspection qui apporte à elle seule au moins 90% des informations nécessaires pour cela ! »

CRITERE 12

Il est nécessaire d'enseigner la notion de Gut Feeling aux étudiants en médecine et aux internes.

Taux d'acceptation : 75.00 % donc accepté

Commentaires :

Expert 2 : « Nécessite un travail de recherche pour trouver une méthode pédagogique adéquate (historique ? retour d'expérience ?) »

Expert 4 : « A compléter, par exemple « ...dans le cadre de l'enseignement de la relation médecin/malade ». »

Expert 5 : « Oui, mais à la fois sur le plan théorique (l'impression que ça ne va pas) et pratique (expliquer aux étudiants devant le malade en quoi le médecin « ne sent pas l'enfant ou la situation ») »

Expert 6 : « Oui en tout cas de leur enseigner que malgré un examen clinique et des résultats complémentaires rassurants, il vaut mieux reconvoquer/hospitaliser que de laisser un enfant « que l'on ne sent pas » sortir + savoir demander aide du médecin traitant/pédiatre de ville pour réévaluer. »

Expert 8 : « Je ne sais pas s'il faut l'enseigner mais en tout cas il faut sûrement expliquer qu'il faut apprendre à percevoir cette notion qui s'affine et devient plus pertinente avec le temps, en tenir

compte sans être envahi par cette notion si le temps d'observation et les examens complémentaires sont rassurants, ne pas tomber dans l'excès inverse. »

Expert 9 : « Oui, mais uniquement dans le cadre de la pratique clinique en stage. Je pense qu'un enseignement théorique du gut feeling serait inadapté. »

Expert 10 : « Oui, à condition de relativiser l'aspect feeling. Le gut feeling n'est pas aussi subjectif qu'il en a l'air. »

Expert 24 : « Oui pour sensibiliser davantage qu'enseigner. Enseigner qq chose de subjectif reste difficile, il faut y associer des critères objectifs (ne serait ce que relationnel = enfant avec l'entourage) si ce n'est par compagnonnage et apprentissage « aux côtés de » »

CRITERE 13

Le Gut Feeling pourrait être perçu comme un motif d'envoi aux urgences pédiatriques valable et à assumer par les médecins généralistes pour favoriser la clarté du relais de prise en charge.

Taux d'acceptation : 50.00% donc refusé

Expert 8 : « Je constate que c'est souvent déjà le cas s'agissant de médecin généraliste face à des enfants présentant un tableau clinique qu'ils n'ont jamais rencontré et donc les adressent alors qu'un contact téléphonique avec un pédiatre sénior peut souvent transformer le Gut Feeling négatif en Gut Feeling positif ou au contraire partager l'inquiétude et valider l'intérêt de l'admission. »

Expert 9 : « J'ajouterais que le médecin traitant ne devrait pas hésiter à prendre contact avec l'équipe d'urgentistes à qui il adresse le patient (idéalement par téléphone) pour leur faire part de ses craintes. Il faut souligner que le gut feeling négatif ne doit pas être confondu avec le manque d'assurance du médecin. »

Expert 10 : « Bien préférable et supérieur à de fausses suspicions de maladie grave qui peuvent induire en erreur (le sempiternel syndrome méningé ou appendiculaire a minima). »

Expert 13 : « Il faut quand même des critères objectifs »

Expert 15 : « Oui. Les médecins qui connaissent bien la famille, et l'enfant ont souvent un regard juste sur les enfants et cela doit être pris en compte. »

Expert 17 : « A condition que cela ne soit pas une manière de plus de se décharger de sa responsabilité sur les urgences ce que l'on voit quand même de plus en plus ... »

Expert 18 : « Déjà fait en pratique. »

Expert 20 : « Mais il faudrait aussi que nous prenions le temps d'échanger sur la situation (par téléphone, c'est le plus facile) pour que celle-ci soit claire pour tout le monde, en écoutant ce que pense le médecin de ville, pour nous aider dans nos démarches diagnostiques. »

Expert 21 : « Stop ! c'est la porte ouverte à toutes les dérives dans un système qui s'emballe déjà (+20% de passage dans nos UP en 2014 !!!). Il faut revenir à des notions OBJECTIVABLES et plutôt mettre à disposition des généralistes une ligne téléphonique pour en discuter en temps réel. »

Ici la notion de contact téléphonique avec l'urgentiste pédiatrique revêt une importance capitale pour les experts ainsi que la possibilité de faire des explorations complémentaires en ville.

Proposition critère 13' : Le Gut Feeling négatif du médecin généraliste devant un enfant au cabinet pourrait être perçu comme un motif valable de prise de contact téléphonique avec un médecin sénior des urgences pédiatriques afin d'être conseillé sur la conduite à tenir (explorations complémentaires en ville ou envoi aux urgences pédiatriques de l'enfant).

CRITERE 14

Le Gut Feeling aide à la prise de décision par le médecin aux urgences pédiatriques dans des situations d'incertitude.

Taux d'acceptation : 79.17% donc accepté

Expert 6 : « Oui concernant la décision de reconvoquer/hospitaliser ou d'aller plus loin dans les examens complémentaires ; en fait cela complique plutôt les choses d'avoir une mauvaise impression lorsque tout le reste est rassurant ! »

Expert 7 : « La décision sera aidée par les résultats des examens cliniques en cas d'incertitude plus que par le Gut Feeling. »

Expert 8 : « Il participe sûrement à...il n'aide pas car empreint de subjectivité. »

Expert 9 : « Un gut feeling négatif dans le cadre d'un tableau clinique mal compris nous incitera forcément à aller plus loin dans la prise en charge diagnostique et à garder l'enfant en observation. »

Expert 24 : « Oui, plutôt surtout si apparition en retour d'un sentiment de réassurance. Mais je me méfie quand même de ce « gut feeling », parfois source de doute plus important puisque reposant sur une discordance. » »

4. Critères de définition du Gut Feeling aux Urgences Pédiatriques acceptés après première ronde DELPHI nationale

11 critères sur 17 proposés ont été acceptés lors de cette première ronde, montrant l'intérêt et la bonne qualité d'analyse du focus group ayant précédé cette méthode.

Les critères acceptés sont les suivants :

CRITERE 2

Le gut feeling négatif active le processus diagnostique du médecin aux urgences pédiatriques en le poussant à formuler et examiner des hypothèses de travail et de diagnostic pouvant impliquer des conséquences graves, sérieuses pour l'enfant.

CRITERE 3

Le Gut Feeling négatif implique que le médecin aux urgences pédiatriques se méfie de l'état de santé de l'enfant quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui cloche.

CRITERE 4

Le Gut Feeling négatif signifie que le médecin aux urgences pédiatriques va aller plus loin dans sa démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau et/ou les craintes présentées par l'enfant ou ses parents.

CRITERE 5a

Le Gut Feeling négatif peut impliquer un temps d'observation afin d'évaluer l'évolution des signes cliniques chez l'enfant.

CRITERE 5b

Le Gut Feeling négatif (sentiment d'alarme) peut se transformer en Gut Feeling positif (sentiment de réassurance) si le temps d'observation a permis d'écarter un possible évolution vers un tableau d'infection sévère de l'enfant.

CRITERE 6b

Le Gut Feeling parental est un élément de surveillance à prendre en compte et à encourager aux urgences pédiatriques.

CRITERE 7

Le Gut Feeling est indissociable d'une analyse rigoureuse par l'interrogatoire, l'observation, la palpation et l'observation clinique aux urgences pédiatriques.

CRITERE 8

Le Gut Feeling est influencé par le nombre d'années d'expérience aux urgences pédiatriques.

CRITERE 11

Le Gut Feeling est un sentiment émergent lors du premier regard posé sur l'enfant.

CRITERE 12

Il est nécessaire d'enseigner la notion de Gut Feeling aux étudiants en médecine et aux internes.

CRITERE 14

Le Gut Feeling aide à la prise de décision par le médecin aux urgences pédiatriques dans des situations d'incertitude.

Les critères de définition du Gut Feeling aux Urgences Pédiatriques retirés après première ronde DELPHI nationale par rapport à leur nature dichotomique et finalement exploratoire sont les suivants :

CRITERE 10a

Il n'y a pas de différence en matière de Gut Feeling aux urgences pédiatriques entre les hommes et les femmes médecins.

CRITERE 10b

Le Gut Feeling n'est pas influencé par la parentalité ou non du médecin aux urgences pédiatriques.

III. Deuxième ronde DELPHI nationale

1. Descriptif de la population participante et de la ronde

Ce sont 20 experts (sur les 24 initiaux, non participations des experts 4,12,16 et 19) de 8 CHU français qui ont notés les critères proposés (recrutement du 8 septembre 2015 au 27 octobre 2015) lors de la seconde ronde avec les caractéristiques suivantes :

Sex-ratio : 5 M / 15 F

Nombre de Médecins Généralistes de formation : 5 / 20 participants

Moyenne d'âge : 40.15 années (VS 39 ans en 1ere ronde)

Services d'exercice par participant :

- Urgences Pédiatriques : 16 participants (sur 19 initiaux)
- Pédiatrie Générale : 1 participant
- Exercice partagé entre Urgences Pédiatriques et Pédiatrie Générale : 3 participants
- Exercice partagé entre Urgences Pédiatriques et SMUR pédiatrique : 0 participant (sur 1 initial)

Fonctions hospitalières représentées :

- Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (PU-PH) : 3 participants
- Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier (MCU-PH) : 1 participant
- Praticien Hospitalier (PH) : 8 participants (sur 10 initiaux)
- Praticien Hospitalier Contractuel (PHC) : 3 participants
- Praticien Attaché (PA) : 1 participant
- Chef de Clinique – Assistant (CCA) : 3 participants (sur 4 initiaux)
- Assistant Spécialiste : 1 participant (sur 2 initiaux)

Années d'expérience en pédiatrie : [0.75-40]

Moyenne d'années d'expérience en pédiatrie : 10.3 années (VS 9.59 années en 1ere ronde)

Nombres d'enfants par participants : [0-4]

Moyenne d'enfants par participant : 1.3 enfant (vs 1.21 en 1ere ronde)

Nombre de CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) français représenté : 8 CHU

- CHU Trousseau – Paris : 3 participants
- CHU Robert Debré – Paris : 3 participants (sur 4 initiaux)
- CHU Necker – Paris : 2 participants (sur 3 initiaux)
- CHU Marseille : 3 participants
- CHU Toulouse : 2 participants (sur 3 initiaux)
- CHU Lyon : 3 participants

- CHU Béclère – Clamart : 2 participants
- CHU Nantes : 2 participants (sur 3 initiaux)

2. Résultats de la deuxième ronde Delphi nationale

Vous retrouverez le recueil détaillé des notes de chaque critère pour chaque participant de la deuxième ronde Delphi en Annexe 10.

Vous retrouverez les commentaires des participants sur les critères de définition du Gut feeling proposés en deuxième ronde Delphi en Annexe 11.

Vous retrouverez ci-dessous les critères modifiés proposés, leur taux d'acceptation et certains commentaires relatifs aux critères :

CRITERE 1'

Le Gut Feeling négatif du médecin aux urgences pédiatriques est une sensation d'alarme en grande partie liée au manque de cohérence des items suivants entraînant une gêne à la compréhension globale de la situation :

- Des signes sémiologiques entre eux
- Et/ou des signes sémiologiques par rapport aux plaintes exprimées par l'enfant et/ou les parents
- Et/ou de l'examen clinique par rapport à l'orientation initiale enregistrée

Taux d'acceptation : 80% donc accepté

Commentaires :

Expert 2 : « D'accord. »

Expert 6 : « très bonne définition je remplacerai « enregistrée » par « supposée » ou « pressentie » »

Expert 9 : « Ce gut feeling négatif est en tout cas un argument pour, au moins, surveiller l'enfant en hospitalisation de plus ou moins courte durée. J'ai l'impression que, de plus en plus, les parents consultent tellement précocement par rapport au début des symptômes, que le gut feeling devient un argument de plus en plus important parce qu'à ces stades précoces, les autres symptômes plus objectifs ne sont pas encore apparus. Du coup, ce gut feeling, dans certaines situations, devient un « symptôme » en soi ! et nous encourage à garder l'enfant en observation. »

Expert 15 : « Tout à fait d'accord. »

Expert 17 : « beaucoup plus explicite que la 1^{ère} version »

Expert 24 : « tout a fait d'accord, en priorité pour le dernier item. »

CRITERE 6a'

Le Gut Feeling est une intime conviction du médecin aux urgences pédiatriques tant sur la cohérence clinique que sur la qualité de la relation de l'enfant avec ses parents.

Taux d'acceptation : 60% donc refusé

Commentaires :

Expert 3 : « je pense qu'une partie dépend de la sensibilité de chacun, c.a.d. de l'intérêt qu'on porte à l'observation de l'interaction avec les patients et les parents. »

Expert 5 : « je ne suis pas sûr qu'il s'agisse d'une intime conviction ce qui suppose un examen de la situation, un questionnement, puis une décision. Le gut feeling est plus un sentiment, presque peu conscient, que quelque chose va bien ou va mal. La discordance ou le manque de cohérence de la situation en revanche y participe (pour le gut feeling négatif). »

Expert 6 : « je ne comprends pas cette phrase. »

Expert 8 : « Je ne dirais pas une intime conviction en parlant du Gut Feeling mais plutôt d'une impression ressentie en termes de cohérence effectivement entre la présentation clinique de l'enfant et le motif de recours ou la sémiologie ou la relation avec ses parents. »

Expert 9 : « Juste une remarque : ce n'est pas toujours facile d'appliquer le gut feeling en ce qui concerne la qualité de la relation parents/enfant aux urgences, parce que la perception de cette relation peut être souvent biaisée par l'anxiété importante des parents et de l'enfant, le fait que l'équipe ne voit l'enfant et ses parents qu'une fois, maxi quelques heures, dans un contexte d'urgence plus ou moins grave. Ce critère-là est assez indissociable du critère 9' du coup. »

Expert 17 : « l'intime conviction ça fait plus juridique que médical non ? »

Expert 20 : « je ne comprend pas trop le rapport avec la relation de l'enfant et ses parents, par contre je suis d'accord avec un sentiment rattaché à la cohérence clinique. »

Expert 24 : « je ne comprends pas bien le terme de « qualité de la relation » qui implique une réponse « bonne » ou « mauvaise » qualité je dirais plutôt les « éléments » de la relation telle que l'interaction et le comportement »

Devant le manque de compréhension exprimée par l'ensemble des participants, nous décidons d'abandonner ce critère en deuxième ronde Delphi.

CRITERE 9'

Le Gut Feeling est un sentiment qui est partagé et concordant avec les autres professionnels de santé aux urgences pédiatriques, pour un même niveau d'expérience.

Taux d'acceptation : 55% donc refusé

Commentaires :

Expert 5 : « en partie ; la concordance entre professionnels est ce que l'on aimerait, mais peut-être que d'autres facteurs très individuels jouent (sexe, expérience de vie personnelle, état d'esprit du moment, antécédents de problème avec un enfant dans les mêmes circonstances...) »

Expert 6 : « oui totalement car il ne s'agit alors plus de subjectivité liée au médecin mais bien à la situation clinique elle-même, càd bien qu'aucun critère clinique ne puisse l'expliquer. »

Expert 8 : « Non pas forcément, certains peuvent avoir un Gut feeling négatif car situations antérieures déjà rencontrées identiques alors que d'autres à années d'expérience égale ne vont pas avoir la même impression car situation jamais rencontrée... »

Expert 11 : « le gut feeling est un sentiment personnel, à mon avis, qui est probablement influencé par nos expériences bonnes ou mauvaises et les cas déjà rencontrés. A même niveau d'expérience, on a pas forcément rencontré les même cas qui ont mal tournés ou on ne s'est pas fait avoir par les même choses. Donc nos alarmes internes sont probablement différentes. »

Expert 15 : « Non je ne pense pas. Parfois il y a de grosses divergences qui sont difficiles à expliquer. »

Expert 17 : « c'est un élément qui reste subjectif donc pas toujours partagé ... »

Expert 23 : « Je trouve qu'il n'est partagé que dans 50-60% des cas. »

Nous décidons d'abandonner le critère sus-cité devant un manque de consensus possible des participants.

CRITERE 13'

Le Gut Feeling négatif du médecin généraliste devant un enfant au cabinet pourrait être perçu comme un motif valable de prise de contact téléphonique avec un médecin sénior des urgences pédiatriques afin d'être conseillé sur la conduite à tenir (explorations complémentaires en ville ou envoi aux urgences pédiatriques de l'enfant).

Taux d'acceptation : 100% donc accepté

Commentaires :

Expert 2 : « Oui. »

Expert 3 : « si on part du fait que l'interrogatoire et l'examen clinique ont été correctement conduits (= le médecin généraliste a les capacités cliniques et théoriques de base pour la pédiatrie) »

Expert 8 : « Oui d'accord cette fois-ci car ce qui inquiète un médecin généraliste n'inquiétera pas forcément un pédiatre... »

Expert 9 : « En pédiatrie au cabinet, je pense qu'un gut feeling négatif est suffisant pour demander conseil à plus expérimenté, voire adresser l'enfant aux urgences. Souvent ce gut feeling négatif du médecin adresseur se matérialise avec des micro-symptômes retrouvés aux urgences ou des symptômes plus nets apparaissant ensuite en hospitalisation. »

Expert 15 : « Le médecin généraliste qui connaît l'enfant est souvent d'une grande aide. »

Expert 17 : « il vaut mieux effectivement un contact téléphonique dans ces situations difficiles à exprimer sur un courrier ... »

Expert 24 : « absolument d'accord »

IV. Proposition de critères de définition du Gut Feeling en situation d'urgences pédiatriques après deux rondes Delphi nationales

A visée synthétique, nous vous proposons de lire les 13 critères acceptés consensuellement par nos experts à l'issue de deux rondes Delphi nationales sur 8 CHU français :

CRITERE 1

Le Gut Feeling négatif du médecin aux urgences pédiatriques est une sensation d'alarme en grande partie liée au manque de cohérence des items suivants entraînant une gêne à la compréhension globale de la situation :

- Des signes sémiologiques entre eux
- Et/ou des signes sémiologiques par rapport aux plaintes exprimées par l'enfant et/ou les parents
- Et/ou de l'examen clinique par rapport à l'orientation initiale enregistrée

CRITERE 2

Le gut feeling négatif active le processus diagnostique du médecin aux urgences pédiatriques en le poussant à formuler et examiner des hypothèses de travail et de diagnostic pouvant impliquer des conséquences graves, sérieuses pour l'enfant.

CRITERE 3

Le Gut Feeling négatif implique que le médecin aux urgences pédiatriques se méfie de l'état de santé de l'enfant quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui cloche.

CRITERE 4

Le Gut Feeling négatif signifie que le médecin aux urgences pédiatriques va aller plus loin dans sa démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau et/ou les craintes présentées par l'enfant ou ses parents.

CRITERE 5a

Le Gut Feeling négatif peut impliquer un temps d'observation afin d'évaluer l'évolution des signes cliniques chez l'enfant.

CRITERE 5b

Le Gut Feeling négatif (sentiment d'alarme) peut se transformer en Gut Feeling positif (sentiment de réassurance) si le temps d'observation a permis d'écarter un possible évolution vers un tableau d'infection sévère de l'enfant.

CRITERE 6

Le Gut Feeling parental est un élément de surveillance à prendre en compte et à encourager aux urgences pédiatriques.

CRITERE 7

Le Gut Feeling est indissociable d'une analyse rigoureuse par l'interrogatoire, l'observation, la palpation et l'observation clinique aux urgences pédiatriques.

CRITERE 8

Le Gut Feeling est influencé par le nombre d'années d'expérience aux urgences pédiatriques.

CRITERE 9

Le Gut Feeling est un sentiment émergent lors du premier regard posé sur l'enfant.

CRITERE 10

Il est nécessaire d'enseigner la notion de Gut Feeling aux étudiants en médecine et aux internes.

CRITERE 11

Le Gut Feeling négatif du médecin généraliste devant un enfant au cabinet pourrait être perçu comme un motif valable de prise de contact téléphonique avec un médecin sénior des urgences pédiatriques afin d'être conseillé sur la conduite à tenir (explorations complémentaires en ville ou envoi aux urgences pédiatriques de l'enfant).

CRITERE 12

Le Gut Feeling aide à la prise de décision par le médecin aux urgences pédiatriques dans des situations d'incertitude.

