



**HAL**  
open science

## Utilisation des scores en médecine générale

Clémence Decaux

► **To cite this version:**

Clémence Decaux. Utilisation des scores en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04534146

**HAL Id: dumas-04534146**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04534146v1>**

Submitted on 5 Apr 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE**

**FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

**Année 2023**

**Thèse n°2023-181**

# **Utilisation des scores en médecine générale**

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Spécialité médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2023

Par Clémence DECAUX

**Président du jury :** Pr Eric HAVET

**Membre du jury :** Pr Johann PELTIER

**Membre du jury :** Pr Charles SABBAGH

**Directeur de thèse :** Dr Arnaud DUBOIS



## REMERCIEMENTS

**A mon président de jury,**

Monsieur le Professeur Eric HAVET  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
Anatomie – Chirurgie orthopédique  
Assesseur en charge des formations  
Vice-Doyen  
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.*

*Je vous remercie également pour vos cours d'anatomie en PACES, qui m'ont marquée, je garde encore précieusement les photocopiés de vos cours.*

*Soyez assuré de mon profond respect et de toute ma gratitude.*

**A mon juge,**

Monsieur le Professeur Johann PELTIER  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Chef du Service de Neurochirurgie  
Anatomie

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury.*

*Soyez assuré de mon profond respect et de toute ma gratitude.*

**A mon juge,**

Monsieur le Professeur Charles SABBAGH  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Chirurgie digestive

*Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury.*

*Soyez assuré de toute mon estime et de ma plus grande gratitude*

**A mon directeur de thèse,**

Monsieur le Docteur Arnaud DUBOIS

Médecin généraliste agréé

*Un immense merci pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci également de tout ce que vous m'avez enseigné durant mon stage d'internat. Je continue d'apprendre de vous au cours de mes remplacements. Merci de m'avoir fait confiance pour mon tout premier remplacement.*

Merci à Antoine, mon amour, d'être toujours à mes côtés, merci pour ton soutien, l'assurance que tu me donnes, ton humour et ta patience. Tu es ma plus grande force. Je t'aime.

Merci à mes parents que j'aime tant. Merci de ne m'avoir jamais forcée à travailler mais de m'avoir toujours encouragée dans tout ce que je faisais. Merci à ma mère et son amour inconditionnel, je sais que tu es prête à tout pour tes enfants (et petit-enfants maintenant). Merci à mon père qui m'a toujours montré l'exemple : avec une petite dose de courage et surtout beaucoup de travail, on peut réussir dans la vie.

Merci à Louis et Eugénie, mon frère et ma sœur. Merci de m'avoir entourée de votre amour depuis ma naissance et même avant. Vous avez toujours été là pour moi. Vous m'avez emmenée partout avec vous et fait partager tous vos secrets et toutes vos aventures. Vous avez toujours suivi à la lettre la consignes de Maman « faites bien attention à votre petite sœur » et vous continuez d'ailleurs à le faire. On ne peut pas rêver meilleure enfance que celle que j'ai eu avec vous. Vous êtes mes deux piliers et sans vous je ne serais pas ici aujourd'hui. Je vous aime infiniment.

Merci à mon beau-frère et ma belle-sœur d'être de si bons parents pour mes neveux et nièces et de rendre heureux mon frère et ma sœur. Mention particulière à Pierre et ses parents pour leur aide en anglais !

Merci à Anne pour son travail de correction de mes nombreuses fautes d'orthographe et merci d'avoir été si présente au moment où nous en avons eu le plus besoin. Merci à elle et Etienne de m'avoir si bien accueillie au sein de leur famille.

Merci à tout le reste de ma famille et belle-famille (beau-frère, grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines) pour leur soutien depuis toujours.

Merci à Chloé d'être présente depuis 20 ans déjà, 20 ans d'amitié solide rythmée par des soirées endiablées, des fous-rire et des ragots, je n'échangerais ça contre rien au monde. Merci à Lucile pour nos années PACES (sans toi à mes côtés je n'aurai jamais réussi) merci pour nos soirées soupes, nos aventures au Crous, et tes nombreux conseils. Merci à Raphy pour sa douceur et sa bienveillance, tu incarnes à merveille le « loin des yeux, près du cœur » même si on ne se donne pas souvent de nouvelles, sache que je pense à toi. Merci à Simon pour ta patience et ton humour, merci d'être l'ami sur qui je sais que je peux compter à tout moment, même à l'autre bout de la planète. Bref merci mes AbiBoules adorés pour tous nos supers souvenirs et surtout

pour tous les prochains que nous allons encore créer ensemble. Vivement nos prochains voyages !

Merci à Ebène pour ses coups de boule d'amour et ses câlins réconfortants.

