

Nul n'est censé ignorer les scores

ALEXANDRE RONGA, MARIE DEOM VARSORI et ALAIN BIRCHMEIER

Rev Med Suisse 2020; 16: 1954-5

En tant que médecins de famille installés en cabinet, nous nous sommes intéressés à l'utilisation que nous faisons des scores cliniques et autres algorithmes, et leur utilisabilité.

L'evidence-based medicine se traduit notamment par l'élaboration de scores cliniques et des recommandations de bonne pratique (guidelines). Les scores cliniques sont de 4 types: diagnostique, pronostique, estimatif et de dépistage.¹ Les guidelines auxquelles nous faisons référence peuvent inclure un score. Elles apparaissent sous différentes formes: un algorithme de prise en charge (texte ou arborescence), une liste de «drapeaux rouges» ou plus généralement dans un livre par exemple. On les retrouve dans les ouvrages de références (par exemple du terroir lémanique: *Compas* et *Docteur, j'ai...*), ouvrages qui ont l'avantage de présenter des algorithmes qui nous sont utiles en pratique clinique. Le site de la *Revue médicale suisse* en propose également un grand nombre. La réflexion ici ne vise pas à analyser les réductions «objectives» permettant de traduire les nombreuses informations récoltées au travers de la consultation en items correspondants dans un algorithme clinique. C'est la manière de les utiliser et leur influence sur notre pratique qui sont interrogées.

Le **tableau 1** expose quelques scores.¹ Leur utilisation est parfois intégrée dans

la consultation informellement, par exemple le score de Centor, ou certaines listes de drapeaux rouges. Mais le plus souvent il s'agit d'une étape différenciée, qui s'applique au cas par cas et complète la démarche clinique: c'est une aide à la prise de décision et à l'apprentissage de la décision clinique. Et si le résultat d'un score s'oppose à l'intuition clinique, qu'advient-il de la prise de décision? Il est en effet régulier qu'un score contredise l'attitude envisagée. Cependant, si le résultat du score entre en considération, c'est que le champ qu'il explore a été envisagé: c'est typiquement ce qui se passe avec le score de Wells. Il y a différentes raisons de réaliser un score. Il est aussi utilisé pour conforter le médecin dans ses choix, voire pour des raisons médico-légales (par exemple un Mini Mental Status dans le cadre d'une évaluation médicale de l'aptitude à la conduite). Les scores servent aussi comme base de discussion avec le patient, dans une démarche de décision partagée. En effet, il n'y a pas de contradiction entre l'utilisation des scores et la décision partagée.² Le score peut même devenir un outil motivationnel (par exemple le calculateur de risque du Groupe de travail lipides et athérosclérose).³

Qu'est-ce qui va nous pousser à utiliser un score au cours d'une consultation?

Est-ce qu'il y a une systématique? Il y a évidemment des disparités: tous les médecins ne connaissent et n'utilisent pas tous les scores, tous les patients du même médecin n'ont pas systématiquement accès à tous les scores que ce médecin utilise. Un même médecin utilisera – ou pas – un score pour une situation donnée. Et même si les médecins le souhaitaient, tous les scores ne s'appliquent pas à tous les patients, ce qui pourrait contribuer à l'iniquité d'accès aux soins selon une étude.⁴ D'autre part, si le patient présente des comorbidités, ses chances de bénéficier des guidelines diminuent,⁵ ce qui rend impossible leur utilisation systématique.

Est-ce qu'on peut mesurer une amélioration de la qualité des prises en charge, et par là un bénéfice, par exemple en termes de qualité de vie, grâce à l'utilisation des algorithmes cliniques? Cela a été étudié dans un contexte bien précis: l'état de santé des patients diabétiques n'était pas meilleur lorsque les guidelines étaient mieux suivies.⁶ S'ajoute encore la dimension des affinités réciproques, qui attirent les patients où l'on pratique une médecine qui leur correspond. Affinités qui peuvent encore s'exprimer dans notre système de santé. Aux États-Unis, les structures qui paient à la «performance» incitent les médecins à adhérer aux guidelines. Mais si les médecins sont forcés d'adhérer aux guidelines, leur satisfaction au travail diminuant, il est bien possible qu'au final ce soit la qualité des soins qui diminue.⁷ Dans ces structures, la performance des médecins est mesurée à leur adhésion aux guidelines. Une étude a montré que la relation entre satisfaction au travail et adhérence aux guidelines était modifiée par l'autonomie perçue au travail. Dans un contexte de travail où il y avait peu d'autonomie perçue, les médecins étaient très satisfaits s'ils n'adhéraient pas aux guidelines. La relation s'inversait quand l'autonomie perçue était élevée: dans ce cas les médecins étaient très satisfaits s'ils adhéraient aux guidelines.⁷

Quant à l'utilisabilité des guidelines, une méta-analyse a retrouvé plusieurs paramètres décrits comme étant importants pour leur implantation. Sans surprise, la