CONCLUSION

Le Gut feeling est un sentiment en situation d'incertitude diagnostique composé d'un sens de réassurance ou d'alarme bien connu des médecins généralistes européens et ayant son groupe d'expert à cette échelle (groupe COGITA). Depuis 10 ans, des études commencent à impliquer cette notion dans le domaine de la détection des infections sévères de l'enfant (Annexe 12). Nous avons mené le premier travail de recherche visant à établir la transdisciplinarité de ce concept d'un contexte ambulatoire à un contexte hospitalier visant les urgentistes pédiatriques français.

Nous avons mené un focus group avec 6 urgentistes pédiatriques français au sein d'un centre hospitalo-universitaire (CHU) en juillet 2014 d'une durée de 1h15 avec canevas d'entretien semi-structuré.

L'analyse du verbatim et des critères du Gut Feeling validés par les médecins généralistes universitaires français a permis de proposer des critères de définition du Gut Feeling lors d'une première ronde Delphi nationale réunissant 24 urgentistes pédiatriques français répartis sur 8 CHU différents du 19 février au 27 août 2015. Sur 17 critères proposés, 11 ont été acceptés et 2 retirés en raison de leur caractère dichotomique et/ou exploratoire.

La 2e ronde Delphi, menée du 8 septembre au 27 octobre 2015, a vu 2 de ses 4 critères acceptés avec seulement 4 participants perdus de vue.

Au final, après pratiquement 2 ans d'études et 3 présentations en congrès européens de nos travaux de recherche, nous pouvons proposer 13 critères de définition consensuels sur le plan national du gut feeling aux urgences pédiatriques qui sont les suivants :

CRITERE 1

Le Gut Feeling négatif du médecin aux urgences pédiatriques est une sensation d'alarme en grande partie liée au manque de cohérence des items suivants entraînant une gêne à la compréhension globale de la situation :

- Des signes sémiologiques entre eux
- Et/ou des signes sémiologiques par rapport aux plaintes exprimées par l'enfant et/ou les parents
- Et/ou de l'examen clinique par rapport à l'orientation initiale enregistrée

CRITERE 2

Le gut feeling négatif active le processus diagnostique du médecin aux urgences pédiatriques en le poussant à formuler et examiner des hypothèses de travail et de diagnostic pouvant impliquer des conséquences graves, sérieuses pour l'enfant.

CRITERE 3

Le Gut Feeling négatif implique que le médecin aux urgences pédiatriques se méfie de l'état de santé de l'enfant quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui cloche.

CRITERE 4

Le Gut Feeling négatif signifie que le médecin aux urgences pédiatriques va aller plus loin dans sa démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau et/ou les craintes présentées par l'enfant ou ses parents.

CRITERE 5a

Le Gut Feeling négatif peut impliquer un temps d'observation afin d'évaluer l'évolution des signes cliniques chez l'enfant.

CRITERE 5b

Le Gut Feeling négatif (sentiment d'alarme) peut se transformer en Gut Feeling positif (sentiment de réassurance) si le temps d'observation a permis d'écarter une possible évolution vers un tableau d'infection sévère de l'enfant.

CRITERE 6

Le Gut Feeling parental est un élément de surveillance à prendre en compte et à encourager aux urgences pédiatriques.

CRITERE 7

Le Gut Feeling est indissociable d'une analyse rigoureuse par l'interrogatoire, l'observation, la palpation et l'observation clinique aux urgences pédiatriques.

CRITERE 8

Le Gut Feeling est influencé par le nombre d'années d'expérience aux urgences pédiatriques.

CRITERE 9

Le Gut Feeling est un sentiment émergeant lors du premier regard posé sur l'enfant.

CRITERE 10

Il est nécessaire d'enseigner la notion de Gut Feeling aux étudiants en médecine et aux internes.

CRITERE 11

Le Gut Feeling négatif du médecin généraliste devant un enfant au cabinet pourrait être perçu comme un motif valable de prise de contact téléphonique avec un médecin sénior des urgences pédiatriques afin d'être conseillé sur la conduite à tenir (explorations complémentaires en ville ou envoi aux urgences pédiatriques de l'enfant).

CRITERE 12

Le Gut Feeling aide à la prise de décision par le médecin aux urgences pédiatriques dans des situations d'incertitude.

Cette thèse est à priori le premier travail de recherche en Europe et dans le monde visant à établir la transdisciplinarité du Gut Feeling avec création d'une définition spécifique pour les spécialistes hospitaliers dans le domaine de l'urgence pédiatrique.

Elle m'aura permis d'intégrer un groupe de recherche européen et d'y être désormais membre actif (COGITA, www.gutfeelings.eu).

Il est prévu de refaire valider ces critères par des membres du GFRUP (Groupe Francophone de Recherche en Urgences et Réanimation Pédiatriques).

A l'avenir, il serait intéressant de traduire en anglais ces critères par technique validée linguistiquement afin de les proposer à d'autres urgentistes pédiatriques anglophones.

Un autre défi sera de réfléchir aux modalités de mise en place d'un enseignement sur le Gut Feeling en France.

Références bibliographiques

- [1] Ann Van den Bruel, Matthew Thompson, Frank Buntinx, and David Mant, Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study, *BMJ* 2012;345:e6144 doi: 0.1136/bmj.e6144.
- [2] Magali SUQUET COPPENS, "Thèse de Médecine Générale de Magali Coppens : Le 6ème sens en médecine générale : Validation d'un consensus néerlandais.", UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE FACULTE DE MEDECINE DE BREST, 2009.
- [3] Regher et al, Effect of processing strategy on diagnostic skill in dermatology, *Dermatology Acad Med* 1994.
- [4] Bechara et al, Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy, *Science* 28 February 1997, Vol. 275 no. 5304 pp. 1293-1295, DOI: 10.1126/science.275.5304.1293
- [5] E. STOLPER, Y. VAN LEEUWEN, P. VAN ROYEN, M. VAN DE WIEL, M. VAN BOKHOVEN, P. HOUBEN, S. HOBMA, T. VAN DER WEIJDEN & G. JAN DINANT, Establishing a European research agenda on 'gut feelings' in general practice. A qualitative study using the nominal group technique, *European Journal of General Practice*, 2010; Early Online, 1-5.
- [6] Erik Stolper, PhD Thesis : Gut Feelings in General Practice, Université de Maastricht, 2010.
- [7] Moreau A et Al. , S'approprier la méthode du focus group, *La revue du praticien, Médecine générale*. Mars 2004; tome 18, n°645:382-4.
- [8] Buntinx et al. , Chest pain in General Practice or in the hospital emergency department : is it the same ?, *Fam Pract* 2001
- [9] Dr. Johannes Hauswaldt, A gut feelings in general practice' glossary of terms, 10-10-2011.
- [10] E. Chipeaux , Doctorat d'Etat en Médecine - Le gut feeling chez les médecins généralistes de terrain du Finistère: définition, modélisation et implications , Université de Brest , 2011.
- [11] Thompson, Recognition of meningococcal disease, *Lancet* 2006.
- [12] Almond et al., Diagnostic safety netting, *Br Gen Pract* 2009 .
- [13] Heneghan et al., Diagnostic strategy used in primary care , *BMJ* 2009.
- [14] Ian Wacogne, Diagnosis: clinician's gut feeling helps detect children with serious infection, *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2013;98:197
- [15] Greenlagh et al. , Intuition and evidence - uneasy bedfellows ?, *Br J Gen Pract* 2002.
- [16] Gurpreet Dhaliwal, "Going with your gut," *J Gen Intern Med*. 2011 February; 26(2): 107-109. Published online 2010 November 23. doi: 10.1007/s11606-010-1578-4.
- [17] M Thompson, A Van den Bruel, J Verbakel, M Lakhanpaul, T Haj-Hassan, R Stevens, H Moll, F Buntinx, M Berger, B Aertgeerts, R Oostenbrink and D Mant, "Systematic review and validation of prediction rules for identifying children with serious infections in emergency departments and urgent-access primary care," *Health Technology Assessment* 2012; Vol. 16: No. 15.
- [18] Jean-Yves Le Reste , Magali Coppens , Marie Barais , Patrice Nabbe , Bernard Le Floch , Benoît Chiron , Geert Jan Dinant, Christophe Berkhout , Erik Stolper & Pierre Barraine , "The transculturality

of ‘ gut feelings ’ . Results from a French Delphi consensus survey,” *European Journal of General Practice*, 2013; *Early Online*: 1–7.

[19] <http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/focus-group/>

[20] <http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/methode-delphi/>

[21] T. Pernin. Pediatrics and Gut Feelings: a review of litterature. www.gutfeelings.eu

ANNEXES	56
Annexe 1 : Lettre d’invitation au focus group.....	57
Annexe 2 : Fiche d’information à remplir par les participants du focus group.....	58
Annexe 3 : Canevas d’entretien du focus group.....	59
Annexe 4 : Verbatim du Focus Group.....	61
Annexe 5 : Email d’invitation à la 1ere ronde Delphi nationale sur le Gut Feeling aux urgences pédiatriques.....	80
Annexe 6 : Fiche d’information à remplir par les experts de la ronde Delphi nationale.....	85
Annexe 7 : Proposition initiale de critères de définition du Gut Feeling par T. Pernin et L. Baumann.....	86
Annexe 8 : Recueil détaillé des notes de chaque critère pour chaque participant pour la première ronde Delphi.....	90
Annexe 9 : Commentaires des participants sur les critères initiaux de définition du Gut feeling proposés	91
Annexe 10 : Recueil détaillé des notes de chaque critère pour chaque participant de la deuxième ronde Delphi.....	113
Annexe 11 : Commentaires des participants sur les critères de définition du Gut feeling proposés en deuxième ronde Delphi.....	114
Annexe 12 . Gut Feelings and Pediatrics : a review of litterature in English by T. PERNIN, COGITA website : www.gutfeelings.eu	118

Annexe 1 : Lettre d'invitation au Focus Group

Mesdames, Messieurs les Docteurs,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre d'un travail Européen « Transdisciplinarité du Gut Feeling dans la détection d'infections sévères chez l'enfant dans les services d'urgences pédiatriques : Etablissement d'un consensus national. » afin de participer à un réunion le 23 juillet 2014 à 17h en salle de staff de réanimation de l'hôpital Robert Debré.

Un article publié en 2012 dans le BMJ " Clinician's Gut feeling about serious infections in children " a mis en évidence l'importance du raisonnement non analytique via une étude observationnelle de 2004 sur 3890 enfants.

Le but de notre étude est de collecter des informations sur la manière dont vous approchez le processus diagnostique dans le cadre de la détection des infections sévères de l'enfant (pneumonie, sepsis, méningite bactérienne ou virale, pyélonéphrite, cellulite, ostéomyélite, gastro-entérite d'origine bactérienne).

Durant votre formation initiale, vous avez appris à utiliser des questions, des algorithmes et raisonnements systématiques. Cependant, dans la pratique actuelle, certains médecins ne semblent pas toujours utiliser uniquement cette approche structurée, et il apparaîtrait que votre raisonnement non analytique ait aussi une valeur et une importance.

Nous vous proposons d'en discuter de manière conviviale le mercredi 23 juillet 2014 à 17h en salle de staff de réanimation pédiatrique (niveau -3 jaune) de l'hôpital Robert Debré. Des gâteaux et autres boissons seront à votre disposition pour un temps de réunion qui n'excédera pas une heure.

Vous serez enregistrés par dictaphone afin que nous puissions retranscrire nos échanges. Les données seront anonymisées et serez bien sûr tenu informé des résultats de l'étude.

Nous vous remercions d'avance de nous confirmer votre présence et de remplir le fichier ci-joint nous permettant de décrire notre population d'étude.

Bien à vous,

Thomas PERNIN - Interne en Médecine Générale & Master en Santé Publique – Université Paris VII

Dr Laurence BAUMANN – Enseignante du DMG & Directrice de Thèse – Université Paris VII

Annexe 2 : Fiche d'information à remplir par les participants du focus group

Nom :

Prénom :

Sexe : M/F

Age :

Service d'affectation : Urgences pédiatriques / Pédiatrie Générale / Gastro-entérologie Pédiatrique / Autres (précisez)

Grade : PU-PH / MCU-PH / PH / PHC / PA / CCA / Autres (précisez)

Diplôme obtenu : DES de pédiatrie / DES de Médecine Générale / DESC de Médecine d'Urgence / CAMU / Autres (précisez)

Nombre d'années d'expériences en tant que sénior en pédiatrie :

Annexe 3 : Canevas d'entretien du focus group

Le but de cette étude est de collecter des informations sur la manière dont vous approchez le processus diagnostique dans le cadre de la détection des infections sévères de l'enfant (pneumonie, sepsis, méningite bactérienne ou virale, pyélonéphrite, cellulite, ostéomyélite, gastro-entérite d'origine bactérienne).

TOUR DE TABLE. Si notion « d'impression clinique », la faire préciser.

Puis il faudra interroger si ça ne sort pas sur « autre chose » et le faire définir. Après seulement on parle de gut feeling.

Puis on leur fait décrire le leur.

Puis :

Durant votre formation initiale, vous avez appris à utiliser des questions et raisonnements systématiques. Cependant, dans la pratique actuelle, les médecins ne semblent pas toujours utiliser cette approche structurée, et il apparaîtrait que le « gut feeling » / « ça colle, ça cloche » et leur expérience pratique jouerait un rôle important. Nous nous intéressons ici à la partie non analytique du raisonnement. Que vous vient-il à l'esprit quand vous pensez aux aspects non-analytiques permettant d'établir un diagnostic dans la détection des infections sévères de l'enfant ?

Donnez-nous des exemples de cas où vous avez physiquement ressenti le GF.

Comment vous en accommodez-vous ?

Pensez-vous que cela soit influencé par votre expérience professionnelle ?

Que pensez-vous de la distinction dans le GF entre sentiment de réassurance et sentiment d'alarme ? Ces concepts sont-ils utiles selon vous ?

Pouvez-vous penser à un cas où votre sentiment de réassurance s'est trouvé injustifié par la suite ?

Pensez-vous, dans le contexte des urgences pédiatriques, qu'il faille étayer ce sentiment de réassurance d'une modalité temporelle courte ? *Par exemple, dire que le gut feeling est ici ré-évaluable dans les quelques heures suivant la consultation.*

Nous aimerions arriver à une description de ce gut feeling (sentiment de réassurance VS sentiment d'alarme) dans le cadre de la détection des infections sévères de l'enfant. A votre avis, quels éléments devraient être inscrits dans cette future définition ?

Pensez-vous que le concept de gut feeling doit être enseigné aux étudiants en médecine ?

Pensez-vous qu'il y ait une différence entre praticiens homme ou femme concernant le GF ?

Je m'inspire, après conseil du Dr Marie Barais, de la page 49 de la thèse d'Erik Stolper:

« • The aim of this study is to collect information on the way you approach the diagnostic process.

When you were training to become a doctor, you learned to diagnose patients using systematic frameworks and questions. In actual practice, however, doctors don't always seem to use such a structured approach, as their gut feelings and practical experience also play an important part. We are especially interested in this non-analytical aspect. What comes to mind when you think about the non-analytical aspects of establishing a diagnosis?

- What happens if your gut feelings start to play a part in the diagnostic process? How do you deal with this? Can you indicate what cues or key symptoms trigger your intuition?
- To what extent do you think this is influenced by professional experience?
- (if this has not yet come up in the discussion) What are your feelings about the 'sense of reassurance versus sense of alarm' distinction? Are these concepts useful in your opinion?
- Can you think of a case in which you had a sense of reassurance which turned out to be unjustified?
- We would like to arrive at a description of such gut feelings (sense of reassurance versus sense of alarm). In your opinion, what elements would definitely have to be included in such a description?
- (after the first group) People in the previous group said that gut feelings are a key element in a doctor's professional behaviour. What do you think of that?
- (after two groups) Do you think the concept of gut feelings (distinguishing between a sense of reassurance and a sense of alarm) can be taught to students?
- (after two groups) In terms of gut feelings, do you think there is a difference between male and female GPs?
- (after two groups) The previous sessions have given us the idea that these gut feelings are more than just feelings, as they also depend on knowledge. What is your opinion about this? ”

ANNEXE 4 : Verbatim du focus Group

Modérateur 1 (M1) : L'idée c'est que quand on va vous enregistrer, ça sera analysé. Ça fait partie des aléas. Donc on est réunis aujourd'hui sur le thème de la thèse que va ... que va faire X, sur quelque chose qu'on travaille depuis plusieurs années avec un groupe de recherche qui est le Gut Feeling. C'est ça dire ce sens clinique mais qui ne laisse pas le corps indifférent : il faut que quand vous voyez l'enfant, quand on voit un patient, on sente quelque chose. C'est-à-dire qu'on se sente vaguement mal à l'estomac qu'on sente une petite goutte de sueur, qu'on sente au-delà de simplement j'ai une interrogation. Donc, en fait on a été tous élevés dans l'analyse, le sens clinique, l'hypothético-déductif et là ce qu'on veut essayer d'explorer c'est quelque chose qui est justement non analytique et d'essayer de savoir dans quel cas, dans quelle circonstance vous avez ressenti ce Gut Feeling. Donc, est-ce que vous avez l'impression que c'est quelque chose qui arrive d'emblée ou est-ce que c'est quelque chose qui va arriver plus tard. Est-ce que vous avez l'impression de pouvoir généraliser la place du Gut Feeling dans votre processus diagnostique ? Y est perplexe.

Participant 2 (P2) : Oui, il faudrait que je comprenne bien de quoi on parle...

Modérateur 1 (M1) : Donc, justement là l'idée, c'est, c'est ce que disais Monsieur X : il y a un moment vous voyez l'enfant et on va parler tout particulièrement des infections sévères... donc de tout ce qui peut être méningite, sepsis, de l'infection sévère.

Participant 2 (P2) : Ouais

Modérateur 1 (M1) : Le gamin arrive à l'hôpital, qu'est ce qui va faire... Je ne vous parle pas des signes cliniques évidents, je ne parle pas de voilà... Mais qu'est ce qui va faire, qu'est ce qui va initier. Parlez-moi de ce qui vous donne l'impression qu'il va pas bien.

P6 : Il y a à peu près deux semaines, il y a eu une épidémie de méningite virale à entérovirus. Je le vois, il est pas bien, il est un peu pale, euh... les yeux un peu cernés parce qu'il a pas dormi depuis la veille. A l'examen il y a pas de raideur, il y a pas de soucis, il a des constantes hémodynamiques qui sont bien, une fréquence cardiaque qui est normale, une tension artérielle qui est normale, un temps de recoloration qui est normal. Il répond aux questions quand on lui pose des questions mais on sent quelqu'un qui est fatigué parce qu'il a vomit beaucoup. On retrouve la raideur à l'examen. Moi j'ai décidé de ne pas faire de ponction lombaire. J'ai renvoyé des enfants sans ponction lombaire.

P3 : C'est un très bon exemple. Je ne sais pas si je peux parler mais...

M1 : Bien sûr que vous pouvez parler...

P3 : C'est un très bon exemple...

P1 : C'est un contre-exemple...

M1 : Oui mais c'est ça aussi

P3 : Un bon exemple parce que là ces signes cliniques qui correspondent, quand on les prend bien carrés, à une cotation mais néanmoins elle « sent » bien...

M1 : Ouais, parce que justement et je voulais vous y amener... c'était... il y a deux types de choses : il y a le gamin dont vous allez sentir qu'il est pas bien et celui qui malgré un certain nombre de signes objectifs qui pourrait vous laisser imaginer que ça se passe pas bien...

P6 : Une méningite bactérienne... Il répond pas.

P5 : C'est déjà l'état général quand tu le vois en salle d'attente...

P4 : Quand on le voit arriver, on a une idée...

M1 : Mais ça, ça pourrait se coter.

P4 : Oui

P6 : Mais c'est vrai qu'en général, l'enfant bactériémique...

