

UTILISATION DU TEST DE CONCORDANCE DES SCRIPTS (TCS) DANS UNE ENQUÊTE DE PRATIQUE (EP) SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ŒDÈME AIGU PULMONAIRE CARDIOGÉNIQUE (OAPc) PAR LES MÉDECINS SENIORS DES STRUCTURES D'URGENCE (DU) DES ALPES-MARITIMES (AM)

D THIERCELIN¹, C VALOUR¹, JP FOURNIER², F VALLI¹, R DOMERGUE¹

¹SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE des Alpes-Maritimes, ²Médecine Générale d'Urgence - CHU Nice, France

La compétence ou expertise clinique fait appel à des habiletés qui permettent d'informer ou de confirmer les hypothèses initialement émises en fonction de l'interprétation des données recueillies dans une situation clinique. Elle dépend de la qualité et de la richesse du réseau de connaissance en mémoire : **expérience** vécue et importance des liens de connaissance pré-établis, élaborés et compilés de manière organisée. Elle permet aux praticiens confirmés de résoudre des problèmes moins bien définis ou plus complexes. Il a été montré que les cliniciens les plus « performants » étaient ceux qui établissaient des liens élaborés et organisés au sein de leurs connaissances.

La majorité des instruments écrits d'évaluation (QCM, QROC...), apprécient surtout les connaissances factuelles et à un moindre degré l'organisation des connaissances. Les médecins confirmés obtiennent des notes à peine meilleures, lorsqu'ils sont soumis aux mêmes épreuves écrites, que des candidats moins expérimentés.

Le TCS est un type de question permettant d'explorer le raisonnement et la compétence clinique en comparant l'utilisation que font des experts d'une information médicale à celle qu'en feraient des non-experts confrontés au même problème. Ce test consiste à présenter aux praticiens une série de cas cliniques, puis à leur demander l'effet de nouveaux éléments d'information sur des hypothèses diagnostiques, d'investigation ou thérapeutique émises ; les scripts des médecins experts sont comparés à ceux de praticiens des SU, d'où l'appellation de test de concordance des scripts.

Ces données nous ont incité à **évaluer le TCS** dans une enquête de pratique sur la prise en charge de l'OAPc dans une population représentative de médecins urgentistes exerçant en SU dans les AM comparé à un groupe d'experts avant la publication de la 8^e Conférence d'Experts (CE) du Collège PACA de Médecine d'Urgence (COPACAMU) sur le sujet.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

La première étape a consisté à sélectionner une série de situations cliniques représentatives de la pratique d'urgence de l'OAPc en terme de : fréquence, mode de présentation, gravité et possibilité thérapeutique. Ainsi, une série de sept situations cliniques ont donc été rédigées, sous la forme d'une vignette de quelques lignes.

Une information supplémentaire est alors disponible pour chaque vignette dont l'intérêt pour l'hypothèse discutée est apprécié sur une échelle de Likert de - 2 à + 2.

Le questionnaire est ainsi composé de sept vignettes cliniques, toutes indépendantes les unes des autres, comportant chacune trois items également indépendants, soit un total de 21 items à remplir pour le praticien.

Le score choisi a été transformé en crédit en divisant le nombre d'experts attribuant un même score par le nombre d'experts ayant retenu le score le plus choisi. Le score du test correspondant ainsi à la somme des scores obtenus à

chaque item. Ce principe correspond à l'établissement de scores combinés (aggregate scoring) et donne un score global pour chaque item.

Chaque praticien se voit donc attribué un score global correspondant au résultat de son test. Nous avons pu ainsi analyser les scores obtenus en fonction de l'appartenance à un quatre groupe selon la formation universitaire initiale (urgentistes (U), médecins généraliste (MG) et anesthésiste-réanimateur (AR) exerçant en SU et cardiologue (C) en service de cardiologie).

Les scores moyens recueillis dans chaque groupe ont été comparés par une analyse de variance. Les tests non paramétriques de Kruskal Wallis et de Mann et Whitney ont été utilisés avec un p significatif < 0,05 sur le logiciel Statview 5.0 avec l'aide du DIM.

Signification des valeurs du TCS en fonction de l'orientation du TCS

A.1. Questionnaire diagnostique

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2: Hypothèse est pratiquement éliminée
- 1: Hypothèse devient moins probable
- 0: Information n'a aucun effet sur l'hypothèse
- +1: Hypothèse devient plus probable
- +2: Il ne peut s'agir pratiquement que de cette hypothèse

Si vous pensez à	Et qu'alors vous trouvez	L'effet sur l'hypothèse diagnostique est le suivant :
Option diagnostique	Nouvelle information clinique	-2 -1 0 +1 +2

A.3. Questionnaire de thérapeutique

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2: Absolument contre-indiquée
- 1: Peu utile ou plutôt négligeable
- 0: Non pertinente dans cette situation
- +1: Utile
- +2: Absolument nécessaire

Si vous pensez faire	Et qu'alors vous trouvez	L'effet sur la nécessité de demander ce test est le suivant :
Option d'examen paraclinique	Une nouvelle information clinique	-2 -1 0 +1 +2

A.3. Questionnaire de thérapeutique

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2: Topique est totalement contre-indiquée
- 1: Topique est plutôt contre-indiquée
- 0: Topique est neutre
- +1: Topique est assez appropriée
- +2: Topique est très appropriée

Si vous pensez faire	Et qu'alors vous trouvez	L'effet sur la pertinence de réaliser ce geste est le suivant :
Option thérapeutique	Une nouvelle information clinique ou résultats d'examen complémentaire	-2 -1 0 +1 +2