TABLEAU 1

Types de score

Types de score	Buts	Exemples
Diagnostique	Renseigne sur la probabilité d'avoir une pathologie spécifique (souvent divisée en 3 catégories: bas, moyen et haut risques)	<ul style="list-style-type: none"> • Mclsacc ou Centor (angine à streptocoques) • Alvarado (appendicite) • Wells (thrombose veineuse profonde) • Genève (embolie pulmonaire)
Pronostique	Évalue le risque de mortalité ou de complications (souvent utile pour choisir entre une prise en charge ambulatoire ou hospitalière)	<ul style="list-style-type: none"> • PESI (embolie pulmonaire) • GRACE (syndrome coronarien aigu) • FINE (pneumonie) • Ranson (pancréatite)
Estimation d'un risque	Évalue le risque d'avoir un événement donné dans le futur	<ul style="list-style-type: none"> • CHA2DS2-VASc (risque embolique) • HAS-BLED (risque de saignement) • PROCAM ou Framingham (risque d'événement CV)
Dépistage	Permet de dépister une pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • AUDIT (dépendance alcoolique) • GDS, Hamilton, PRIME, MD (dépression) • MMS, MoCA (troubles cognitifs)

(Adapté de réf.¹).

complexité des guidelines elles-mêmes est la plus fréquemment décrite (dans le chapitre des caractéristiques propres des guidelines). Celles qui sont faciles à comprendre, à appliquer et ne demandent pas de ressources spécifiques ont plus de chances d'être utilisées (mais sont-elles justement inutiles?). Les stratégies employées pour implanter les guidelines semblent avoir un effet relativement faible. Les facteurs environnementaux suivants ont été cités comme ayant une influence négative à l'implantation des guidelines: le temps à disposition, les ressources en personnel, la pression au travail, et une attitude négative ou un soutien limité des collègues ou des supérieurs hiérarchiques.⁵

Au final, les scores sont certainement utiles à la formation des médecins. En revanche, ce bref survol n'a pas permis d'établir s'ils améliorent la qualité des prises en charge. Sans y être contraints par un paiement à la «performance», le regret anticipé nous stimule à les utiliser. Dans le doute et l'incertitude quant à leur utilité, utilisons les scores, au moins on ne le regrettera pas après: «Il vaut mieux pomper d'arrache-pied même s'il ne se passe rien que de risquer qu'il se passe quelque chose de pire en ne pompant pas.»⁸

- 1 De Alencastro L, Clair C, Locatelli I, Ebell MH, Senn N. [Clinical decision making : from theory to practice... and backward]. *Rev Med Suisse* 2017;13:986-9. Epub 2017/06/20.
- 2 Guerrier M, Légaré F, Turcotte S, Labrecque M, Rivest LP. Shared decision making does not influence physicians against clinical practice guidelines. *PloS one* 2013;8:e62537. Epub 2013/05/03. doi: 10.1371/journal.pone.0062537.
- 3 Groupe de travail Lipide et Athérosclérose. <https://www.agla.ch/fr/calculateurs-outils/calculateur-de-risque-du-gsla>
- 4 Clinical guidelines contribute to the health inequities experienced by individuals with intellectual disabilities. *Implementation science* : IS. 2012;7:42. Epub 2012/05/15. doi: 10.1186/1748-5908-7-42.
- 5 Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC medical informatics and decision making*. 2008;8:38. Epub 2008/09/16. doi: 10.1186/1472-6947-8-38.
- 6 Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Robben PB, Mackenbach JP. Guideline adherence and health outcomes in diabetes mellitus type 2 patients: a cross-sectional study. *BMC health services research*. 2015;15:22. Epub 2015/01/23. doi: 10.1186/s12913-014-0669-z.
- 7 Waddimba AC, Mohr DC, Beckman HB, Mahoney TL, Young GJ. Job satisfaction and guideline adherence among

physicians: Moderating effects of perceived autonomy support and job control. *Social science & medicine* (1982) 2019;233:208-17. Epub 2019/06/21. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.04.045.

8 Rouxel J. *Les Shadoks*. Paris: Circonflexe; 2000.

DR ALEXANDRE RONGA

Département de médecine de famille
Unisanté, 1011 Lausanne
alexandre.ronga@unisante.ch

DR MARIE DEOM VARSORI

Grand-Rue 69, 1180 Rolle
mariedeom@gmail.com

DR ALAIN BIRCHMEIER

Avenue Juste-Olivier 2, 1006 Lausanne
alain.birchmeier@svmed.ch

Cet article est le troisième d'une série consacrée aux réflexions du groupe META intitulé «Intelligence artificielle, algorithmes et scores: qu'en font (feront) les médecins de famille?». Le groupe META est un groupe de réflexion composé d'une vingtaine de médecins actifs en médecine de premier recours en Suisse romande et rattachés au Département de médecine de famille, Unisanté, Lausanne. Ils se réunissent deux fois par année afin de débattre, de façon structurée en petits groupes, de thématiques d'intérêt particulier pour l'avenir de la médecine de famille. Les comptes rendus de ces discussions font l'objet de publications dans la *Revue médicale suisse*.