P1 : On a presque envie de rajouter un mot. Vous avez dit une chose qui m'a un petit peu interpellé. Est-ce que vous avez eu la petite goutte de sueur, est ce que vous avez disons la crampe à l'estomac en voyant l'enfant ? Je ne crois pas comme ça que nous sentons, bien que lorsque nous avons la perception que nous sommes actuellement en face d'un enfant avec problème grave, on a tous un peu le stress. C'est comme quand j'étais en réanimation il y a plus de 25ans, le stress de passer à côté de quelque chose, de ne pas aller assez vite. Bien que je n'ai pas vu l'enfant de premier abord lorsque j'ai compris le scanner, par ce que je venais d'arriver et que j'ai vu qu'il y avait un hématome extra-dural... euh ça a fait fissa, ce qui fait que quelque part cet enfant est resté moins d'une heure entre le moment où il est arrivé, le moment du scan et le moment où il est parti pour se faire opérer en neurochirurgie. Bon nous avons tous le stress ou la petite goutte de sueur comme vous le dites, qu'il s'engage, que ça aille plus vite que nous le souhaiterions et finalement qu'on ne puisse pas contrôler les choses... Mais d'un côté, il y a avait une analyse objective... Si je reprends l'exemple que avait pris X, après qu'il y a deux ans on a eu deux méningites bactériennes, 78 méningites groupés à Enterovirus plus celles dont on n'a pas fait la PL. La grande différence, ce sont d'abord

M1 : Certes ...

P1 : Une intuition, mais sur les signes objectifs et j'ai un souvenir très précis d'un enfant qui avait un streptocoque B qui en fait geignait. Il geignait comme une infection grave. Il avait un espèce de teint un peu plus livide que les autres, qui n'était pas comme les autres. Donc en fait, il y a dans l'analyse, et j'aime bien l'expression de X : je suis plutôt analytique. L'analyse des signes plutôt que de les laisser complètement au feeling intuitif. Voilà. Néanmoins, vous avez... rassembler... par trois points ne passe qu'un seul cercle diagnostic et en deux points (BIP SONORE TELEPHONIQUE)... et au fond, lorsque vous avez les 3 signes que vous avez pu identifier dont certains des signes... disons de potentielle gravité, c'est à ce moment là où vous avez peut-être la petite goutte de sueur qui perle... comme l'hématome extra-dural parce que ça peut vite aller, bon il y en a extrêmement peu mais... voilà. Il y a d'abord une analyse rationnelle qui est effectivement guidée par finalement une intuition qui a priori... voilà. Je crois qu'il faut bien différencier les deux choses. En tout cas pour ce qui me concerne, parce que j'ai été pré-formaté par X qui m'a appris beaucoup de

choses. C'est l'histoire, c'est comme ça. C'est que finalement vous avez une analyse par l'interrogatoire, par l'examen clinique et par peut-être ce petit sens clinique supplémentaire qui nous donne le troisième point qui fait que vous êtes déjà dans un cadre.

M1 : Oui, c'est ce que vous auriez ... ?

P2 : Oui, je pense que c'est un peu différent, dans la mesure que si on dit l'enfant qui est en train d'engager ou des choses comme ça, là c'est la peur... c'est différent. Moi la goutte de sueur... Mon idée, si ça doit se passer mal, ça se passe mal. De toute façon, il faut être vraiment très froid, analytique, insensible même à l'extrême et... mais... bien sûr.

P1 : Si tu arrives à prendre...

M1 : Ah non, non...

P1 : Ce qu'il raconte, il est italien, il raconte deux fois plus...

M1 : Non, non...

P2 : Donc à part ça, qui est différent entre autres choses, ce que vous dites le gut feeling c'est l'idée de se dire que l'interaction qu'on a avec l'enfant... c'est-à-dire l'enfant qui a les mêmes caractéristiques objectives, s'il y a quelque chose de subjectif qui ne nous plait pas...

M1 : Oui

P2 : Donc à ce moment-là, je pense que c'est plutôt quand on le voit la qualité de l'interaction... quand il est dans la salle d'attente et qu'on le voit pas bien, que le gémissement ce n'est pas le gémissement classique de l'enfant qui après pour l'expérience qu'on a acquis ça montre être viral, donc au fur et à mesure, on développe une certaine finesse... Mais ça ne rentre pas dans le cadre de dire euh... j'ai quelque chose au ventre parce que j'ai peur qu'il passe mal. On fait ce qu'on peut, de toute façon.

M1 : Et ça probablement, c'est lié au niveau d'incertitude. C'est-à-dire que là vous avez toute l'infrastructure. C'est-à-dire que tout peut aller très vite, ce qui n'est pas le cas parce que ça a été fait en grande partie chez des médecins ruraux. Le gars, il est tout seul dans son cabinet : s'il le sent pas bien, il a pas forcément, il a même forcément pas le plateau et même pas les possibilités de transfert immédiatement pour ce qui probablement transforme l'échelle de l'inconfort face au patient.

P2 : Donc moi , oui voilà...

P1 : Je dis que c'est vrai, parce que le fait d'avoir le confort des examens complémentaires et le groupe, car on est plusieurs et que lorsqu'on ne sait pas on se demande les uns les autres. Il n'en demeure pas moins que l'analyse initiale doit être une analyse clinique qui repose une fois de plus sur l'interrogatoire qui quelque part est systématique et commence toujours de la même façon « la papa vous avez quel âge, la maman vous avez quel âge, est ce qu' a un endroit de la famille vous êtes consanguins ? » parce que cette information est essentielle pour analyser et une fois que vous avez une check-list des éléments importants « quand est-ce que ça a commencé, quand est-ce que vous diriez qu'il est malade ? » et une fois que vous avez cet interrogatoire et l'examen clinique validé... Je vais vous raconter le cas d'un enfant qui venait parce qu'il avait mal dans les articulations, et puis il se déshabille et je tombe sur un

espèce de halo dans le dos qui était de part et d'autre du cou. Je me suis dit que c'était bizarre parce que si c'était un coup de soleil... euh.. ça faisait exactement le dessin d'un maillot de corps... Je me suis dit « qu'est ce qui aurait pu se passer ? » Et brutalement la mère me dit : Il a été piqué par un tique ! » Donc en fait c'était un erythème migrans de chaque côté. Je n'avais jamais vu ça, je ne savais pas que ça pouvait exister... un halo autour donc ça descendait de chaque côté... ça c'était l'examen clinique parce que finalement les uns et les autres on déshabille les enfants, on examine les enfants... c'est parce que vous avez cette capacité d'un interrogatoire qui est précis, d'un examen clinique qui est détaillé... d'un enfant dénudé mine de rien... qui fait que vous avez tous les éléments qui émergent et qui vous permettent si j'ose dire de faire... de construire vos hypothèses.

P3 : Je ne sais pas... reprendre l'interrogatoire dans les questions... Ce qui m'intéresse beaucoup dans la synthèse que viens de dire X et Y c'est que quelque part nous avons dans notre tête de façon consciente et non consciente, l'expérience même presque inconsciente, des paramètres : on parle de l'APGAR, des réflexes. On a ces données là. Et ce qui est intéressant par rapport au cas d' Y c'est que si on prend, par rapport aux signes méningés, si on prend les maux de tête, les vomissements, la photophobie, là il reste que entre celui qui va être possiblement au début d'une méningite bactérienne et le viral, quelque chose qui va dire que... on va dire qu'il a une bonne hémodynamique, qu'il a un bon teint mais c'est là qu'on dit « celui-là je le sens pas ».

P1 : Tu as raison...

P3 : C'est pour ça que...

P1 : Certains de ces enfants sont envoyés par leur médecin généraliste pour syndrome méningé avec une lettre « veuillez faire une PL »... alors évidemment le fait que ça soit l'été, c'est l'élément supplémentaire qui fait que on le trouve trop bien, et que le lendemain et le surlendemain on le retrouve avec un syndrome post-PL...

P6 : C'est fréquent, l'enfant en question il vient de lui-même : il marche

P1 : L'analyse

M1 : Oui c'est l'analyse...

P3 : C'est comme quand, dans le cas précédent, j'évoquais, car j'ai une épouse médecin du travail qui se trouve dans un environnement professionnel et qui à un moment se trouvait au cabinet et là le patient est venu, s'est senti pas très bien et venait pour malaise et tous les examens à l'arrivée, l'electro était normal, la clinique était normale et en 30 secondes il a dit « tout va bien, je vais continuer a travailler ». Elle l'a envoyé néanmoins, avec la conviction de le faire emporter par le SAMU, et qui lui a fait confiance parce qu'elle l'a trouvée « Pas ça » malgré tout, les examens qu'on peut faire sur un site du travail... et quelques heures après il a fait le tableau...

P1 : Tu sers sur un tableau d'argent un type de pathologie qui est dans le gut feeling... le médecin qui fait faire les PDF qui sont élevés et hop on t'envoi pour une embolie pulmonaire... ECG parfait, examen clinique on a rien, en quelques sortes on a réfléchi sur un examen ...

P3 : ça c'est la biologie...

P1 : quelque part, c'est la différence entre... il y a une espèce d'analyse qui passe par l'interrogatoire, qui passe par l'examen clinique pour ensuite mener la réflexion plutôt que des gens qui vous envoi « les D Dimères sont augmentés et vlan ! »

P6 : En pédiatrie, c'est écouter les parents, c'est très important.
Faut vraiment les écouter, on a cette chance par rapport à l'adulte...

P3 : c'est très intéressant parce que les parents ne sont pas médicalisés avec les consignes

P6 : Tout à fait

P2 : La qualité de l'interaction, c'est ça dont on parle ?

M1 : Est-ce que vous avez un exemple à donner d'enfants ou vous vous soyez dit : « celui-là va pas bien », alors que les paramètres objectifs étaient plutôt convenables... ou inversement ?

P5 : Bah moi je dirais que c'est l'impression de la salle d'attente et l'impression qu'on a quand on va chercher l'enfant en salle d'attente, elle est quand même primordiale... moi je trouve que l'attitude de l'enfant quand on voit l'enfant qui joue en salle d'attente, d'emblée ... enfin moi d'emblée je baisse la garde en fait. Alors que par exemple un enfant comme ça, j'ai pas l'appréhension de m'enfant que j'examine ou que chaque enfant... eh bah... a une maladie grave jusqu'à preuve du contraire. Par exemple, l'enfant que j'aime pas beaucoup c'est l'enfant qui dort, que je réveille et qui est grognon parce que il est en train d'être réveillé et on perd des informations qui peuvent être importantes et par exemple sur ce type d'enfant, moi ... alors j'aime bien avoir un gut feeling positif c'est-à-dire que quand j'ai une zone d'incertitude au terme de mon examen clinique il m'arrive de les laisser en salle d'attente et de les laisser gambader en salle d'attente et d'attendre d'être sûr qu'ils aient un comportement normal, d'être complètement rassuré sur le comportement de l'enfant.

M1 : C'est-à-dire que vous vous donnez une échelle de temps

P5 : Oui

M1 : Pour voir quand les choses sont limpides...

P3 : Je crois que la notion de Gut Feeling positif on la retrouve tous...

P1 : Finalement ce qui est bien c'est d'avoir l'ordinateur qui nous confie on va dire l'interrogatoire et l'examen clinique, parce que le temps que vous prenez les antécédents d'un enfant si en général... il se met à faire le con et à ouvrir tous les tiroirs ça rassure. Et au fond c'est cette qualité d'observation qui est de quelques minutes pas plus que vous avez tout de suite compris que finalement il a de la fièvre ou il a rien et s'il peut rentrer chez lui. Alors qu'au contraire, l'enfant qui est somnolant qui va geindre dans les bras des parents.

P4 : Qui veut être porté.

P1 : Qui veut être porté : c'est complètement différent.

P4 : et même quand on est appelé pour des déchocs... la sonnerie sonne, on arrive au déchoc : il y a tout de suite une impression clinique de savoir si c'est un vrai déchoc ou un déchoc qui a été sonné peut être à tort... tout suite une impression...

P5 : d'ailleurs on le sait, car quand on a déjà un médecin au déchoc qui prend déjà en charge l'enfant et qu'il nous arrive de passer la tête... par exemple sur une crise d'asthme sévère... j'ai passé ma tête j'ai vu que JULIE était là et du coup le gut feeling il marche ... il a une fréquence respi stable, il est pas épuisé... JULIE est là, je m'en vais... Si j'avais un gut feeling négatif... euh.. je l'aurais pas laissée seule...

P1 : c'est pas mal j'ai le gut feeling confraternel...

P4 : et donc en passant la tête dans l'embrasure d'une porte, desfois... voilà...

M1 : Est-ce que vous avez l'impression que c'est quelque chose qui s'est modifié au fur et à mesure de votre pratique ? Ça s'est affûté ?

P2 : Oui, c'est l'expérience du comportement normal de l'enfant je pense. Moi je pense vraiment que c'est l'interaction... Il faut observer les enfants, c'est la première chose...

P6 : Dès qu'un enfant vous inquiète un peu, on peut le mettre en observation et le garder trois heures...

P2 : Oui, mais ça se voit énormément pour les nouveaux nés, parce que les internes quand ils arrivent au début, les nouveaux nés c'est complètement impossible... ils arrivent pas à faire la différence entre un nouveau-né qui va bien ou qui est un peu dystrophique parce qu'il n'a pas de lait de mère donc il est tout mince et souvent il y a les internes ou quelqu'un d'autres qui a moins d'expérience qui vient d'arriver et il le prenne pour déshydratation sévère et gravissime ... et vraiment la qualité d'interaction ça se développe de plus en plus avec l'expérience et avec la clinique que l'on fait, que l'on privilégie ... mais moi je pense que , personnellement, le plus important c'est d'observer l'enfant après j'observe les parents pour voir l'interaction des parents avec l'enfant et après l'histoire etc... et au fur et à mesure en 30 secondes on a déjà une idée, comme ils disent tous ... c'est rapide. C'est comme l'examen neuro, moi je dis toujours prendre 3 minutes pour l'examen neuro car je connais... l'enfant qui peut courir, il y a une grosse partie de l'examen neuro qui est normale.

P1 : Il se trouve que...

Quelque part on est devant ce que tu viens dire... il n'y a peut-être pas le cas avec tout le monde... mais il y a ce sentiment sur lequel on peut reposer que... c'est quelque chose qui est extrêmement gratifiant et ça fait partie de la qualité de comment on fait progresser cette idée... Parce que c'est vrai qu'il y a une analyse... et c'est vrai aussi en chirurgie... nos amis trois mousquetaires qui sont là depuis longtemps ils ont tous de suite vu quel était le problème tu vois... ça serait intéressant que tu vois avec eux en chirurgie parce qu'ils ont l'expérience, déjà réduits des milliers de fractures, des dizaines de fractures, ça ne leur pose pas de problème en quelque sorte. Lorsque tu as un ventre un peu douteux : ils le sentent très bien. Il y a cette expression merveilleuse de RAVUTH : « ventre plat qui respire ». Du moment où tu as le ventre qui respire et lorsque tu vois que le ventre est plat : tu es tranquille. Il n'y pas d'appendicite. Sur des choses très simples en quelque sorte : il y a l'association de l'expérience, de l'analyse et de cette intuition. L'intuition seule ne suffit peut-être pas.

P6 : Il y a des enfants quand ils arrivent ici, quand ils tombent sur des gens qui ont de l'expérience, on n'appelle pas tout de suite la réa. L'avantage de la mise en observation de

l'enfant est très important. Il arrive, on fait des choses, les premiers gestes à faire, on le met en observation. Si l'enfant s'aggrave, il y a beaucoup de gens qui ont l'expérience et au bout de deux-trois heures ils appellent l'USC parce que les choses se sont aggravées. Ils se rendent compte qu'il est tachycarde, qu'il fait une infection sévère et après 2h30 ils décident d'appeler la réa. C'est aussi l'expérience. Desfois quand il y a un on appelle la réa. Mais desfois la réa vient, il le voit et ne le considère pas réanimatoire et demande à le mettre en observation. C'est cette mise en observation et c'est le temps sur lequel on constate l'évolution même sur une heure ou une demi-heure. Il arrive, il est pas bien : il s'aggrave en une demi heure ou trois quarts d'heures. Il faut tout de suite appeler la réa.

P1 : J'aimerais rajouter une chose. Nous avons la chance d'avoir des infirmières qui sont assez exceptionnelles et quelque part savent prendre vite une décision dans la salle d'accueil des urgences vitales... quelque part piquant vite, faisant le prélèvement, on sait bien finalement partager la tâche ce qui fait que nous sommes focalisés sur l'analyse clinique et pendant ce temps-là, un peu comme en réanimation, euh, la voie d'abord se met, euh, les examens sont prélevés, euh, il y a même pas besoin... la liste des examens ils la connaissent... même toi... assez rapidement en quelques sortes... alors cet enfant est surveillé, monitoré avec scope et fait sa dégradation. Ca ca se voit assez rapidement...

P3 : Oui mais, la notion de surveillance est très importante mais il me revient un gut feeling négatif, pas positif, mais négatif qui m'a beaucoup marqué : c'était l'époque bienheureuse où il y avait des grèves d'internes où j'ai pris la garde avec mon collègue chef de service de chirurgie viscérale de cet hôpital. Et dieu soit loué, je pense que les parents avaient été au courant que c'était la grève des internes, donc comme c'était les chefs qui étaient de garde ils ne voulaient pas trop venir à l'hôpital peut-être... On avait eu une garde calme en tout cas, plus calme mais néanmoins avec un certains nombres de gastro. Et parmi ces gastro, il y en avait qui vomissaient... et l'un de ces enfants est arrivé vers 3h du matin ... pas nombreux, c'était pas une garde numériquement chargée, je l'ai trouvé avec quelque chose par rapport aux autres gastros qui me disait qu'il était un petit peu, un petit peu... et là le gut feeling ... quand il a aussi le sommeil qui passe et ça même devant le meilleur docteur des urgences... à 5h du matin il est moins feelé... il s'embrume un peu dans le côté négatif, et cet enfant là, le père a dit « oui mais il a rien à voir, » donc vous revenez s'il y a un problème, il n'y a pas de problème. Mais il m'avait un petit peu marqué car je ne le sentais pas comme les autres gastros : c'était un problème de je ne sais pas quoi par rapport aux autres. Je réveille le chirurgien pour qu'il lui palpe le ventre, autant dire que je lui fais palper une gastro et j'avais pris mon courage à deux mains comme quoi je sentais bien qu'il y avait quelque chose pour que j'appelle le chef de service de chirurgie et ... euh... et le lendemain vers 11 heures... je n'oublierais jamais... près de l'ascenseur de roulement des urgences, j'ai croisé le papa qui m'a dit : « c'est pas vous que j'ai vu hier soir ? », « dans la nuit, oui », « c'est vous qui avait vu mon fils ? », j'ai dit « oui », « juste pour information, il est opéré par X qui était l'agrégé d'Y d'une péritonite sur appendicite chez un nourrisson ». J'avais guté que c'était pas, j'avais guté que j'avais un peu sommeil, guté qu'il était comme les autres mais en même temps pas comme les autres sans argument objectif de l'analyse.

M1 : C'est plutôt de cet ordre-là, ce truc ou globalement il est pas perturbant mais où vous sentez un truc en plus ...

P6 : Tout à fait...

M1 : Vous sentez un truc en plus qui vous plaît pas...

P1 : C'est la raison pour laquelle, on les fait systématiquement hospitaliser ceux qu'on ne sent pas parce que demain...

P6 : demain il fera jour...

P1 : Demain il fera jour, effectivement...

M1 : Donc en garde vous avez l'impression que ça s'émousse plus ? Ça s'émousse avec les gardes, ça s'affute avec les années qui passent et l'expérience que vous pouvez avoir ?

P3 : oui

P4 : oui

M1 : Et ça a existé pour chacun d'entre vous, ce truc ou globalement tout ce qui est paramétrable est bon et vous ne sentez pas ?

P1 : Ca s'affute avec les années qui s'accumulent...

M1 : Oui bien sûr, après...

P1 : Le problème est de savoir si...

P3 : Après je dis plus rien, mais avec la notion de temps et de sommeil ... ça me revient là, en tant que médiateur, je suis médiateur de l'hôpital maintenant, un certain nombre de plaintes qui arrivent concernant en premier lieu le service de chirurgie et pas des urgences et l'obstétrique par rapport à la surveillance des infirmières sont dans le fait que leur vigilance, et on sait que leur vigilance peut être limitée, c'est celle de 6h du matin. Ce qui n'a pas été vu sur le 6h du matin, non pas qu'elles ne soient pas passées, mais qu'elles n'ont pas analysées, qu'elles n'ont pas senti à 5h ou 6h du matin.