Réalisation d'un TCS

- ✓ Rédaction de la vignette clinique et des items (étape 1)
- ✓ Soumission aux médecins experts (E1 à E7) qui attribuent une note de -2 à +2 à la nouvelle information (seconde colonne) en fonction du poids qu'ils lui accordent (étape 2)
- ✓ Transformation de la note en crédit pour l'item en divisant le nombre d'experts ayant choisi une valeur particulière par le nombre d'experts ayant choisi la valeur la plus sélectionnée (étape 3) : pour 11, -1 est la valeur la plus choisie, par 3 experts : -1 donne un crédit de 1 (3/3), -2 est choisie par 2 experts, elle donne un crédit de 0,67 (2/3), 0 est choisie par 2 experts, elle donne un crédit de 0,67 (2/3). -1 et -2 n'ont pas été choisies et donnent un crédit de 0.
- ✓ Les candidats (R1 à R87) répondent aux mêmes questions : leurs choix de valeurs (étape 4) est transformé en score (étape 5) à partir du score établi par les experts. Le score total est la somme du score de chaque item.

Exemple

Etape 1 : Vignette clinique

Vous recevez aux urgences, un homme de 83 ans, pour dyspnée évoluant depuis 72 heures. Il est hypertendu traité par amlodipine (Amlor[®]) et tabagique. C'est le premier épisode de ce type et il n'a pas d'expectoration.

Si vous pensez à... (diagnostic suspecté)	et qu'alors vous trouvez... (nouvelle information obtenue par l'examen clinique)	...l'effet sur l'hypothèse diagnostique est le suivant
une insuffisance cardiaque aiguë	11 : un galop gauche	-2 -1 0 +1 +2
	12 : une turgescence jugulaire	-2 -1 0 +1 +2
	13 : un tellex hépato-jugulaire	-2 -1 0 +1 +2

- 2: Hypothèse est pratiquement éliminée
- 1: Hypothèse devient moins probable
- 0: Information n'a aucun effet sur l'hypothèse
- +1: Hypothèse devient plus probable
- +2: Il ne peut s'agir pratiquement que de cette hypothèse

Etape 2 : Attribution des scores par les experts

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1	11	0 expert	0 expert	2 experts	2 experts
	12	1 expert	2 experts	1 expert	2 experts
	13	0 expert	3 experts	3 experts	0 expert

Etape 3 : Attribution du crédit pour l'item

		-2	-1	0	+1	+2
Question 1	11	0/3=0	0/3=0	2/3=0,67	3/3=1	2/3=0,67
	12	-0,5	2/2=1	-0,5	2/2=1	-0,5
	13	0/3=0	3/3=1	3/3=1	0/3=0	0,33

Etape 4 : Etablissement du score des candidats (1)

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8...
Question 1	11	+1	+1	+1	-1	0	+1	+1
	12	-1	0	-1	-2	-1	0	-1
	13	-2	-2	0	-1	-2	0	-1

Etape 5 : Etablissement du score des candidats (2)

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8...
Question 1	11	1	1	1	0	0,67	1	1
	12	1	0,5	1	0,5	1	0,5	1
	13	0	0	1	1	0	1	0
Total	2	1,5	3	1,5	1,67	1,5	3	1,67

Autre exemple

Vous prenez en charge un homme de 83 ans victime d'un OAP admis par le SMUR depuis son domicile. Il est porteur d'une cardiopathie ischémique traitée par aténolol (Tenormine[®]) et clopidogrel (Plavix[®]), et d'une hypertension artérielle traitée par bisoprolol (Amlor[®]). En dépit d'un traitement par 60 mg de furosemide (Laslix[®]) et de 3 bolus de 3 mg de dinitrate d'isosorbide (Risordan[®]) son état ne s'est pas amélioré.

Si vous pensez...	et qu'alors vous trouvez...	l'effet sur la pertinence de réaliser ce traitement est le suivant...
débuter une perfusion de dobutamine (Dobutrex [®])	un lactate veineux à 3,4 mmol/l	-2 -1 0 +1 +2
débuter une séance de CPAP	une saturation à 89% sous oxygénothérapie au masque haute concentration	-2 -1 0 +1 +2
poursuivre le traitement par dinitrate d'isosorbide (Risordan [®])	une pression artérielle à 110/65 mmHg	-2 -1 0 +1 +2

RÉSULTATS

Les tests statistiques non pas retrouvé de différence significative (seuil p<0,005) entre les scores obtenus par les médecins seniors et les experts et ce quelque soit le groupe considéré. De même, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes entre eux.

Les variances des scores moyens étaient très faibles ainsi que les écart-types confirmant la bonne

reproductibilité du test.

Les seules différences retrouvées sont des tendances. Sur le plan statistique, avec les restrictions habituelles, il semble tout de même possible d'analyser ces résultats.

COMMENTAIRES

Il semble que ces résultats puissent être dus au nombre trop faible de questions posées dans ce questionnaire ce qui était nécessaire pour en faire un test court, acceptable et reproductible (proposé aux praticiens pendant leur heures d'activité). Nous avons comparés des médecins thésés de niveau d'expérience, et donc en partie d'expertise peu différentes entre eux, et non, des étudiants par rapport à des médecins thésés (experts/novices, comme il est habituel).

Non encore utilisé, à notre connaissance, sur une population constituée seulement de seniors, nos résultats demandent à être confirmés sur d'autres populations identiques.

Un questionnaire national, par exemple, pourrait peut-être être sensibilisé les différences statistiques du TCS car nous avons pu tout de même pu dégager des tendances entre les groupes.