Merci à Fanie qui m'a fait confiance dès la fin de l'internat en laissant ses patients entre mes mains et merci pour tous ses conseils. Merci à Isabelle qui a maintenant pris son relais.

Merci à toutes les supers secrétaires qui nous aident tant : Sophie, Catherine, Véronique, Mélanie et Sylvie.

Merci à Mme Hardy, mon enseignante de CE2, qui m'a donné envie de travailler et apprendre encore plus avec tant de gentillesse et de bienveillance.

Merci à tous mes co-externes et co-internes pour les moments de rire, de doute et de stress partagés.

Une immense merci à tous les médecins qui ont accepté de participer à ce travail.

Et enfin merci à mes neveux et nièces, c'est à vous quatre que je dédie cette thèse : la douce Adèle, l'audacieuse Garance, l'espiègle Gustave et son très attendu petit frère. Vous êtes mes rayons de soleil. Aucun mauvais moment ne peut résister à une photo, vidéo ou anecdote de vous. Être votre tata est sans aucun doute le plus beau rôle de ma vie, je suis si fière de vous voir grandir et vous épanouir comme vous le faites. Je vous aime à l'infini et au-delà...

## Listes d'abréviations

**ACFA** : Arythmie cardiaque par fibrillation atriale

**AGGIR** : Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources (AGGIR)

**Asalée** : Action de santé libérale en équipe

**AUDIT** : Alcohol Use Disorders Identification Test

**CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

**ESC** : European Society of Cardiology

**ESS** : Epworth Sleepiness Scale

**EVA** : Echelle Visuelle Analogique

**HDRS** : Hamilton Depression Rating Scale

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

**IPSS** : International Prostate Symptom Score

**MMS** : Mini Mental State

**MoCA** : Montreal Cognitive Assessment

**NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

**NYHA** : New York Heart Association

**ROSP** : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

**SFMU** : Société Française de Médecine d'Urgence

**SCORE(2)** : Systematic COronary Risk Evaluation

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>13</b>
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>15</b>
<b>1. Méthode choisie.....</b>	<b>15</b>
<b>2. Population étudiée.....</b>	<b>15</b>
<b>3. Préparation des entretiens.....</b>	<b>15</b>
<b>4. Réalisation des entretiens.....</b>	<b>16</b>
<b>5. Retranscription des entretiens.....</b>	<b>16</b>
<b>6. Codage et analyse.....</b>	<b>16</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>17</b>
<b>1. Echantillonnage et caractérisation de l'échantillonnage .....</b>	<b>17</b>
<b>2. Quels scores ?.....</b>	<b>18</b>
2.1) Les scores cités spontanément.....	18
2.2) Les scores oubliés.....	18
2.3) Les scores inconnus.....	18
2.4) Les autres scores proposés.....	18
2.5) Des scores préférés.....	19
2.6) Des scores modifiés.....	19
<b>3. Les supports utilisés.....</b>	<b>19</b>
3.1) Intégré au logiciel.....	19
3.2) Internet et smartphone.....	20
3.3) Enregistré sur l'ordinateur.....	21
3.4) Papier.....	21
3.5) Réglettes et grilles.....	21
3.6) Pas de support.....	22
<b>4. Un outil utile en médecine générale.....</b>	<b>22</b>
4.1) Un outil scientifique validé.....	22
4.2) Un langage universel.....	23
4.3) Un outil pratique.....	23
<b>5. Pour quelles raisons les scores sont-ils utilisés ?.....</b>	<b>25</b>
5.1) Un outil pour faciliter la démarche diagnostique.....	25
5.2) Une aide à la prescription de traitement.....	25
5.3) Aide pour la réalisation d'examen complémentaire et pour adresser à un spécialiste.....	26
5.4) Un outil de suivi.....	27