P6 : J'ai eu un cas comme ça aussi à 5h du matin, un enfant qui vomissait vers 3h du matin, vu par SOS Médecins. Je sais pas pourquoi ce SOS Médecin fait un dextro. Il tombe sur 3.17g, il dit que c'est un diabète. Un enfant de 10 ans. Et qui arrive à Robert Debré vers 5h ou 6h. Donc j'ai vu cet enfant, et puis le médecin du SAMU me dit : « c'est bizarre, il a 3grammes de glycémie mais... j'ai mis que du sérum phy, j'ai pas osé mettre de l'insuline. C'est un diabète inaugural. » L'enfant était là, un peu douloureux, je l'examine et j'ai senti que c'était pas un diabète. C'était pas possible, même avec 3 grammes, pour moi c'était pas un diabète. J'attends de voir si l'urine, pour aller voir s'il y avait une cétonurie et à l'examen déjà, quand je l'ai examiné, il y avait une petite défense abdominale et je me suis dit : ça c'est pas un diabète. J'ai dit à mon collègue SMUR : « t'as bien fait de ne pas mettre d'insuline. » Et finalement c'était un volvulus, il a volvé à 2h du matin, il a nécrosé une bonne partie de son intestin et à 6h ou 7heures du matin, malgré la fatigue, malgré... J'ai senti que c'était pas un diabète. Comme mon collègue du SMUR qui n'a pas osé mettre de l'insuline.

M1 : Et le gars qui lui a fait un dextro, c'était une curieuse idée de lui faire un dextro...

P6 : Alors, parce que les parents ont dit : « il a vomi depuis deux heures. » Il fait un dextro pour voir s'il est pas en hypo et il se retrouve en hyper ! Alors qu'est ce qu'il fait ? Il appelle le SAMU pour dire qu'il a un enfant diabétique. Mais malheureusement, il passe au bloc vers 9 heures du matin et en 8 heures il a nécrosé une bonne partie de son intestin.

M1 : Est-ce que vous avez l'impression que ... on est d'accord, vous avez tous ressenti ce truc ?

P2 : Mmh

P6 : Oui

P3 : Oui

P5 : Oui

M1 : Y a pas forcément d'exemple là à donner... Y a pas des pathologies qui s'y prêtent particulièrement ?

P5 : Les péritonites...

M1 : Les péritonites ?

P5 : Les péritonites ouais... Elles s'y prêtent particulièrement... de rentrer dans la salle de consultation... dans la péritonite ce qui est particulier, surtout lorsqu'on a pas de chirurgien sur place, c'est de s'ir : « mon dieu, je ne peux rien faire pour cet enfant à part le remplir et l'adresser rapidement dans un endroit qui va le prendre en charge... »

P2 : C'est vrai ...

P5 : Ici, il y a un service de chirurgie, à Montreuil il n'y en avait pas par exemple. Donc moi j'ai vu à Montreuil 3 péritonites avec choc septique et là pour le coup la goutte de sueur...

M1 : Vous l'avez...

P6 : Certaines... par exemple... Un autre exemple : Il y a des enfants avec 40 qui jouent dans la salle d'attente et d'autres qui frissonnent, qui sont grisâtres, qui sont pas bien. Et là on sent le gut feeling, l'enfant qui va bien il court, il joue et l'autre il faut tout de suite mettre les antibiotiques, tout de suite l'hospitaliser.

P4 : Moi j'avais vu une petite qui venait pour gastro. Elle avait consulté, je crois, euh... le matin, elle avait consulté le lendemain matin et toujours gastro fébrile, et puis moi je l'ai vu et je me suis dit : « il y a autre chose, elle était pas bien pour une gastro » et elle n'avait pas fait d'autres examens... et elle faisait de la fièvre assez élevée pour une gastro et à la BU c'était une pyélo mais le fait qu'elle avait été étiquetée, et pas à tort car elle avait des vomissements et tous les signes d'une gastro mais il y avait quelque chose en plus que tu peux pas t'expliquer.

M1 : Ouais c'est ça, c'est ce genre de feeling que tu peux pas expliquer.

Donc vous avez l'impression que vous le ressentez plus souvent comme « c'est bon, ça me rassure » ou au contraire...

P4 : Oui

M1 : beaucoup plus par rapport à l'enfant inquiétant...

P2 : Mmmh

P5 : Oui

M1 : Oui, et puis s'ils sont inquiétants vous avez aussi, vous avez aussi la puissance de feu.

P4 : Ouais

P2 : Moi je ne sais pas... je différencie les deux. Moi ça n'a rien à voir le fait que j'ai dix milliards de réanimateurs derrière. Un truc c'est de dire que pour moi, ça va mal évoluer et on va faire le mieux pour. Et l'autre chose, c'est de se dire : « cet enfant, je ne le sens pas ». Cet enfant je le sens pas, ça veut pas dire que cet enfant il va aller mal, bien sûr je ne suis pas du tout insensible, mais c'est les choses qui ne sont pas cohérentes c'est là que je dis « il y a un truc qui ne colle pas » parce que si je vois l'enfant et un petit truc ne colle pas dans le cas, ça peut être l'histoire de la pyélo que t'as vu car il y avait quelque chose en plus, donc c'est ce « petit en plus » qui ne colle pas avec toute l'histoire et j'ajouterais aussi que le sentiment qu'on a des parents c'est quelque chose qu'il faut considérer. Pour moi, le gut feeling, quelque chose qui vas pas, c'est quelque chose de se dire « les parents ne sont pas très normaux ou un peu particuliers » : c'est ça qui me met en crise en début de raisonnement. Et là de me dire : « qu'est-ce que je vais faire, est-ce que je fais un bilan en plus ? Est-ce que je vais le sauver ? Est-ce que je vais pas le sauver ? » Mais grave ou pas grave et que derrière il y ait chirurgical ou pas, moi... pour moi je fais la différence. Je sais pas si c'est juste ou pas de dire la différence.

P6 : On garde...

P2 : Oui mais moi la chose qui me met en crise, le gut feeling qui me met en crise, c'est quelque chose qui ne colle pas : si les examens sont normaux et qu'il y a un truc bizarre, moi je rentre en crise parce que je me dis qu'il y a un truc qui ne va pas.

M1 : Mais ce truc bizarre qui ne rentre pas dans le cadre...

P2 : Dans le carré de la clinique...

M1 : Dans le carré de la clinique...

P2 : c'est l'interaction ...

M1 : Est-ce que c'est malgré un cadre clinique convenable, quelque chose en plus que vous sentez ?

P2 : Je prends l'interaction qui est différente, par rapport à la gravité de la pathologie que je veux diagnostiquer, et je vais évaluer : si j'ai quelque chose qui va pas, à part ça, c'est-à-dire

l'interaction est trop mauvaise ou il y a d'autres choses particulières à l'examen biologique ou autre, à ce moment là j'ai un gut feeling négatif et ça ça m'alerte. Gut feeling négatif pour moi c'est un signe d'alerte de faire autre chose, de ne pas y aller trop relax... Quand tu le vois jouer dans la salle d'attente et qu'il rigole c'est sûr que on est tous rassuré, on part avec les défenses un peu plus basses. Quand on a ... Il y a pour moi, je répète, un truc qui ne colle pas, à ce moment-là, les signes d'alerte s'élèvent et après je différencie par rapport à un truc grave ou pas grave ... et il y en a des graves donc ce n'est pas si différents...

M1 : C'est pas du tout en fonction de la gravité ?

P2 : Non pas du tout, que j'entends ça... après c'est sûr que tout le monde flippe quand on voit un enfant qui est pas bien mais euh...

P3 : Si je peux dire 3 mots, c'est la gravité de la clinique attendue.

P2 : Ouais.

P3 : L'intuition. Et ce qui colle pas, c'est la gravité de la clinique attendue. De son impression diagnostique.

P1 : Il y a une autre notion que l'on a pas évoqué, et peut être que c'était hors sujet puis que c'est l'infection bactérienne sévère, phénomène dans lequel le gut feeling joue un rôle important. C'est lorsque vous êtes avec un enfant qui a une fracture, des bleus ou quand vous tournez autour de la maltraitance ... parce que les explications données ne correspondent pas en quelques sortes... et c'est toujours cette espèce de sentiment et d'intuition qu'il y a quelque chose qui cloche quoi... et qui n'aboutit pas forcément sur le plan médical mais sur le plan psychologique. Vous avez des parents qui sont bizarres, qui ne s'émeuvent pas et finalement, de la situation... qui... qui... C'est une autre chose mais du même sentiment.

P2 : Mais ça : ça rentre. C'est la même chose par rapport à l'idée que l'on se fait des parents, à la situation... c'est quelque chose que l'on ressent de différent... de comment les parents interagissent avec les enfants... et pour la pédiatrie, je pense que ça rentre dans ça...

P4 : Et après c'est l'équipe aussi, parce que souvent les infirmières... nous quand on a une impression bizarre finalement, quand on va voir les infirmières : elles disent exactement la même chose.

P2 : C'est vrai ...

P4 : Avant et après, par exemple pour les impressions cliniques d'enfants qui vont mal, souvent elles nous ont déjà appelés à l'IAO en disant : « Celui là je le sens pas. Je ne sais pas pourquoi, j'ai pas encore pris ses constantes mais je le sens pas. » Et elles ont pas des données cliniques...

M1 : C'est ça, même indépendamment du cercle dont vous parliez Monsieur MERCIER avec la clinique et l'examen...

P1 : Là, il vous faut un certain temps pour rassembler les éléments objectifs que vous allez rentrer dans le computer...

P6 : L'impression générale...

P1 : Par contre, l'impression générale, elle précède...

P5 : Oui.

P1 : C'est à la fois, l'enfant qui joue et qui fait le con dans la salle d'attente ou au contraire de l'infirmière qui dit : « Je ne sais pas ce qu'il a mais vient le voir. »

M1 : Quand vous avez ce feeling, soit positif soit négatif, en général il est cohérent avec celui des autres professionnels ?

P1 : Plutôt.

P4 : Oui.

P2 : Plutôt oui. Je dirais plutôt...

P5 : Après, les infirmières peuvent avoir un gut feeling négatif et nous être rassurants...

P2 : C'est plutôt dans ce sens-là.

----- **SORTIE DU PARTICIPANT 3** -----

P5 : Parce qu'objectivement on a des critères objectifs...

M1 : Oui, parce que vous, vous allez avoir des critères objectifs. En revanche, quand vous sentez un truc négatif, elles l'ont senties avant parce qu'elles..

P6 : l'ont vu avant...

M1 : l'ont vu avant...

P5 : Mais le gut feeling négatif de l'enfant, c'est l'enfant typiquement qu'on va garder quelques heures, pour retrouver un gut feeling positif.

M1 : Pour voir évoluer. Vous avez vraiment une réalité de temps pour attendre.

P6 : La surveillance, c'est très important.

P5 : Surveiller, c'est très important car on passe régulièrement dans la salle d'attente où on a l'enfant devant nous et où on va voir s'ils viennent et comment ils interagissent avec...

P1 : Il serait intéressant d'évaluer et d'interroger nos infirmières de triage parce qu'elles ont une échelle...

M1 : Cela fera l'objet d'une thèse.

P1 : Elles ont les éléments objectifs qui sont les signes vitaux, mais paradoxalement elles font le triage aussi à l'intuition et elles trient dans l'ensemble très bien. Donc finalement, le

résultat final fait que, allez sur les 80.000 passages par an, il y a même pas 3% ou 5% de triage inapproprié. Quand on est en consultation simple, c'est exceptionnel qu'on les fasse revenir vers le circuit... ça arrive... mais même tu vois... euh... c'est aussi dépendant des médecins car certains du centre médical EUROPE demandent toujours des examens complémentaires... c'est dépendant des médecins vous voyez... Mais dans l'ensemble ce triage fait avec beaucoup d'intuition, ça marche très bien. Ça pourrait doubler la dimension.

M1 : Cela fera l'objet d'un autre travail.

P1 : Certains d'entre nous disaient qu'on était appelé par les infirmières parce que ces dernières disaient « celui là, on le sent pas ».

M1 : Vous disiez X, cette dimension féminine de l'intuition, sérieusement vous pensez que ça fait une différence ?

P2 : Si elles ont des enfants, peut être que c'est plus facile de voir l'enfant qui va pas bien. Je dirais une infirmière surtout, parce que médecins, on a peut-être un niveau différent de raisonnement. Le raisonnement de l'infirmière qui doit faire le triage est différent à faire un tri rapide avec les constantes... C'est sûr l'expérience primaire, c'est plus important, alors moi tout de suite les jeunes infirmières elles sur-évaluent pas mal, comme les jeunes internes, comme les jeunes chefs, comme tout le monde a fait dans sa vie.

M1 : Mais pas que lié à l'expérience ?

P2 : D'être mère et d'avoir un enfant normal qui se développe, c'est sûr que ça peut jouer.

P5 : Je suis pas convaincu.

P2 : Je sais pas. Moi je pense que les hommes, on est un peu moins ...

P4 : Moi je suis pas convaincue qu'être mère change le comportement...

P6 : C'est un faisceau.

M1 : La question, c'est est ce que c'est le fait d'être une mère ou est-ce le fait d'être une femme ? Est-ce que vous pensez que ça fait vraiment une différence ?

P5 : Moi je pense pas.

P2 : Homme/femme non. Mère peut-être.

P6 : Homme/femme non parce qu'il y a des pères qui disent : « mon enfant je le reconnais plus ».

M1 : Mais vous, en tant que professionnel, par rapport à cette intuition ?

P5 : Non

P6 : Non , je pense pas

P4 : Non

P5 : Et mère non plus, je ne pense pas.

M1 : C'est peut être lié au fait que les infirmières ont un peu plus d'expérience, elles sont un peu plus âgées en général. Et souvent des enfants. Est-ce que vous donneriez... qu'est-ce que vous essayeriez de donner comme définition de ce sentiment, de feeling quoi ... ? Qu'est-ce que vous mettriez comme mot dessus ?

P5 : 1ere seconde de prise en charge, c'est vraiment ça. Le sentiment que j'ai moi dans la première seconde.

M1 : Dans le premier instant...

P2 : Ouais

P1 : Allons plus loin dans notre question. Elle a dit les premières secondes... Ce qui est vrai c'est le regard. Parce que c'est plus le regard que l'audition.

P5 : Mmh...

P1 : Il suffit de le regarder, c'est le first look.

P5 : Le premier regard sur l'enfant.

P6 : C'est le regard.

M1 : Et est-ce que vous pensez que c'est intéressant d'enseigner ça aux étudiants... de leur dire que ça existe ?

P1 : Ah oui

P5 : Oui

P4 : Oui

P6 : Ah oui !

P1 : Et d'ailleurs, s'il vienne aussi souvent que ça soit de Paris 5 ou Paris 7, c'est qu'ils ont entendus qu'on leur faisait voir des malades plutôt que de signer et de remplir des pancartes dans certains services et c'est ça qu'ils cherchent au fond.

P6 : C'est très important ça pour les étudiants. Le regard...

P1 : Et s'ils aiment bien, et il faudrait demander à X, ancien externe du service, c'est peut être justement que dans des conditions pratiques on est confrontés à une diversité de pathologies et lorsqu'ils l'ont vu pour la première fois ou avant... là ils apprennent et ils oublient pas.

P4 : Plus on se retrouve devant des situations différentes et plus on développe ce sens du regard.

P5 : Mais on leur enseigne, de ne pas taper directement à l'ordinateur. De s'installer, de s'asseoir, de rester assis, de ne pas prendre trop de distance et de regarder.

P1 : Ne jamais dire, vous l'allongez sur ... mais de le garder dans les bras. Parce que l'on voit l'interaction avec les parents.

M1 : Est-ce qu'il vous ait déjà arrivé d'avoir des... de recevoir des gamins dont quelqu'un d'autre, un médecin dit : « il a rien mais je le sens pas ! » ? Ça arrive pas, ça chez les ptits ?

P4 : Ils le disent pas dans ces mots-là, souvent ils inventent des motifs de consultation...

P2 : Un peu exotiques.

P4 : Ils brodent. Et ils annoncent des signes cliniques que l'on ne retrouve pas du tout.

P1 : Ce dont nous avons horreurs, c'est quand on voit que deux ou trois dossiers sont glissés dans un. Cela veut dire que c'est une famille qui vient. On a beaucoup de confusion parce que ... mais ils nous aient arrivés que ... alors que c'était celui-là qui était supposé être le plus grave, c'est celui d'à côté qui l'est !

P6 : Il y a cette phrase chez nos collègues : « Je ne trouve pas... Je ne trouve pas... Mais je préfère vous l'adresser. »

M1 : Vous préféreriez que le gars écrive : « j'ai pas un bon feeling face au gamin ».

P5 : Ouais

M1 : Plutôt que d'inventer des trucs...

P4 : Oui, oui....

P1 : Souvent c'est marqué « Prière d'admettre l'enfant machin »...

M1 : Ca fait partie des choses qu'on dit, mais pas qu'on écrit probablement.

P2 : Les parents peuvent le lire et se dire « ce médecin il sait pas bien qu'est ce qu'il se passe » et donc se dire « celui là... »

M1 : J'ai pas compris ça... Dis le toi parce qu'on t'entend pas...

M2 : Est-ce que vous aimeriez qu'il y ait un consensus national sur la définition du gut feeling aux urgences pédiatriques ?

P1 : C'est clairement oui.

P2 : Est-ce que c'est vraiment utile, c'est la question. Pour en faire quoi après ? Est-ce que quelqu'un va vraiment l'enseigner à quelqu'un ?

M1 : Alors, bon ... On arrête. Je vous remercie beaucoup.

P2 : Time out.

M1 : Voilà, Time Out.

P1 : On peut quand même répondre que le gros effort de systématisation qu'avait fait le groupe de Rotterdam, finalement aussi initié par le groupe d'Oxford avec Mike Thompson, qui avait pris si tu veux tous ses enfants qui avaient fait une méningite via le National Health Trust et qui était revenu vers les parents en demandant : « Pouvez-vous me dire à partir du temps zéro... » et ensuite il faisait une description des signes et il montrait que c'était finalement ... qu'il y avait un processus septique qui évoluait tu vois...

P6 : Avant l'apparition du purpura.

P1 : Et au fond, leur grand travail, c'est d'essayer de peser l'importance de ces différents signes cliniques que l'on vient de décrire : d'interrogatoire, d'examen clinique et de voir le poids des examens complémentaires, justement pour faire un diagnostic. On aurait ce même travail, peut être fait sur plusieurs services d'urgence pour qu'il n'y ait pas un biais de recrutement pour aboutir à ces signes cliniques. Tu vois ce que t'as dit : « c'est le premier look », si c'était fait à Bordeaux et à machin, là on pourrait arriver à un consensus national de « d'abord : regarder l'enfant ! »

P5 : Alors moi juste là-dessus, j'ai eu la chance de vivre une méningococcémie en temps réel, par heure, chez moi et donc j'avais un gut feeling négatif vraiment. Et il m'a fallu des signes cliniques objectifs, il m'a fallu un purpura, une fontanelle bombante et un enfant geignard pour aller en consultation aux urgences... avec un gut feeling négatif transitoire pour mon fils.

P1 : Ah bon ?!

P5 : avec une impression négative, un gut feeling qui me disais d'aller aux urgences mais j'y allais pas car je prenais son pouls et ça allait... et il a fallu 3 signes objectifs pour me dire : « c'est bon ». C'est pour ça que je gut feeling, que j'ai vécu en temps réel, en étant médecin mais surtout mère, et pour le coup sur mon fils je peux vous dire comment les choses ont évoluées, la course des dix premières heures du purpura fulminans, et bah pour le coup ce gut feeling négatif Vraiment les plus « casse-gueule » ce sont qui sont fébriles depuis deux heures, parce que d'expérience, je sais que mon fils je l'aurais fait sortir des urgences. Et c'est ça qui me fait très peur : il serait sorti des urgences !

P6 : On a eu en 1998...

P5 : Il serait revenu, mais je l'aurais fait sortir !

P6 : L'enfant avait 10 ans adressé pour syndrome méningé. Il n'avait pas de syndrome méningé. Il fait Num-CRP et le garde aux lits-portes. Le lendemain, à la visite, une pédiatre très expérimentée, la première PH des urgences qui est très clinicienne et qui revoit cet enfant à 9h du matin, elle dit : « je suis d'accord, il n'y a pas de syndrome méningé, la nuque est souple, la CRP est négative et donc cet enfant est sortant ». Donc elle décide de le faire sortir à 9h30, elle le dit à l'infirmière et dit à l'interne : « cet enfant est sortant. » Malheureusement, la famille est pratiquante et ne peut pas signer le papier de sortie un samedi matin, ils disent qu'ils la feront sortir vers 15h. Le médecin se fâche un peu, car on aimerait bien fermer nos

lits-portes à 12h-13h, donc elle prépare les papiers, l'enfant est sortant, le médecin signe, il ne manque plus qu'aux parents de signer. Et elle dit aux infirmières, quand arrive 15 heures, vous libérez l'enfant et c'est tout. Mine de rien, 1h après, cet enfant a frissonné, il est devenu marbré, pas bien du tout et l'infirmière le voit en train de frissonner et appelle le médecin qui tout de suite va balancer les antibiotiques. Elle l'a rempli sur le coup et c'est enfant on l'a perdu malgré tout. Il est arrivé, le pédiatre était sur place, cet enfant il est malheureusement décédé alors que les parents étaient parti à 10h pour revenir à 15h et récupérer leur enfant. Pour vous dire, que desfois ça peut évoluer très très vite.

P6 : Ouais et je pense que parce que c'est variable, que j'aime bien avoir un recul, c'est rassurant.

M1 : De le garder et de le regarder.

P2 : C'est ça la gestion du sentiment du gut feeling.

P5 : Pour le coup, on est deux filles...

P2 : Vous êtes mamans.

M1 : Donc profitez...

P2 : Donc profitez

P6 : J'ai vécu la même chose avec ma fille : « J'ai mal, j'ai pas mal, on va pas à l'hôpital ». je l'ai ramené ici et on m'a dit « c'est pas l'appendicite, rentre à la maison ». J'ai dit « non », ça fait 4 jours qu'elle a mal, c'est qu'il y a un abcès. Et c'est un très bon chirurgien, qui l'a vu et qui l'a examiné, dans la phase intermittente de l'accès douloureux et il m'a dit : « Ecoute, on la revoit demain. » Mine de rien à l'écho, il y a avait un abcès rétro-hépatique avec l'appendice en rétro-hépatique. Et moi j'avais le feeling de maman, moi je vois quand elle a mal. Le chirurgien me dit viens dans vingt minutes, on va faire une coelio, il s'attend a prendre un appendice normal et à partir, sauf que l'abcès a explosé et c'était devenu une petite péritonite. Et elle est restée une heure et demie au bloc. Ça aussi, c'est le feeling d'un médecin qui a de l'expérience ou d'une maman. Comme avec ton fils...

P5 : Moi je dis aux parents d'écouter leur feeling quand ils sortent, je leur dis : « si vous le sentez pas, vous revenez ». Si c'est pas comme d'habitude, écoutez votre inquiétude. Souvent, elle est quand même juste l'inquiétude des parents.

M2 : Dernière question, peut-être, est-ce que sur la définition du gut feeling, une approche « ça colle, ça cloche » en terme de slogan sur l'idée, ça vous parle ?

M1 : Ça colle, ça va, ça cloche : il y a un truc qui colle pas. Vous l'avez dit tous...

P2 : Incohérence c'est ça ?

P1 : Ca cloche : oui, ça je dirais que c'est le mot clef. Ça colle, est-ce que ça colle... euh... non finalement, on cherche à plutôt ce qui cloche... tout dépend comment tu le vois... d'ailleurs on a commencé à te donner une définition négative avec aussi l'enfant qui va bien, donc en fait il y a une image en miroir. Ça colle je comprends que ça soit l'expression en

miroir. Les gens entendront l'espèce de cloche d'alarme dans ça cloche... c'est comme une alarme ... Ça colle ... euh ... colle c'est pas trop parlant. Mais cherchez ce qui cloche : ça oui, là on est dans le gut feeling !

M1 : Ok.

P2 : C'est un slogan, pas une définition : on est d'accord ?

M1 : C'est ce qui était sorti en fait

P6 : C'est comme les antibiotiques, c'est pas automatique.

M1 : Voilà, on a déjà fait un travail considérable pour savoir ce que les gens mettaient comme mots sur ce ressenti là et en France chez les généralistes il y a « ça colle », il y a des trucs qui collent ou bien ça cloche : il y a quelque chose qui n'est pas utilisé comme un élément diagnostic mais comme un élément de compas. Je vais faire plus d'examens, demander d'autres avis etc... Chez les allemands, ils disent « das stimmt nicht ! », les néerlandais : « c'est pas d'equerre » et les turcs par un truc qui se traduit : « I don't smell it ».

P2 : Je le sens pas...

M1 : Ouais mais « I don't smell »

P1 : C'est très amusant de voir qu'en français « je le sens, je le sens pas », ça c'est clair qu'on est dans l'odeur, dans l'anglais c'est gut donc les tripes, le hollandais c'est carré ou pas carré, eux plus dans le rationnel

P2 : En italien, c'est un truc qui ne va pas tout droit, un obstacle difficile à définir. Quelque chose qui ne vas pas droit, qui cloche quelque part.

P1 : Il faut essayer de voir, quelles sont les différentes expressions dans les langues du gut feeling. Ça veut dire la même chose, mais ça prend des images qui sont totalement différentes.

M1 : Donc ce qu'on va faire à partir de ça, c'est le travail de X, c'est faire un travail de consensus d'experts, demander aux gens un certains nombres d'items et classer les items afin de savoir s'ils sont d'accords, s'ils se mettent d'accord en tout cas sur la définition qu'on va donner au gut feeling. Le truc de la définition, c'est de le publier, de se mettre d'accord sur un cœur commun de définition et quand on utilisera le même mot, ça voudra dire la même chose. Le Gut Feeling qui a été utilisé dans le BMJ sur les infections sévères n'est pas le même gut feeling que celui utilisé jusqu'alors. Puisque ça inclus les éléments cliniques, qu'il n'y a pas alors que jusqu'alors ce n'était que de l'impression. Ils ont pas voulu appeler cela intuition, car dans ces dimensions d'incertitude ... de trouille. On va faire consensus national et international en anglais aussi auprès des pédiatres. Un travail ultérieur, si vous avez des candidats, chez les infirmières. Par ailleurs, on a un autre travail qui est fait, qui va être mené aux urgences adultes sur les embolies pulmonaires, parce que ça a des signes à la con, et ensuite appeler le médecin généraliste et on va leur demander via des questionnaires, un questionnaire gut feeling. Des études test ont déjà été menées... à la louche on a 7% des embolies pulmonaires envoyées aux urgences par le généraliste sur : « il a rien mais je le sens pas ». Il a une vague douleur, il a un peu toussé mais bien sûr qu'il n'a pas les signes cliniques.

P2 : Par rapport à combien qu'il envoi et qui n'ont effectivement rien ?

M1 : Ah bah, justement on va voir par rapport aux fausses alertes.

P1 : Ce qui serait intéressant, c'est de savoir si le gut feeling que nous appliquons plutôt à la recherche des infections graves... mais peut être sur d'autres pathologies... et la différence avec les urgences adultes... et entre médecins et infirmières...

M1 : Mon caramel à moi qui suit neuro-histo-bioch , je suis convaincu que c'est de l'odorat et qui si on fait de l'imagerie on va flasher en otorinal et ça j'aimerais bien , mais il faut du pognon... Pour l'instant le groupe gut feeling en a mais pas assez pour faire ça... de l'imagerie à ré-évoation... j'ouvre la porte, la secrétaire me dit « il dégueule » et il est pas jaune , il est pas gris mais je me dit « toi tu pues. Toi t'as un truc. » et effectivement il avait un truc. Et à la ré-évoation de celui-là en particulier qui m'a marqué parce que voilà, essayer de voir où ça s'allume.

Parce que c'est probablement un ensemble. Après on peut avoir la vision d'Edgar Allan Poe où le personnage dans le livre marche à coté de quelqu'un et au fur et à mesure qu'il marche à côté de lui, il le décrit de plus en plus précisément. Et il sait de plus en plus de chose sur lui à partir de petits détails... Alors peut être qu'effectivement c'est une histoire de « framework » qui va pas. On en a vu plein dans ce cadre-là et puis là... ça coince dans les coins...

P5 : Ouais

M1 : C'est peut être autre chose...

P2 : Ca ne rentre pas dans le cadre.

M1 : Voilà, ça ne rentre pas dans le cadre. Ca ne rentre pas dans le cadre conceptuel de la maladie. Et que j'ai affiné au fur et à mesure de ma pratique, et c'est comme ça.

P6 : Si ça déborde, c'est qu'il y a un truc qui colle pas.

M1 : Peut-être que c'est ça, et peut être que probablement c'est pas uniquement ça. Finalement on n'arrive pas à l'exprimer avec des mots très clair, parce qu'on est dans l'ordre de la sensation.

P5 : Tout à fait.

M1 : Et c'est pour ça qu'ils ont appelé ça « Gut Feeling » parce que c'est de l'ordre de la sensation. Il y a un truc que je sais pas bien dire mais qui me touche... Et bien merci beaucoup à tous.

P2 : Merci à vous.

P6 : Merci à vous.

P1 : C'était un échange riche.

----- FIN DE FOCUS GROUP -----

Annexe 5 : Email d'invitation à la 1ere ronde Delphi nationale sur le gut feeling aux urgences pédiatriques

Bonjour,

Je me permets de vous contacter après le mail du Dr ... concernant ma thèse sur le Gut Feeling aux urgences pédiatriques françaises.

Cette dernière est résumée sur la fiche de thèse ci-jointe décrivant le thème, le contexte, la question de recherche, la méthodologie employée ainsi que les retombées possibles.

Je vous joins également l'analyse du Focus Group réalisé le 23/07/2014 à Robert Debré au sein du service des urgences pédiatriques (Paris).

Je recherche actuellement une vingtaine d'urgentistes pédiatriques français répartis sur tout le territoire pour bien vouloir participer à une ronde DELPHI nationale et permettre de trouver une définition consensuelle du Gut Feeling au sein de votre profession.

Il faudrait au maximum que 3 experts participent par service (dont 1 ayant plus de 5 ans d'expérience en tant que sénior en pédiatrie, 1 ayant moins de 5 ans d'expérience en tant que sénior ainsi qu'un expert n'étant pas pédiatre mais pouvant être urgentiste ou généraliste par exemple).

Ils pourront ainsi remplir une fiche d'information permettant que je regroupe leurs caractéristiques et une fiche permettant de noter les critères de définition de 1/10 (pas du tout d'accord) à 10/10 (tout à fait d'accord). Chaque critère ayant plus de 70% de participants notant plus ou égal à 7/10 sera validé. Sinon, un critère modifié à partir de vos commentaires sera proposé en 2e ronde et ainsi de suite.

Je vous joint également l'article du BMJ cité dans la bibliographie ainsi que la première thèse de sciences écrite sur le Gut Feeling.

En vous remerciant de l'aide que vous apporterez à cette étude.

Très respectueusement,

Thomas Pernin

Thème	Transdisciplinarité du Gut Feeling dans la détection d'infections sévères chez l'enfant au sein des services d'urgences pédiatriques français
Justification	<p>En médecine générale, la pédiatrie correspond à une part importante des consultations en ville [1]. Les enfants sont souvent accompagnés par l'un des deux parents portant une inquiétude quant à leur état de santé. Le médecin faisant face à des situations cliniques complexes, des plaintes difficilement expliquées par les enfants peut ressentir un « sentiment d'alarme ».</p> <p>Afin de décrire cette situation de « malaise » face à un diagnostic incertain, les médecins généralistes néerlandais ont apportés le concept de Pluis/Niet Pluis, Niet plus correspondant à « pas droit, pas d'équerre » et Pluis correspondant à une confiance quant à l'évolution de l'état de santé malgré l'incertitude diagnostique.</p> <p>Le Dr Erik Stopler avec l'aide de l'EGPRN (European General Practice Research Network) décide de fonder en 2008 The European Expert Group on cognitive and interactive processes in diagnosis and management in General practice (CogitaProDiaman) afin d'étudier de manière internationale et multicentrique le concept de gut feeling (GF). [5]</p> <p>Ce concept se décompose en un 'sentiment de réassurance' face à une incertitude</p>

diagnostique ou par un 'sentiment d'alarme' amenant à pousser les investigations.

En 2009, Magali Coppens reprend la méthode DELPHI dans sa thèse de médecine générale [2] afin de valider les 7 critères consensuels initiaux du gut feeling par des médecins généralistes universitaires français.

Un article de 2012 du British Medical Journal Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study [1] met en lumière la place que peut avoir le gut feeling dans la prise en charge des infections sévères de l'enfant. Cette étude observationnelle basée en Flandre (Belgique) et datant de 2004 s'intéresse à la réponse intuitive de médecins généralistes en contexte de soins primaires face à 3390 enfants de 0 à 16 ans et la potentielle détection d'infections sévères. On demande ici une « clinical impression » (observation subjective que la maladie est grave selon l'histoire de la maladie, l'observation et l'examen clinique) et si le Gut Feeling suggère que l'enfant a quelque chose de plus sérieux. Ici le gut feeling est décrit comme un sentiment intuitif que quelque chose clochait même si le clinicien était incertain pourquoi.

Les infections sévères correspondaient à une admission à l'hôpital dans les 24heures ou plus pour pneumonie, sepsis, méningite virale ou bactérienne, pyélonéphrite, cellulite, ostéomyélite ou gastro-entérite d'origine bactérienne.

Sur 3390 enfants, 3369 étaient considérés sans signes de gravité après examen clinique éliminant des « red flags ». 6 enfants / 3369 (0.2%) ont eu une infection sévère. Le Gut Feeling était présent sur 2 enfants atteints d'infection sévère sur 6 et sur 44/3369 enfant non atteints. Le Likelihood-ratio positif était $LR+ = 25.5$ ($IC95\% = 7.0 - 82$) et on n'observait pas de différence entre les praticiens ayant plus ou moins de 10 ans d'expérience.

Le Gut Feeling était surtout augmenté s'il y avait des antécédents de convulsions ($OR = 80.5$, $IC 95\% = 6.2 - 1051$). Il se retrouvait légèrement augmenté selon l'apparence de l'enfant, la manière de respirer, le niveau de conscience.

Le facteur contextuel le plus important était l'inquiétude parentale quant à la différence du tableau clinique par rapport auparavant ($OR=36.3$, $IC95\% = 12.3-107$).

En conclusion, le gut feeling quant à la sévérité d'une maladie chez l'enfant est une réponse instinctive du clinicien face à l'apparence générale de l'enfant et l'inquiétude parentale. Cela devrait inciter à demander un avis spécialisé ou à pousser les investigations.

Dans une méta-analyse sur les règles de prédiction d'une infection sévère chez l'enfant dans les services d'urgences [17], les auteurs rappellent un problème récurrent dans ces structures : ne pas diagnostiquer une infection grave potentiellement dangereuse pour le devenir de l'enfant ainsi que le problème de saturation des ressources hospitalières. Les auteurs ont identifiés dans la littérature 1939 articles avec les 5 termes suivants : infections sévères, enfants, ATCD-examen clinique, test de laboratoire et soins ambulatoires. 35 articles ont été sélectionnés (1 étude se faisait en ville, les autres aux urgences) sur des critères de bonne méthodologie. Les éléments prédictifs les plus reliés à une infection sévère de l'enfant étaient l'inquiétude parentale et le fait que le clinicien pense que « something was wrong ». La PCT et la CRP avait une valeur prédictive plus importante qu'une NFS.

Après relecture de la littérature, il semble que la définition de « gut feeling » soit très clairement établie par les médecins généralistes et que cette notion commence à être utilisée dans les articles concernant la détection précoce des infections sévères de l'enfant sur le plan européen.

En effet, la transculturalité du gut feeling a été démontrée par des études précédentes. [18]

	<p>Certains articles parlent « d'intuition », d'autres de « gut feeling », de « something was wrong » ou encore de « black box ». Il serait donc intéressant d'harmoniser le langage des chercheurs sur le concept de gut feeling en urgences pédiatriques afin de pouvoir comparer de manière efficace les différentes études européennes.</p>
Hypothèse et question	<p>Hypothèse : Le Gut Feeling, uniquement étudié de manière qualitative en médecine générale à ce jour, est un concept de plus en plus utilisé dans le domaines de la détection des infections sévères de l'enfant. De premières études néerlandaises (cf congrès COGITA 8 mai 2014 / EGPRN - Barcelone) soulignent la transdisciplinarité du gut feeling pour des spécialités hospitalières comme les urgences, la pédiatrie et la médecine interne. L'hypothèse serait que le concept de gut feeling soit transposable aux urgentistes pédiatriques en France.</p> <p>Question : Le Gut feeling est-il applicable au sein des services d'urgences pédiatriques français dans le cadre de la détection des infections sévères de l'enfant ? Si oui, avec quelle définition précise et quelles modifications par rapport à la définition établie par les médecins généralistes ?</p> <p>NB : on s'attend à une transdisciplinarité avec quelques critères modifiés</p>
Méthode	<p>Méthode de recherche QUALITATIVE conseillée par le groupe de recherche européen COGITA (http://www.gutfeelings.eu/)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etape 1 : FOCUS GROUP avec 6 urgentistes pédiatriques français de l'hôpital Robert Debré pour savoir s'il reconnaissent le concept de Gut Feeling comme familier et si les critères consensuels leur conviennent. (conception de l'entretien semi dirigé, constitution du groupe, restitution et analyse) => réalisé - Etape 2 : Analyse du Focus Group et création de propositions de critères de définition du Gut Feeling à partir des critères des généralistes universitaires français + résultats du Focus Group => réalisé - Etape 3 : Organisation d'une procédure DELPHI nationale avec une vingtaine d'urgentistes pédiatriques pour arriver à un consensus national quant à la définition du Gut Feeling dans la détection des infections sévères de l'enfant au sein des services d'urgences pédiatriques (préparation DELPHI, gestion de la DELPHI, résultats et analyse). Tous les services français intéressés seraient invités, avec au maximum 3 experts par service dont 1 avec plus de 5 ans d'expérience au sein d'un service d'urgences pédiatriques et 1 autre avec une expérience inférieure à 5 ans. 1 expert non pédiatres (ex : généraliste, DESC urgences) par service sera aussi invité pour assurer l'exhaustivité de la population concernée. => en cours de proposition - Etape 4 : synthèse
Retombées de la thèse	<p>Publication dans des journaux français et européens de recherche en médecine générale, en urgence et en pédiatrie. Validation d'un concept chez les acteurs de premiers accès au soin.</p> <p>APPORT D'UN CONSENSUS NATIONAL sur la définition du GF en urgences pédiatriques et donc proposition d'une base avec définition solide pour la suite des recherches quantitatives dans le domaine.</p> <p>Extension du travail de recherche à d'autres pays francophones puis anglophones dans le cadre d'un PhD à l'Université d'Anvers (Belgique)</p>

Rôle de l'interne:	<p>Participation totale de l'interne à la bibliographie, à la création de question de recherche, de la méthodologie, du recueil des résultats.</p> <p>Aide par Dr Baumann, groupe européen de recherche COGITA, Pr Bourrillon, Pr Mercier et autres experts internationaux. Participation en congrès pré EGPRN avec présentation d'un powerpoint en anglais le 8 mai 2014 - présentation en anglais "on-going study" au Clinical Workshop on Medical Decision Making de Marburg (Allemagne avril 2015) et au 80e congrès du réseau de recherche européen en médecine générale à Timisoara en Mai 2015 - Roumanie (Full Oral Presentation 30')</p>
Bibliographie	<p>[1] Ann Van den Bruel, Matthew Thompson, Frank Buntinx, and David Mant, Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study, <i>BMJ</i> 2012,345:e6144 doi: 10.1136/bmj.e6144.</p> <p>[2] Magali SUQUET COPPENS, "Thèse de Médecine Générale de Magali Coppens : Le 6ème sens en médecine générale : Validation d'un consensus néerlandais., UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE FACULTE DE MEDECINE DE BREST, 2009.</p> <p>[3] Regher et al, Effect of processing strategy on diagnostic skill in dermatology , <i>Dermatology Acad Med</i> 1994.</p> <p>[4] Bechara et al, "Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy."</p> <p>[5] E. STOLPER, Y. VAN LEEUWEN, P. VAN ROYEN, M. VAN DE WIEL, M.VAN BOKHOVEN, P. HOUBEN, S. HOBMA, T. VAN DER WEIJDEN & G.JAN DINANT, Establishing a European research agenda on 'gut feelings' in general practice. A qualitative study using the nominal group technique, <i>European Journal of General Practice</i>, 2010, Early Online, 1-5.</p> <p>[6] Erik Stolper, PhD Thesis : Gut Feelings in General Practice, Université de Maastricht, 2010.</p> <p>[7] Moreau A et Al. , S'approprier la méthode du focus group, <i>La revue du praticien, Médecine générale</i>. Mars 2004, tome 18, n°645:382-4.</p> <p>[8] Butinx et al. , Chest pain in General Practice or in the hospital emergency department : is it the same ?, <i>Fam Pract</i> 2001</p> <p>[9] Dr. Johannes Hauswaldt, A gut feelings in general practice' glossary of terms, 10–10-2011.</p> <p>[10] E. Chipeaux , Doctorat d'Etat en Médecine - Le gut feeling chez les médecins généralistes de terrain du Finistère: définition, modélisation et implications , Université de Brest , 2011.</p> <p>[11] Thompson, Recognition of meningococcal disease, <i>Lancet</i> 2006.</p> <p>[12] Almond et al., Diagnostic safety netting, <i>Br Gen Pract</i> 2009 .</p> <p>[13] Heneghan et al., Diagnostic strategy used in primary care , <i>BMJ</i> 2009.</p> <p>[14] Ian Wacogne, Diagnosis: clinician's gut feeling helps detect children with serious infection, <i>Arch Dis Child Educ Pract Ed</i> 2013,98:197</p>

[15] Greenlagh et al. , Intuition and evidence - uneasy bedfellows ?, Br J Gen Pract 2002.

[16] Gurpreet Dhaliwal, "Going with your gut," J Gen Intern Med. 2011 February, 26(2): 107–109. Published online 2010 November 23. doi: 10.1007/s11606-010-1578-4.

[17] M Thompson, A Van den Bruel, J Verbakel, M Lakhanpaul, T Haj-Hassan, R Stevens, H Moll, F Buntinx, M Berger, B Aertgeerts, R Oostenbrink and D Mant, "Systematic review and validation of prediction rules for identifying children with serious infections in emergency departments and urgent-access primary care," Health Technology Assessment 2012, Vol. 16: No. 15.

[18] Jean-Yves Le Reste , Magali Coppens , Marie Barais , Patrice Nabbe , Bernard Le Floch , Benoît Chiron , Geert Jan Dinant, Christophe Berkhout , Erik Stolper & Pierre Barraine , "The transculturality of ' gut feelings ' . Results from a French Delphi consensus survey," European Journal of General Practice, 2013, Early Online: 1–7.

Annexe 6 : Fiche d'information à remplir par les experts de la ronde Delphi nationale

Cette fiche d'information me permettra de détailler dans ma thèse la typologie de mon groupe d'expert. Je vous remercie d'avance de la remplir et de me la renvoyer par email à docteur.pernin@gmail.com

Toutes les données seront anonymes dans le rendu de ma thèse.

Vous recevrez, bien sûr, le fichier de la thèse quand cette dernière sera finalisée.

Très respectueusement,

T. PERNIN – Interne en Médecine Générale – Université Paris Diderot

Nom :

Prénom :

Sexe :

Age :

Service d'exercice : Urgences Pédiatriques / Pédiatrie Générale / Pédiatrie Spécialisée / Réanimation Pédiatrique

Ville et hôpital d'exercice :

Fonction : PU-PH / MCU-PH / PH / PA / PHC / CCA

Nombre d'années d'expérience de sénior en pédiatrie :

Médecin généraliste : OUI / NON

Nombre d'enfant (*pour apprécier dans un deuxième temps un éventuel lien avec le critère en rapport avec la parentalité*) :

Annexe 7 : Proposition initiale de critères de définition du Gut Feeling par T Pernin et L Baumann

1ere Ronde Delphi

Je vous remercie de bien vouloir compléter ce document en notant chaque critère de définition du gut feeling de 1/10 (pas du tout d'accord) à 10/10 (totalement d'accord) et de laisser un commentaire joint, surtout si votre note est inférieure à 7/10 afin de pouvoir proposer un critère modifié pour la prochaine ronde DELPHI.

Vous pouvez me renvoyer cette fiche par email à docteur.pernin@gmail.com

Vous recevrez à l'issue de la première ronde, un tableau synthétisant les réponses de chaque expert de manière anonyme, et saurais ainsi quels critères ont déjà été acceptés.

*En vous remerciant encore de votre aide,
T. PERNIN – Interne en Médecine Générale, Université Paris-Diderot*

Nom de l'expert :

Proposition de critères de définition du Gut Feeling aux Urgences Pédiatriques

Par Thomas Pernin et L. Baumann

CRITERE 1

Le Gut Feeling négatif du médecin aux urgences pédiatriques est une sensation d'alarme surtout liée à la non concordance des plaintes exprimées par l'enfant ou ses parents et les éléments sémiologiques retrouvés par le médecin.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 2

Le gut feeling négatif active le processus diagnostique du médecin aux urgences pédiatriques en le poussant à formuler et examiner des hypothèses de travail et de diagnostic pouvant impliquer des conséquences graves, sérieuses pour l'enfant.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 3

Le Gut Feeling négatif implique que le médecin aux urgences pédiatriques se méfie de l'état de santé de l'enfant quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui cloche.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 4

Le Gut Feeling négatif signifie que le médecin aux urgences pédiatriques va aller plus loin dans sa démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau et/ou les craintes présentées par l'enfant ou ses parents.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 5a

Le Gut Feeling négatif peut impliquer un temps d'observation afin d'évaluer l'évolution des signes cliniques chez l'enfant.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 5b

Le Gut Feeling négatif (sentiment d'alarme) peut se transformer en Gut Feeling positif (sentiment de réassurance) si le temps d'observation a permis d'écarter un possible évolution vers un tableau d'infection sévère de l'enfant.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 6a

Le Gut Feeling est une intime conviction du médecin aux urgences pédiatriques tant sur la cohérence clinique que sur la cohérence de la relation entre l'enfant et ses parents.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 6b

Le Gut Feeling parental est un élément de surveillance à prendre en compte et à encourager aux urgences pédiatriques.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 7

Le Gut Feeling est indissociable d'une analyse rigoureuse par l'interrogatoire, l'observation, la palpation et l'observation clinique aux urgences pédiatriques.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 8

Le Gut Feeling est influencé par le nombre d'années d'expérience aux urgences pédiatriques.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 9

Le Gut Feeling est un sentiment qui est partagé et cohérent avec les autres professionnels de santé aux urgences pédiatriques.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 10a

Il n'y a pas de différence en matière de Gut Feeling aux urgences pédiatriques entre les hommes et les femmes médecins.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 10b

Le Gut Feeling n'est pas influencé par la parentalité ou non du médecin aux urgences pédiatriques.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 11

Le Gut Feeling est un sentiment émergeant lors du premier regard posé sur l'enfant.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 12

Il est nécessaire d'enseigner la notion de Gut Feeling aux étudiants en médecine et aux internes.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 13

Le Gut Feeling pourrait être perçu comme un motif d'envoi aux urgences pédiatriques valable et à assumer par les médecins généralistes pour favoriser la clarté du relais de prise en charge.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

CRITERE 14

Le Gut Feeling aide à la prise de décision par le médecin aux urgences pédiatriques dans des situations d'incertitude.

Note de l'expert : /10

Commentaires de l'expert :

Annexe 8 : Recueil détaillé des notes de chaque critère pour chaque participant pour la première ronde Delphi

Ici :

- Px = participant n° x
- cx = critère x proposé en première ronde Delphi
- nb oui = nombre de participants sur les 24 présents ayant noté le critère 7/10 (inclus) ou plus
- nb non = nombre de participants sur les 24 présents ayant noté le critère en dessous de 7/10 (exclus)
- taux d'acceptation = taux de participants présents ayant noté le critère 7/10 (inclus) ou plus

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	nb oui	nb non	% acceptation
c1	6	10	7	9	5	8	5	5	5	6	8	8	4	9	6	8	5	6	8	8	1	10	7	5	12	12	50,00%
c2	6	10	10	3	9	9	9	8	10	9	10	9	9	10	7	5	7	8	8	8	9	6	9	7	20	4	83,33%
c3	7	10	10	8	10	7	9	8	9	6	10	10	6	10	8	7	8	9	7	10	9	10	10	10	22	2	91,67%
c4	7	10	10	9	5	6	9	9	10	9	10	10	9	10	8	7	8	8	8	10	10	9	10	10	22	2	91,67%
c5a	8	10	10	9	9	10	9	9	10	8	10	9	9	10	8	9	9	7	8	9	10	10	10	8	24	0	100%
c5b	8	5	10	1	7	10	9	8	10	7	10	9	9	10	8	9	9	8	7	8	9	10	8	8	22	2	91,67%
c6a	8	5	10	4	5	9	5	2	6	10	8	9	4	10	5	8	3	5	5	6	5	5	8	8	10	14	41,67%
c6b	10	10	8	1	10	8	9	6	8	9	9	10	6	9	5	9	5	5	7	10	8	8	10	8	18	6	75,00%
c7	10	10	10	9	5	10	10	10	10	10	7	10	9	10	9	9	10	10	8	9	10	9	9	10	23	1	95,83%
c8	8	10	7	5	9	8	7	10	9	7	5	7	7	10	4	9	9	9	8	8	10	10	7	9	21	3	88%
c9	8	10	8	7	8	7	5	9	9	7	6	8	5	10	6	7	6	8	4	6	8	6	5	8	15	9	62,50%
c10 a	10	5	10	6	5	10	9	9	10	9	10	8	5	10	8	6	5	9	5	6	10	4	9	7	15	9	62,50%
c10 b	10	5	10	2	3	9	2	9	8	4	10	10	3	10	5	7	3	7	6	5	8	7	9	5	13	11	54,17%
c11	10	10	8	8	8	8	8	6	10	6	10	10	6	10	6	8	6	7	8	8	10	10	6	10	18	6	75,00%
c12	6	10	10	7	8	10	8	7	10	8	8	10	3	7	6	8	5	6	7	10	5	8	10	8	18	6	75,00%
c13	6	5	3	5	7	4	8	4	10	10	10	10	4	10	8	7	5	7	6	9	1	5	8	6	12	12	50,00%
c14	9	8	8	5	8	7	4	5	10	10	10	9	4	10	7	8	7	8	6	8	10	9	8	7	19	5	79,17%

Annexe 9 : Commentaires des participants sur les critères initiaux de définition du Gut feeling proposés

CRITERE 1

Le Gut Feeling négatif du médecin aux urgences pédiatriques est une sensation d'alarme surtout liée à la non concordance des plaintes exprimées par l'enfant ou ses parents et les éléments sémiologiques retrouvés par le médecin.

Commentaires de l'expert 3: « Je ne crois pas. C'est plutôt l'inverse, soit tous les critères en bas. »

Expert 4 : J'enlèverai le mot « surtout »

Expert 5 : « Le GF neg n'est pas lié qu'à la non concordance entre plaintes et éléments sémiologiques, mais également à des éléments cliniques difficiles à objectiver clairement. »

Expert 6 : « Plaintes dépendent de la culture et des expériences négatives passées des parents/de l'enfant, du vécu subjectif de la douleur, de l'anxiété parentale. Cependant permet une attention plus particulière à l'examen clinique alors qu'au départ on n'est pas forcément inquiet, incite à une réévaluation de l'enfant. »

Expert 7 : « Plus lié à l'état clinique du patient (réactivité, coloration cutanée, expression du visage...) »

Expert 8 : « C'est plutôt la sensation d'alarme devant l'aspect clinique inquiétant d'un enfant alors que, par exemple, son bilan biologique réalisé préalablement est normal ou que l'on découvre à l'examen d'un enfant accompagné pour un motif X des éléments orientant vers une pathologie grave inattendue ou une situation de maltraitance par exemple. »

Expert 9 : « Je pense que le gut feeling négatif du médecin peut aussi être une sensation d'alarme liée au fait que le médecin retrouve un élément sémiologique minime (à côté duquel on pourrait passer facilement ou qui paraît subjectif) mais qui concorde avec les plaintes des parents ou de l'enfant. »

Expert 10 : « Il s'agit aussi d'une alarme liée à l'absence ou au manque de cohérence entre eux des différents symptômes/plaintes entraînant une gêne à la compréhension globale de la situation. »

Expert 13 : « Ce sont surtout sur les éléments sémiologiques retrouvés par le médecin »

Expert 14 : « Je pense que le Gut Feeling négatif est aussi influencé par la survenue récente aux urgences d'un cas d'infection grave. »

Expert 17 : « Cette définition me fait plutôt penser à la maltraitance ! Il y a des parents anormalement inquiets et d'autres au contraire « inconscients » ... »

Expert 18 : « La non concordance clinique/ plainte me semble plus juste pour le gut feeling positif »

Expert 21 : « Pas d'accord. Il s'agit plutôt d'une sensation que quelque chose ne va pas , le plus souvent mis en avant pas les familles qui elles aussi sont inquiètes, mais pas toujours facile à objectiver ni rationaliser par l'examen clinique . L'inverse est très rare (inquiétude médicale alors que la famille ne l'est pas), les familles consultent rarement « par hasard » aux urgences. »

Expert 23 : « Le terme « surtout lié » me paraît très fort. Il me semble « en grande partie lié » mais pas exclusivement. »

Expert 24 : « 1) Il me semble que c'est plutôt dès l'anamnèse et le « quick look » (et non à l'examen clinique) que se manifeste ce gut feeling négatif. La plainte de l'enfant et/ou des parents étant généralement exprimée comme une inquiétude il y a rarement de la discordance.

2) Pour compléter ceci, je dirais que la situation de première ou deuxième ligne (en // aux IDE) peut d'emblée biaiser la perception du gut feeling.

Nous bénéficions de critères de tri qui généralement sont efficaces. Je me pose donc en deuxième ligne. Ce gut feeling négatif peut être parfois exagéré ou sous estimé (à tort donc) par les infirmières et c'est là souvent que se situe la discordance à l'origine de ce sentiment : discordance entre l'examen et l'orientation enregistrée. »

CRITERE 2

Le gut feeling négatif active le processus diagnostique du médecin aux urgences pédiatriques en le poussant à formuler et examiner des hypothèses de travail et de diagnostic pouvant impliquer des conséquences graves, sérieuses pour l'enfant.

Commentaires de l'expert 3 : « Oui »

Expert 4 : « Définition trop large, il faut y inclure la notion de « diagnostics autres que ceux suggérés par les éléments cliniques » »

Expert 6 : « Oui, incite à chercher des causes/diagnostics plus rares, à pousser l'interrogatoire et à réévaluer l'enfant. »

Expert 9 : « Un gut feeling négatif nous pousse à être plus attentif dans l'interrogatoire et l'examen clinique, à réaliser plus facilement un ou des examens complémentaires parfois invasifs et à hospitaliser le patient, ainsi qu'à demander un autre avis (confrère urgentiste plus expérimenté ou spécialiste). »

Expert 17 : « OK, mais c'est un peu la base du travail aux urgences ; formuler des hypothèses et éliminer les diagnostics rares mais potentiellement graves. »

Expert 20 : « Peut être à tort mais on ne sait jamais... »

Expert 24 : « Plutôt que graves et sérieuses je dirais plutôt

- Invasives
- Impliquant des délais de séjour aux urgences susceptibles de s'allonger. »

CRITERE 3

Le Gut Feeling négatif implique que le médecin aux urgences pédiatriques se méfie de l'état de santé de l'enfant quand bien même il/elle ne dispose pas pour cela d'arguments objectifs : il y a là quelque chose qui cloche.

Commentaires de l'expert 3 : « Oui »

Expert 4 : « Personnellement j'enlèverai la phrase « il y a là quelque chose qui cloche ». Au minimum je rajouterai des guillemets. »

Expert 6 : « Qu'entendez-vous par « se méfier » ? c'est-à-dire examiner en profondeur les hypothèses diagnostiques pour moi le critère 2 veut dire la même chose et est mieux formulé. »

Expert 9 : « « je ne le sens pas » peut effectivement être un argument pour aller plus loin dans la prise en charge diagnostique voire décider de surveiller l'enfant en hospitalisation. Un seul bémole : « je ne le sens pas », à mon sens, doit inciter à rechercher un maximum de signes objectifs à l'interrogatoire et l'examen clinique pour corroborer cette « sensation ». »

Expert 10 : « Pour moi, il y a des éléments objectifs mais on a du mal à les expliquer et à les relier entre eux (cf 1) »

Expert 13 : « Il doit pouvoir exprimer ce « quelque chose qui cloche » »

Expert 17 : « on est bien dans le subjectif ... »

Expert 20 : « C'est typiquement le « je ne le sens pas » »

Expert 21 : « Se rapporte au commentaire fait question 1 »

CRITERE 4

Le Gut Feeling négatif signifie que le médecin aux urgences pédiatriques va aller plus loin dans sa démarche diagnostique ou relationnelle jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau et/ou les craintes présentées par l'enfant ou ses parents.

Commentaires de l'expert 3: « Oui »

Expert 5 : « Le GF nég conduit le médecin à aller plus loin, mais pas nécessairement jusqu'à comprendre ce qui se passe. Le but est de se donner du temps pour exclure quelque chose de grave (au besoin avec des examens, mais pas nécessairement) »

Expert 6 : « Jusqu'à ce qu'il ait compris » plutôt « pour essayer d'expliquer » puisque que l'explication ne se trouve ni dans l'interrogatoire ni dans l'examen clinique initial et ne se trouvera peut-être pas dans la réévaluation ! (un gut feeling négatif peut se positiver sans que l'on comprenne pourquoi) »

Expert 9 : « C'est un élément sérieusement pris en compte et qui suffit à justifier un bilan ou une hospitalisation. Dans au moins 3/4 des cas, je dirais, les craintes étaient justifiées. »

Expert 21 : « Il paraît en effet ultra important de faire détailler aux parents ce qui les inquiète précisément. Cela permet d'abonder dans leurs inquiétude et d'avancer vers le diagnostic, ou au contraire de les rassurer selon la nature des inquiétudes exprimées (ex : « la fièvre ne baisse pas après paracétamol versus je ne l'ai jamais vu aussi fatigué »). »

CRITERE 5a

Le Gut Feeling négatif peut impliquer un temps d'observation afin d'évaluer l'évolution des signes cliniques chez l'enfant.

Commentaires de l'expert 3: « Oui »

Expert 6 : « Oui c'est ce que nous faisons tous en pratique hospitalisation ou reconvoction des enfants « que l'on ne sent pas » »

Expert 9 : « L'observation (suffisamment longue) est essentielle dans ce cas, permettant de réagir rapidement si dégradation, ou dans le cas contraire de rassurer les parents et d'éviter certains examens complémentaires. »

Expert 10 : « Pas peut, doit impliquer un temps d'observation. »

Expert 14 : « C'est même préférable avant de se lancer dans des examens complémentaires peut-être inutiles ... »

Expert 18 : « Difficile à appliquer dans un service d'urgence, quelle durée est nécessaire, comment observer : salle d'attente et réévaluation, hospitalisation UHCD mais nous ne sommes plus alors forcément le médecin responsable de l'enfant. »

Expert 21 : « C'est la raison d'être des UHCD. »

Expert 24 : « Fonction quand même du motif : pour une GEA (oui, facile) mais pour les autres infections plus difficiles (modalités, hospit ? ZSTCD ? pour quoi ?) »

CRITERE 5b

Le Gut Feeling négatif (sentiment d'alarme) peut se transformer en Gut Feeling positif (sentiment de réassurance) si le temps d'observation a permis d'écarter un possible évolution vers un tableau d'infection sévère de l'enfant.

Commentaires de l'expert 2 : « Pas d'accord avec la fin de la phrase. Si le temps d'observation ne clarifie rien, il faut repartir à la case départ. »

Expert 3: « Oui »

Expert 4 : « Non, après un temps d'observation on peut être rassuré mais c'est en soi un élément objectif et non subjectif. Cela ne correspond donc pas à du gut feeling. »

Expert 5 : « Par définition, le GF est un sentiment d'alarme, qui échappe au rationnel. Je ne suis pas sûr qu'il existe un GF positif. Effectivement, l'évolution favorable permettra de rassurer sur quelque chose de grave, mais on sera là plus dans du rationnel que dans du sensible. »

Expert 6 : « tb définition »

Expert 9 : « Rester prudent tant qu'on a pas d'explication à l'impression initiale... »

Expert 17 : « d'où l'intérêt de ce temps d'observation ! »

Expert 21 : « Le résultat des examens complémentaires peut aussi y contribuer, sans cetet période d'observation (BU et ou ex direct des urines neg, Rx Thorax nle, LCR nle, abs de syndrome inflammatoire...) »

Expert 24 : « Oui, mais garder un temps d'observation est parfois difficile à justifier pour un élément subjectif. Et combien de temps peut on s'accorder ? »

CRITERE 6a

Le Gut Feeling est une intime conviction du médecin aux urgences pédiatriques tant sur la cohérence clinique que sur la cohérence de la relation entre l'enfant et ses parents.

Commentaires de l'expert 3: « Oui »

Expert 4 : « Je n'ai pas compris. »

Expert 5 : « Je ne formulerais pas la phrase ainsi. La cohérence clinique et parentale participe à la sensation que tout va bien. Le GF (pour moi toujours négatif = alarme) peut être induit par une incohérence clinique ou parentale. »

Expert 6 : « Pour le gut positif oui »

Expert 7 : « Plutôt difficile l'interprétation de la relation enfants – parents »

Expert 8 : « Ce n'est pas une intime conviction mais plutôt le sentiment que, la perception que, le ressenti profond que... »

Expert 9 : « La consultation aux urgences de patients que l'on rencontre pour la première fois ne suffit pas, à mon sens, pour se fier à son gut feeling sur la relation entre l'enfant et ses parents. En effet, des facteurs confondants entrent en ligne de compte : le contexte de l'urgence est anxiogène et peut entraîner des réactions inhabituelles modifiant la relation parent-enfant, l'enfant malade et face aux blouses blanches se comporte différemment et la relation avec les parents en est changée. Un dysfonctionnement flagrant de cette relation peut faire « tiquer » mais ceci est à modérer. »

Expert 15 : « J'ai pas répondu ne comprenant pas la phrase. »

Expert 17 : « Je ne comprends pas bien cette affirmation »

Expert 18 : « Dans cette définition je comprends mal la notion de cohérence de la relation entre l'enfant et ses parents. »

Expert 19 : « La cohérence clinique l'emporte sur la cohérence de la relation enfant/parents. »

Expert 20 : « Je suis tout à fait d'accord sur la cohérence clinique mais ne comprend pas trop le lien avec la relation enfant-parents »

Expert 21 : « Je ne suis pas sûre de comprendre ce que vous nomme « cohérence de la relation entre l'enfant et ses parents » ? Cohérence par rapport à quoi ?? »

Expert 24 : « Oui, je suis d'accord, ces 2 éléments sont plus importants pour moi dans ma décision. Mais il y a aussi la prise en compte, dans une autre mesure, de la perception seule des parents, indépendamment de la relation parents-enfants. »

CRITERE 6b

Le Gut Feeling parental est un élément de surveillance à prendre en compte et à encourager aux urgences pédiatriques.

Commentaires de l'expert 3 : « Oui mais il faudrait savoir comment l'enseigner. »

Expert 4 : « Ce n'est pas un élément de « surveillance », éventuellement « d'évaluation ». Le gut feeling ne se construit pas dans le temps, il est souvent rapide. Le terme encourager ne me convient pas non plus. Il faut que les gens connaissent le gut feeling et qu'ils soient capable en conséquence de rationaliser leurs actes, et non de substituer le gut feeling au raisonnement médical à tout bout de champs. »

Expert 6 : « Ne doit pas interférer avec l'examen clinique objectif et le gut feeling positif du médecin mais doit être pris en compte ; très dépendant du milieu culturel, des expériences passées des parents. »

Expert 8 : « Il faut le prendre en compte oui, tenir compte de son sentiment mais recueillir aussi des éléments cliniques, biologiques objectifs (evidence-based medicine). Encourager ne me paraît pas le terme le plus adapté – Intégrer dans la réflexion, la décision... »

Expert 9 : « Il vaut mieux en tenir compte pour ne pas rassurer à tort certains parents inquiets à juste titre. J'ai expérimenté deux fois cela : une mère (anciennement infirmière en oncologie) persuadée que son fils avait une tumeur cérébrale. Seule critère en faveur : vomissements sans horaire particulier depuis 1 mois, examen clinique normal. La première pensée était que cette maman imaginait le pire compte tenu de son expérience professionnelle. Cependant ses craintes se sont malheureusement confirmées.

Une autre mère, méditerranéenne, assez expansive, avec une crainte, paraissant excessive, que son enfant meure. L'enfant se plaignait de douleurs thoraciques modérées et intermittentes non aggravées par le décubitus avec un examen clinique strictement normal. La mère disait que son enfant ne se plaignait jamais d'habitude ce qui aggravait son inquiétude. L'ECG, la troponine et l'écho cœur puis l'IRM cardiaque ont révélé une myocardite infectieuse, rentrant rapidement et spontanément dans l'ordre après hospitalisation en cardiologie.

Cependant, pour 2 cas soutenant l'importance du gut feeling parental, il y a environ le double de cas d'inquiétude parentale excessive... »

Expert 10 : « Il est indispensable de savoir pourquoi les parents ont amené leur enfant aux urgences et quel est l'élément qui les a inquiétés. Ne serait-ce que pour pouvoir répondre à leur inquiétude et les rassurer si celle-ci est injustifiée. »

Expert 13 : « D'accord mais en fonction du niveau de compréhension des parents »

Expert 14 : « à pondérer avec certains parents... mais oui il est important de le prendre en compte. »

Expert 15 : « cela dépend beaucoup des parents et de leur rapport au monde médical. Certains parents sont extrêmement anxieux aux urgences et sont incapables d'alerter efficacement. »

Expert 17 : « si on avait le temps ... »

Expert 18 : « Oui il faut le prendre en compte mais savoir donner des consignes objectives aux parents, ils viennent justement chercher des réponses auprès de nous. »

Expert 20 : « C'est même primordial.»

Expert 21 : « Oui bien sur, sans sombrer dans le « para normal » non plus ...il faut s'efforcer de le rationaliser avec des données objectivables à chaque fois que possible (FCardiaque, TRC, Fréquence respi, GSC, score de douleur ...) »

Expert 24 : « Oui mais indissociable des criteres 7, la subjectivité ne peut en aucun cas faire autorité seule »

CRITERE 7

Le Gut Feeling est indissociable d'une analyse rigoureuse par l'interrogatoire, l'observation, la palpation et l'observation clinique aux urgences pédiatriques.

Commentaires de l'expert 3: « Oui »

Expert 4 : « Je suis d'accord avec l'idée mais phrase à reformuler. Il y a 2 fois le mot « observation » dans votre proposition sans que l'on comprenne en quoi ils diffèrent. »

Expert 5 : « Si vous voulez dire qu'il faut une analyse rigoureuse avant de solliciter l'impression sensible du clinicien, oui (10 /10).

En revanche, GF et analyse ne participent pas du même principe (sensible / rationnel) et donc sont complètement dissociés (0 /10). La question est que faut-il privilégier lorsqu'il y a une discordance (GF négatif) : rationnel (théorisable, fiable, sans grande variation inter-individuelle) ou sensible (non théorisable, grande variation inter-individuelle... mais tout aussi fiable ?) »

Expert 6 : « Oui ces données sont à confronter pour prendre une décision finale. »

Expert 9 : « Pour éviter des hospitalisations et bilans à tort et à travers, le temps de l'interrogatoire et de l'examen clinique est essentiel pour étayer ce gut feeling. »

Expert 11 : « L'interrogatoire, l'observation et l'examen clinique sont indispensables pour étayer le gut feeling mais j'ai l'impression que le sentiment que quelque chose cloche naît dès le quick look. »

Expert 17 : « Encore une fois, c'est la base du métier ! »

Expert 20 : « C'est la base, il y a la partie purement objective et ensuite le ressenti de la situation. »

Expert 21 : « cf commentaire précédent »

CRITERE 8

Le Gut Feeling est influencé par le nombre d'années d'expérience aux urgences pédiatriques.

Commentaires de l'expert 2 : « Plus on est expérimenté, plus ça se développe. »

Expert 3: « Pas sûr, c'est plutôt de l'empathie ou une sensibilité qui ne sont pas forcément acquises – peuvent être apprises, et cela est indépendant du nombre d'années passées aux urgences pédiatriques. »

Expert 4 : « Lié cela aux urgences pédiatriques est trop restrictif : c'est également possible aux urgences adultes, en pédiatrie générale, ... bref à remplacer par « Le Gut Feeling est influencé par l'expérience clinique » »

Expert 6 : « Indéniablement mais...chacun a son rôle à jouer dans l'observation de l'enfant, par exemple l'externe qui en général va passer plus de temps avec la famille dans le box va pouvoir apporter des éléments de construction de notre gut feeling, idem étudiante infirmière etc...La nécessité d'objectivité et de « rentabilité » du médecin pourrait occulter certains de ces aspects. »

Expert 7 : « Attention aux pièges malgré les années d'expérience. »

Expert 9 : « Je pense effectivement que ce gut feeling s'affine avec l'expérience. Je modérerais cependant avec le fait que j'ai déjà vu certains internes, certe plus vieux semestres, faire preuve de « flair » dans certaines situations. »

Expert 10 : « Dans les deux sens : l'expérience permet aussi de transformer le « feeling » en « knowing » par une meilleure reconnaissance de signes ou d'associations de signes discrets ou subtils. L'expérience permet aussi de savoir quand on est performant et quand on l'est moins (fatigue, énervement, manque de temps, soucis autres etc...) ce qui influence la place que l'on donne au feeling. »

Expert 11 : « J'ai plutôt l'impression que l'acquisition du gut feeling se fait de manière exponentielle avec une forte progression les 1ers semestres de pratiques et qu'on rejoint assez vite le feeling de collègue plus expérimentés.

Lorsqu'on devient sénior aux urgences, on acquiert très vite un sens de l'observation et de la recherche de signe clinique pour classer l'enfant en grave/pas grave avant même d'avoir terminé l'interrogatoire et l'examen médical. A mon avis il n'y a pas de différence entre le gut feeling d'un pédiatre qui a 3 ans d'expérience aux urgences et celui qui en a 10. »

Expert 12 : « Ca s'améliore avec les années mais certains l'ont très tôt et d'autres ne l'ont jamais je pense »

Expert 15 : « on est aussi sensible à ce sentiment d'alarme quelque soit le nombre d'année. par contre, au fil du temps il s'affine et on le repère plus aisément. »

Expert 17 : « Heureusement que l'expérience sert à quelque chose ... »

Expert 21 : « Indiscutablement. Au début on part avec l'idée qu'on connaît beaucoup de chose...l'expérience rend plus modeste ...et plus prudent, on détecte des nuances difficiles à décelées quand on a vu peu d'enfants malades »

Expert 23 : « Ce qui est surtout influencé par l'expérience c'est la manière de gérer ce Gut Feeling, de le prendre en compte et de faire le tri. »

CRITERE 9

Le Gut Feeling est un sentiment qui est partagé et cohérent avec les autres professionnels de santé aux urgences pédiatriques.

Commentaires de l'expert 3: « Probablement, il faudrait les interroger. Au moins pour les infirmières peut être vrai. »

Expert 4 : « Remplacer cohérent par concordant »

Expert 5 : « Oui, ... mais à expérience égale probablement ? »

Expert 6 : « Pas forcément c'est la confrontation des données entre professionnels de santé qui est intéressante justement. »

Expert 7 : « Pas toujours reproductible, part aléatoire de l'interprétation en fonction de multiples facteurs ... fatigue du médecin, préoccupations, surmenage etc. »

Expert 9 : « La plupart du temps ce sentiment est partagé, cohérent. Les différentes expériences de chaque médecin peuvent cependant parfois être à l'origine d'une appréhension différente face à une même situation. »

Expert 10 : « Dépend du niveau de stress, de fatigue mais aussi d'attention. »

Expert 11 : « Il y a régulièrement des enfants qui ont pu provoquer un gut feeling négatif chez l'IDE d'accueil des urgences et non retrouvé chez le médecin qui voit l'enfant et vice versa. »

Expert 13 : « Il semble que ce soit assez individuel mais aussi basé sur l'expérience du professionnel. Il peut donc être partagé et cohérent pour des professionnels de santé ayant une certaine expérience aux Urgences pédiatriques. »

Expert 15 : « Non pas forcément. »

Expert 17 : « Partagé oui mais pas forcément cohérent ... »

Expert 19 : « Pas trop d'accord, c'est plutôt une intuition personnelle. »

Expert 20 : « C'est surtout un sentiment très personnel d'une situation je pense, peut être que mon collègue n'aura pas le même ressenti face à l'enfant ou ses parents. »

Expert 21 : « Oui, mais par des confrères ayant le même niveau d'expérience »

Expert 23 : « Vraiment d'expérience je dirai que dans un certain nombre de cas, il n'est pas partagé. Parfois il est ressenti par le médecin, mais parfois il est ressenti par l'infirmière ou l'interne et pas par le médecin. Il faut d'ailleurs savoir le prendre en compte quand on l'a pas ressenti soi-même mais que par exemple l'infirmière d'accueil l'a ressenti. »

CRITERE 10a

Il n'y a pas de différence en matière de Gut Feeling aux urgences pédiatriques entre les hommes et les femmes médecins.

Commentaires de l'expert 2 : « Les femmes le développent plus que les hommes. »

Expert 4 : « Bof, sans intérêt à mon sens. »

Expert 5 : « Je ne sais pas, je ne suis pas sûr qu'il s'agisse que de genre (même s'il peut y avoir des sensibilités différentes), mais plus de l'expérience, des aléas de la vie personnelle (enfants, difficultés...) ou professionnelle (problèmes antérieurs avec une famille ou un enfant, pratique médicale), de l'état d'esprit du moment (positif ou négatif). »

Expert 6 : « Pourquoi y'en aurait-il une ? »

Expert 9 : « Je pense que plus que le genre, c'est la parentalité qui peut influencer ce gut feeling. »

Expert 10 : « Il y a des différences d'un médecin à l'autre mais je ne crois pas que le sexe joue un rôle prépondérant. »

Expert 17 : « Il y a si peu d'hommes aux urgences pédiatriques, difficile de répondre ... »

Expert 19 : « ne sait pas »

Expert 20 : « sans savoir comment l'expliquer... »

Expert 21 : « Je ne pense pas que cela fasse une différence. »

Expert 24 : « Je n'ai malheureusement aucun avis sur cette question. Je dirais plutôt oui. »

CRITERE 10b

Le Gut Feeling n'est pas influencé par la parentalité ou non du médecin aux urgences pédiatriques.

Commentaires de l'expert 2 : « Influence négative »

Expert 4 : « En fait je pense que si. »

Expert 5 : « La parentalité du médecin joue probablement un rôle (à mon avis, peu important). »

Expert 6 : « Je ne vois pas pourquoi ? le médecin parent serait-il « plus sensible » à quelque chose qui cloche ? »

Expert 7 : « Subjectivité totale si lien de parenté, tendance à la surélévation de la gravité. »

Expert 8 : « La parentalité génère surtout de l'empathie. »

Expert 9 : « Il l'est en partie, que ce soit dans le sens d'une inquiétude excessive ou d'une réassurance excessive. »

Expert 10 : « Difficile d'être formel (j'étais parent avant d'être pédiatre senior) mais quand même, on comprend et interprète mieux l'inquiétude parentale quand on l'a soit même vécue. »

Expert 15 : « on est surement plus sensible aux plaintes de parents mais pas aux sentiments de gut feeling. »

Expert 17 : « L'expérience, toujours et encore ... »

Expert 19 : « Intuition médicale et intuition de parent s'influencent probablement »

Expert 20 : « Je pense qu'avoir un enfant et vivre peut être des situations similaires change notre façon de voir les choses »

Expert 21 : « Le Gut Feeling est plus facile lorsqu'on a l'expérience de ses propres enfants (en particulier en période néonatale ou ado), mais nos confrères sans enfant se « rattrapent » par l'expérience et le temps passé auprès des enfants des autres ! »

Expert 24 : « De la même façon qu'il ne suffit pas à un médecin d'avoir vécu telle ou telle maladie pour être à même d'aiguiser ce sens clinique ou cette intuition, je ne pense pas que la parentalité modifie foncièrement notre capacité à ressentir ce signe d'alarme/réassurance. »

CRITERE 11

Le Gut Feeling est un sentiment émergeant lors du premier regard posé sur l'enfant.

Commentaires de l'expert 3 : « Parfois après quelques minutes, en voyant l'interaction enfant/parents. »

Expert 5 : « Oui, c'est l'effet coup d'œil, mais le temps de l'interrogatoire et de l'examen peut modifier la vision. »

Expert 6 : « Et sur l'évolution et le temps d'observation +++ »

Expert 8 : « Pas forcément lors du premier regard, peut survenir à la suite de l'arrivée d'un autre membre de la famille et d'éléments nouveaux dans l'anamnèse ou le comportement de la famille ou encore d'un comportement relaté par l'équipe soignante. »

Expert 9 : « On dit souvent que la première impression compte. Je dirais que cela se confirme neuf fois sur dix. »

Expert 10 : « Souvent mais pas toujours, c'est parfois de la discordance entre le premier regard et la suite que naît l'inquiétude. »

Expert 15 : « Pas forcément. Parfois c'est à la fin de l'interrogatoire et de l'examen clinique que l'on se rend compte qu'il existe une discordance. »

Expert 17 : « Lors des premières minutes en tout cas ... »

Expert 18 : « Oui mais conforté par l'interrogatoire des parents et à savoir remettre en question pendant toute sa consultation. »

Expert 20 : « On arrive en général à se faire une idée très rapidement de la situation »

Expert 21 : « Je suis bien convaincu que l'on peut évaluer la gravité d'un enfant par la seule inspection qui apporte à elle seule au moins 90% des informations nécessaires pour cela ! »

Expert 24 : « Cf réponse 1 sur le quick look »

CRITERE 12

Il est nécessaire d'enseigner la notion de Gut Feeling aux étudiants en médecine et aux internes.

Commentaires de l'expert 1 : « comment ?? »

Expert 2 : « Nécessite un travail de recherche pour trouver une méthode pédagogique adéquate (historique ? retour d'expérience ?) »

Expert 4 : « A compléter, par exemple « ...dans le cadre de l'enseignement de la relation médecin/malade ». »

Expert 5 : « Oui, mais à la fois sur le plan théorique (l'impression que ça ne va pas) et pratique (expliquer aux étudiants devant le malade en quoi le médecin « ne sent pas l'enfant ou la situation ») »

Expert 6 : « Oui en tout cas de leur enseigner que malgré un examen clinique et des résultats complémentaires rassurants, il vaut mieux reconvoquer/hospitaliser que de laisser un enfant « que l'on ne sent pas » sortir + savoir demander aide du médecin traitant/pédiatre de ville pour réévaluer. »

Expert 8 : « Je ne sais pas s'il faut l'enseigner mais en tout cas il faut sûrement expliquer qu'il faut apprendre à percevoir cette notion qui s'affine et devient plus pertinente avec le temps, en tenir compte sans être envahi par cette notion si le temps d'observation et les examens complémentaires sont rassurants, ne pas tomber dans l'excès inverse. »

Expert 9 : « Oui, mais uniquement dans le cadre de la pratique clinique en stage. Je pense qu'un enseignement théorique du gut feeling serait inadapté. »

Expert 10 : « Oui, à condition de relativiser l'aspect feeling. Le gut feeling n'est pas aussi subjectif qu'il en a l'air. »

Expert 11 : « Difficile d'enseigner une notion un peu abstraite. En tout il faut leur apprendre à s'écouter quand ils pensent que quelque chose ne colle pas avec le cadre. Et quand on revoit avec un interne ou un externe un enfant qui nous donne un gut feeling négatif, il faut au moins leur expliquer notre démarche clinique. »

Expert 13 : « d'en parler peut-être mais de l'enseigner ? »

Expert 14 : « Mais cela peut-il s'enseigner ? »

Expert 15 : « comment l'enseigner ? »

Expert 17 : « En parler oui, mais vu le côté subjectif difficile de « protocoliser » ... »

Expert 18 : « sous quelles modalités ? »

Expert 19 : « Si celui ci est clairement exprimé par le médecin généraliste, et permet à l'équipe des urgences d'y être plus attentif. »

Expert 21 : « Difficile à enseigner ...car s'acquiert surtout avec l'expérience et le nombre d'examens cliniques pratiqués ... Il faut enseigner la rigueur dans la recherche de signe objectifs de gravité, et la rédaction d'une observation aux urgences +++ »

Expert 24 : « Oui pour sensibiliser davantage qu'enseigner. Enseigner qq chose de subjectif reste difficile, il faut y associer des critères objectifs (ne serait ce que relationnel = enfant avec l'entourage) si ce n'est par compagnonnage et apprentissage « aux côtés de » »

CRITERE 13

Le Gut Feeling pourrait être perçu comme un motif d'envoi aux urgences pédiatriques valable et à assumer par les médecins généralistes pour favoriser la clarté du relais de prise en charge.

Commentaires de l'expert 2 : « Rajouter le GF négatif du médecin en congruence avec le GF négatif des parents en début de critère. »

Expert 3 : « Si quelque chose cloche les généralistes peuvent faire des bilans en ville aussi. Là on parle d'enfants qui n'ont rien d'objectif mais qui nous ne plaisent pas. Peut-être qu'aux Urgences on n'a pas la même sensibilité.»

Expert 4 : « Bof, le gut feeling est un élément qui impose au médecin une démarche médicale rigoureuse celle permettant in fine de corroborer ou non le gut feeling. Le gut feeling peut être un des éléments justifiant l'envoi aux urgences mais pas de façon isolé. »

Expert 5 : « Oui, mais comme dit précédemment sous réserve d'une analyse rigoureuse de la situation. »

Expert 6 : « Comme un motif de réalisation d'exams complémentaires oui – ou de reconvoication dans leur cabinet. »

Expert 8 : « Je constate que c'est souvent déjà le cas s'agissant de médecin généraliste face à des enfants présentant un tableau clinique qu'ils n'ont jamais rencontré et donc les adressent alors qu'un contact téléphonique avec un pédiatre sénior peut souvent transformer le Gut Feeling négatif en Gut Feeling positif ou au contraire partager l'inquiétude et valider l'intérêt de l'admission. »

Expert 9 : « J'ajouterais que le médecin traitant ne devrait pas hésiter à prendre contact avec l'équipe d'urgentistes à qui il adresse le patient (idéalement par téléphone) pour leur faire part de ses craintes. Il faut souligner que le gut feeling négatif ne doit pas être confondu avec le manque d'assurance du médecin. »

Expert 10 : « Bien préférable et supérieur à de fausses suspicions de maladie grave qui peuvent induire en erreur (le sempiternel syndrome méningé ou appendiculaire a minima). »

Expert 13 : « Il faut quand même des critères objectifs »

Expert 15 : « Oui. Les médecins qui connaissent bien la famille, et l'enfant ont souvent un regard juste sur les enfants et cela doit être pris en compte. »

Expert 17 : « A condition que cela ne soit pas une manière de plus de se décharger de sa responsabilité sur les urgences ce que l'on voit quand même de plus en plus ... »

Expert 18 : « Déjà fait en pratique. »

Expert 20 : « Mais il faudrait aussi que nous prenions le temps d'échanger sur la situation (par téléphone, c'est le plus facile) pour que celle-ci soit claire pour tout le monde, en écoutant ce que pense le médecin de ville, pour nous aider dans nos démarches diagnostiques. »

Expert 21 : « Stop ! c'est la porte ouverte à toutes les dérives dans un système qui s'emballe déjà (+20% de passage dans nos UP en 2014 !!!). Il faut revenir à des notions OBJECTIVABLES et plutôt mettre à disposition des généralistes une ligne téléphonique pour en discuter en temps réel. »

Expert 24 : « Difficile à dire. Valable mais pas suffisant.

1° si on reprend le critère 5a et que ce « gut feeling » justifie une surveillance simple : il est clair que le cabinet du médecin généraliste ne s'y prête pas.

2° par ailleurs, justifier une admission aux SAU sur le simple événement subjectif me paraît excessif. Si cela est recevable de la part des parents (pour une admission spontanée) il me paraît nécessaire que des critères objectifs s'associent au recours du médecin. »

CRITERE 14

Le Gut Feeling aide à la prise de décision par le médecin aux urgences pédiatriques dans des situations d'incertitude.

Commentaires de l'expert 3 : « Oui, s'il a fait un bon examen clinique et une bonne anamnèse. »

Expert 4 : « Je ne comprends pas en quoi il « aide », c'est un élément qui influe. »

Expert 6 : « Oui concernant la décision de reconvoquer/hospitaliser ou d'aller plus loin dans les examens complémentaires ; en fait cela complique plutôt les choses d'avoir une mauvaise impression lorsque tout le reste est rassurant ! »

Expert 7 : « La décision sera aidée par les résultats des examens cliniques en cas d'incertitude plus que par le Gut Feeling. »

Expert 8 : « Il participe sûrement à...il n'aide pas car empreint de subjectivité. »

Expert 9 : « Un gut feeling négatif dans le cadre d'un tableau clinique mal compris nous incitera forcément à aller plus loin dans la prise en charge diagnostique et à garder l'enfant en observation. »

Expert 13 : « Il faut quand même des critères objectifs »

Expert 17 : « Cela aide le médecin, mais pas forcément l'enfant ... »

Expert 19 : « Pas toujours, au contraire il peut être parfois déconcertant, et justement la surveillance de l'enfant peut aider à affiner ce gut feeling et le recul suffisant permet la prise de décision »

Expert 20 : « Par une plus grande prescription d'examens je pense, ou un temps d'observation plus long. »

Expert 24 : « Oui, plutôt surtout si apparition en retour d'un sentiment de réassurance. Mais je me méfie quand même de ce « gut feeling », parfois source de doute plus important puisque reposant sur une discordance. » »

Annexe 10 : Recueil détaillé des notes de chaque critère pour chaque participant pour la deuxième ronde Delphi

Ici :

- Px = participant n° x
- cx' = critère x' = critère 1 modifié et proposé en seconde ronde Delphi
- NR = non-répondant = perdu de vue en seconde ronde Delphi
- oui/20 = nombre de participants sur les 20 présents ayant noté le critère 7/10 (inclus) ou plus
- non = nombre de participants sur les 20 présents ayant noté le critère en dessous de 7/10 (exclus)
- taux d'acceptation = taux de participants présents ayant noté le critère 7/10 (inclus) ou plus

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	oui /20	non	% acceptation
c1'	5	8	8	NR	8	9	8	8	10	8	9	NR	6	9	8	NR	9	9	NR	7	6	1	9	9	16	4	80%
c6a'	7	7	10	NR	5	6	8	5	8	7	5	NR	7	10	5	NR	6	7	NR	5	10	1	9	7	12	8	60%
c9'	7	6	5	NR	7	10	8	5	10	8	3	NR	6	10	5	NR	5	8	NR	7	10	8	6	8	11	9	55%
c13'	8	8	7	NR	9	9	8	9	10	7	9	NR	8	10	8	NR	8	8	NR	9	10	10	7	10	20	0	100%

Annexe 11 : Commentaires des participants sur les critères de définition du Gut feeling proposés en deuxième ronde Delphi

CRITERE 1'

Le Gut Feeling négatif du médecin aux urgences pédiatriques est une sensation d'alarme en grande partie liée au manque de cohérence des items suivants entraînant une gêne à la compréhension globale de la situation :

- Des signes sémiologiques entre eux
- Et/ou des signes sémiologiques par rapport aux plaintes exprimées par l'enfant et/ou les parents
- Et/ou de l'examen clinique par rapport à l'orientation initiale enregistrée

Expert 2 : « D'accord. »

Expert 6 : « très bonne définition je remplacerai « enregistrée » par « supposée » ou « pressentie » »

Expert 9 : « Ce gut feeling négatif est en tout cas un argument pour, au moins, surveiller l'enfant en hospitalisation de plus ou moins courte durée. J'ai l'impression que, de plus en plus, les parents consultent tellement précocement par rapport au début des symptômes, que le gut feeling devient un argument de plus en plus important parce qu'à ces stades précoces, les autres symptômes plus objectifs ne sont pas encore apparus. Du coup, ce gut feeling, dans certaines situations, devient un « symptôme » en soi ! et nous encourage à garder l'enfant en observation. »

Expert 15 : « Tout à fait d'accord. »

Expert 17 : « beaucoup plus explicite que la 1^{ère} version »

Expert 20 : « je suis d'accord sur le 2^{ème} item, moins sur les 2 autres »

Expert 21 : « Je ferais figurer en meilleure place l'inquiétude parentale. »

Expert 24 : « tout a fait d'accord, en priorité pour le dernier item. »

CRITERE 6a'

Le Gut Feeling est une intime conviction du médecin aux urgences pédiatriques tant sur la cohérence clinique que sur la qualité de la relation de l'enfant avec ses parents.

Expert 2 : « La relation peut être psychologique, affective et la notion d'âge intervient. Le petit peut laisser dire les parents et penser autre chose. Au lieu du terme relation, je mettrais différence d'expression entre l'enfant et ses parents. »

Expert 3 : « je pense qu'une partie dépend de la sensibilité de chacun, c.a.d. de l'intérêt qu'on porte à l'observation de l'interaction avec les patients et les parents. »

Expert 5 : « je ne suis pas sûr qu'il s'agisse d'une intime conviction ce qui suppose un examen de la situation, un questionnement, puis une décision. Le gut feeling est plus un sentiment, presque peu conscient, que quelque chose va bien ou va mal. La discordance ou le manque de cohérence de la situation en revanche y participe (pour le gut feeling négatif). »

Expert 6 : « je ne comprends pas cette phrase. »

Expert 8 : « Je ne dirais pas une intime conviction en parlant du Gut Feeling mais plutôt d'une impression ressentie en termes de cohérence effectivement entre la présentation clinique de l'enfant et le motif de recours ou la sémiologie ou la relation avec ses parents. »

Expert 9 : « Juste une remarque : ce n'est pas toujours facile d'appliquer le gut feeling en ce qui concerne la qualité de la relation parents/enfant aux urgences, parce que la perception de cette relation peut être souvent biaisée par l'anxiété importante des parents et de l'enfant, le fait que l'équipe ne voit l'enfant et ses parents qu'une fois, maxi quelques heures, dans un contexte d'urgence plus ou moins grave. Ce critère-là est assez indissociable du critère 9' du coup. »

Expert 10 : « Il doit aussi prendre en compte « l'intime conviction » des parents »

Expert 15 : « Est-ce que cette phrase veut dire Intime conviction que quelque chose cloche :
1. Que ce soit dans un contexte de maladie 2. Que ce soit sur la situation sociale globale de l'enfant (dont l'interaction parents enfant). Dans ce cas je suis tout à fait d'accord. »

Expert 17 : « l'intime conviction ça fait plus juridique que médical non ? »

Expert 20 : « je ne comprend pas trop le rapport avec la relation de l'enfant et ses parents, par contre je suis d'accord avec un sentiment rattaché à la cohérence clinique. »

Expert 24 : « je ne comprends pas bien le terme de « qualité de la relation » qui implique une réponse « bonne » ou « mauvaise » qualité je dirais plutôt les « éléments » de la relation telle que l'interaction et le comportement »

CRITERE 9'

Le Gut Feeling est un sentiment qui est partagé et concordant avec les autres professionnels de santé aux urgences pédiatriques, pour un même niveau d'expérience.

Expert 2 : « Cela me rappelle la Thèse de P. Mallet qui dit que 5% des parents consultant aux urgences pédiatriques disent « j'ai peur que mon enfant va mourir » ce qui correspondait au pourcentage ressenti par les infirmières et médecins. Cela me rappelle aussi une infirmière qui me disait « il est moche, il ne me plaît pas. ». C'est par contre difficile d'apprécier le niveau d'expérience des différents professionnels aux urgences : qu'est-ce que l'expérience ? le temps passé aux urgences ? Par exemple, un interne de médecine générale fait aussi bien au bout de 6 mois de stage qu'un interne de pédiatrie en fin de semestre aux urgences. Je dirais au lieu de « même niveau d'expérience » plutôt « pour un même temps d'expérience passé aux urgences pédiatriques ». »

Expert 5 : « en partie ; la concordance entre professionnels est ce que l'on aimerait, mais peut-être que d'autres facteurs très individuels jouent (sexe, expérience de vie personnelle, état d'esprit du moment, antécédents de problème avec un enfant dans les mêmes circonstances...) »

Expert 6 : « oui totalement car il ne s'agit alors plus de subjectivité liée au médecin mais bien à la situation clinique elle-même, càd bien qu'aucun critère clinique ne puisse l'expliquer. »

Expert 8 : « Non pas forcément, certains peuvent avoir un Gut feeling négatif car situations antérieures déjà rencontrées identiques alors que d'autres à années d'expérience égale ne vont pas avoir la même impression car situation jamais rencontrée... »

Expert 9 : « Je pense que le caractère reproductible du gut feeling négatif est important. »

Expert 10 : « Seul bémol, la façon dont le médecin initial présente le cas à ses collègues influence nécessairement leur jugement et il ne s'agit plus alors de « gut feeling » au sens propre. »

Expert 11 : « le gut feeling est un sentiment personnel, à mon avis, qui est probablement influencé par nos expériences bonnes ou mauvaises et les cas déjà rencontrés. A même niveau d'expérience, on a pas forcément rencontré les même cas qui ont mal tournés ou on ne s'est pas fait avoir par les même choses. Donc nos alarmes internes sont probablement différentes. »

Expert 15 : « Non je ne pense pas. Parfois il y a de grosses divergences qui sont difficiles à expliquer. »

Expert 17 : « c'est un élément qui reste subjectif donc pas toujours partagé ... »

Expert 20 : « oui probablement, même si cela reste très subjectif je pense »

Expert 23 : « Je trouve qu'il n'est partagé que dans 50-60% des cas. »

Expert 24 : « probablement, impliquerait de discuter davantage des situations avec mes collègues de même expérience pour des dossiers similaires. »

CRITERE 13'

Le Gut Feeling négatif du médecin généraliste devant un enfant au cabinet pourrait être perçu comme un motif valable de prise de contact téléphonique avec un médecin sénior des urgences pédiatriques afin d'être conseillé sur la conduite à tenir (explorations complémentaires en ville ou envoi aux urgences pédiatriques de l'enfant).

Expert 2 : « Oui. »

Expert 3 : « si on part du fait que l'interrogatoire et l'examen clinique ont été correctement conduits (= le médecin généraliste a les capacités cliniques et théoriques de base pour la pédiatrie) »

Expert 6 : « oui à condition que sa formation en pédiatrie soit solide et que les critères objectifs de gravité liés à l'état de l'enfant aient été correctement évalués (donc à niveau d'expérience équivalente à un pédiatre sénior ?). »

Expert 8 : « Oui d'accord cette fois-ci car ce qui inquiète un médecin généraliste n'inquiétera pas forcément un pédiatre... »

Expert 9 : « En pédiatrie au cabinet, je pense qu'un gut feeling négatif est suffisant pour demander conseil à plus expérimenté, voire adresser l'enfant aux urgences. Souvent ce gut feeling négatif du médecin adresseur se matérialise avec des micro-symptômes retrouvés aux urgences ou des symptômes plus nets apparaissant ensuite en hospitalisation. »

Expert 10 : « En sachant qu'il est difficile d'apprécier la qualité du « feeling » de quelqu'un que l'on ne connaît pas. La confiance « a priori » a parfois du mal à résister à l'épreuve de la réalité. »

Expert 15 : « Le médecin généraliste qui connaît l'enfant est souvent d'une grande aide. »

Expert 17 : « il vaut mieux effectivement un contact téléphonique dans ces situations difficiles à exprimer sur un courrier ... »

Expert 24 : « absolument d'accord »

Annexe 12. Gut Feelings and Pediatrics : a review of literature in English by T. PERNIN, COGITA website : www.gutfeelings.eu

Several articles were published in high impact factor journals for the last 10 years about the role of GPs' intuition managing children health.

A 2008 Danish article « **“This is not normal ... “–signs that make the GP question the child’s well-being** » (1) describes how the GP separates the healthy normal child’s developmental crises from children with problems that need special attention and treatment through a qualitative study with 28 GPs. All the GPs were recruited in the County of West Zealand in Denmark and four of them were interviewed individually after the first focus groups. The four informants were selected for divergent or surprising points of view. The data were collected between 2004 and 2006 according to the following steps : 2 focus group discussions, individual in-depth interviews and then two another focus group discussions. The study showed that GPs presented 89 case stories, mostly about children aged under six. Five categories of signs that make the GP question the child’s well being were described : child’s symptoms and problems, parents’ ability to handle their child’s health an well-beeing, child’s and parents’ communication and behaviour during the consultation, the parents’ use of the health care system and the doctor knowledge of the family members. When GPs in this study became aware of a child in need, it was frequently during clinical work as a feeling of « this is not normal ». In conclusion, GPs known as frontline workers may benefit from a systematic attention to the contextual issues. They need relevant supervision and a good dialogue with experts in order to recognise children in need.

The BMJ article « **Clinician’s gut feeling about serious infections in children : observational study** » (2) underlines the place that gut feelings (GF) have in detecting children serious infections. This 2004 observational study was based in Belgium Primary Care Settings and included 3390 children from 0 to 16 year old. A clinical impression (subjective observation that the disease is serious or not depending on the evolution of symptoms, observation and clinical exam) was asked and if GF suggest something more serious is happening. Here, GF are described as an intuitive feeling that something is wrong even if the physician doesn’t know why. Severe infections were described as hospital admissions in the next 24 hours or more because of pneumonia, sepsis, viral or bacterial meningitis, kidney infection, cellulitis, osteomyelitis or bacterial gastro-enteritis. On 3890 children, 3369 were considered without any serious disease after a clinical exam ruling out red flags. Six children / 3369 (0.2%) did have a serious infection. GF were present in two of these 6 cases and 44 times for children who didnt have serious infection at the end. The positive Likelihood-ratio was $LR+ = 25.5$ (IC 95% = 7.0 -82). The most important contextual factor were the parents or caregivers worrying about the difference between the actual picture and the child status before ($OR=36.3$, $IC95%=12.3-107$). Temperature didn’t influence GF. In conclusion GF is an intuitive response from the physician in front of the children and the parent’s worry. It should help to refer to the hospital or go further with other explorations.

The above mentioned study was commented by Wacogne (3) underlining the fact to stay objective in diagnostic management and not to over or underuse GF during consultations.

In the metanalysis « **Systematic review and validation of prediction rules for identifying children with serious infections in emergency departments and urgent-access primary care** » (4) authors remind us a recurrent problem in these structures : not to diagnose a serious infection that could be potentially dangerous for the child versus the problem of resources. The authors identified in the literature 1939 articles using the following MESH terms : serious infections, children, clinical history and examination, laboratory tests and primary care settings. 35 articles were selected by two reviewers assessing quality of the studies using the quality assessment of diagnostic accuracy studies (QUADAS) and spectrum bias and validity of the reference standard as exclusion criteria. The best performing clinical prediction rule was a five-stage decision tree rule, consisting of the physician's GF, dyspnoea, temperature > 40°C, diarrhoea and age. PCT and CRP had a better predictive value than blood full count. The authors remind the importance of red flags such as cyanosis, capillary refill time increase, polypnoea, meningitis signs, petechial rash, convulsions and consciousness alteration. The absence of red flags do not lower the risk of a serious infection and the diagnostic gap is currently filled by using clinical GF and diagnostic safety-netting.

A new study on this topic is actually running in France concerning the recognition of GF among paediatric emergency physicians all over the country with Delphi rounds aiming to formulate statements for proper definitions. For details contact the author of this review.

References:

- 1) Lykke K, Christensen P, Reventlow S. "This is not normal ... "–signs that make the GP question the child's well-being. FamPract. 2008;25(3):146-53
- 2) Van den Bruel A, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study. BMJ. 2012;345:e6144.
- 3) Ian Wacogne, Diagnosis: clinician's gut feeling helps detect children with serious infection,*Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2013;98:197
- 4) M Thompson, A Van den Bruel, J Verbakel, M Lakhanpaul, T Haj-Hassan, R Stevens, H Moll, F Buntinx, M Berger, B Aertgeerts, R Oostenbrink and D Mant, "Systematic review and validation of prediction rules for identifying children with serious infections in emergency departments and urgent-access primary care." Health Technology Assessment 2012; Vol. 16: No. 15.

Author : Thomas Pernin, Department of General Practice, Paris Diderot University, France