5.5) Un moyen de justifier sa prise en charge.....	27
5.6) Utile dans le doute.....	28
5.7) Comprendre plus facilement le patient.....	28
5.8) Un outil pédagogique.....	28
5.9) Un test de motivation.....	29
5.10) Un atout financier apprécié.....	30
<b>6. Les freins à l'utilisation des scores.....</b>	<b>30</b>
6.1) Le manque de temps.....	30
6.2) Une multitude de scores.....	31
6.3) Freins liés aux particularités propres à certains scores.....	32
6.4) Un manque d'habitude.....	32
6.5) Des scores obsolètes ?.....	33
6.6) Scores parfois jugés inutiles.....	33
6.7) Une affaire de spécialistes ?.....	34
6.8) La clinique et l'interrogatoire avant tout.....	35
6.9) Le rôle de l'expérience.....	35
6.10) Sentiment d'incompétence.....	36
<b>7. Les réactions des patients.....</b>	<b>36</b>
7.1) Réactions positives.....	36
7.2) Refus.....	37
7.3) Incompréhension.....	37
7.4) Stress.....	38
7.5) Faire subir un interrogatoire.....	38
7.6) Scepticisme.....	39
<b>8. Place des scores dans la prise en charge des patients.....</b>	<b>39</b>
8.1) Un outil indéniable mais limité.....	39
8.2) Une histoire de générations ?.....	40
8.3) Un risque de déshumanisation.....	40
<b>9. Les incitations à leur utilisation.....</b>	<b>41</b>
9.1) Un outil informatique adapté.....	41
9.2) Les IDE Asalée.....	42
9.3) La majoration des cotations.....	43
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>45</b>
<b>1. Discussion sur le matériel et la méthode.....</b>	<b>45</b>
1.1) Faiblesses de l'étude.....	45

1.2) Forces de l'étude.....	46
<b>2. Quels scores ?.....</b>	<b>47</b>
<b>3. Un outil multitache.....</b>	<b>48</b>
3.1) Orienter la prise en charge.....	48
3.2) Outils de communication.....	49
3.3) Lutte contre le doute.....	49
<b>4. Le temps comme principal frein.....</b>	<b>49</b>
<b>5. Un outil insuffisant.....</b>	<b>50</b>
5.1) Un outil limité.....	50
5.2) Le rôle de l'expérience, la clinique, l'interrogatoire et la connaissance des patients.....	51
<b>6. Certains scores plutôt dédiés aux spécialistes ?.....</b>	<b>52</b>
<b>7. Les moyens pour inciter leur utilisation.....</b>	<b>52</b>
7.1) L'atout informatique.....	52
7.2) L'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) Asalée.....	53
7.3) Les incitations financières.....	53
7.4) Quelles pistes envisager pour les utiliser plus ?.....	54
<b>8. Les dérives.....</b>	<b>55</b>
8.1) La génération des scores ?.....	55
8.2) Risque de déshumanisation et d'altération de la relation médecin-malade.....	55
8.3) Vers une automatisation de la médecine ?.....	56
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>65</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>76</b>

## INTRODUCTION

Il existe de nombreux scores médicaux, concernant de nombreux domaines thème. Depuis l'avancée de l'outil statistique et grâce à l'évolution de l'Evidence Based Médecine, de nombreux scores diagnostiques ont été créés en se basant sur les données recueillies à partir des expériences médicales et sur les chiffres de probabilité. Ceci a permis de créer des échelles élaborées sur des critères clinico-biologiques et de chiffres de probabilité prédisant un taux de risque afin de faciliter l'orientation diagnostique et pronostique.

Les scores ont été définis comme « outils d'aide à la décision puissants » permettant d'estimer une probabilité diagnostique ou pronostique [1]. Leur création doit répondre à des standards méthodologiques bien précis pour assurer la validation interne et externe [2]. Il est important qu'ils soient également validés par les sociétés savantes et les autorités de santé, afin de gagner en crédibilité et acceptabilité par les médecins généralistes.

Leur but est d'aider le médecin dans sa pratique par leur caractère reproductible, structuré et standardisé. Ils permettent d'évaluer un risque ou une probabilité, de refléter un degré de dépendance ou de sévérité, de déterminer l'intérêt d'un examen complémentaire, d'évaluer l'urgence, d'éliminer une pathologie, d'orienter un diagnostic ou encore de faire de la prévention. Décrits ainsi, les scores apparaissent comme des outils de raisonnement indispensables au médecin généraliste.

Ces scores sont très nombreux, en dresser une liste exhaustive serait difficile. Il en existe des très courants et connus de tous, avec plus ou moins d'items, comme des plus rares et plus complexes. Parmi tous ces scores, il peut parfois être difficile de se repérer pour le médecin et donc de faire un choix de score adapté à sa pratique et surtout intéressant pour la prise en charge de son patient. Certains ne sont effectivement pas adaptés à toutes les pratiques, leur utilisation concerne plus les spécialistes d'organes que les généralistes (comme on peut le voir sur cette liste de la Société Française de Médecine d'Urgence, SFMU, [3] de scores orientés pour les urgentistes).

Des éléments incitateurs favorisent leur utilisation : les scores sont décrits comme arguments de référence scientifique ou aussi comme arguments financiers par exemple. Effectivement certains scores sont utilisés comme référence par les sociétés savantes, les autorités de santé ou les spécialistes d'organes, ils sont recommandés par ces différentes institutions afin d'améliorer

la prise en charge des patients, citons le cas des scores de dépistage des troubles cognitifs comme le Mini Mental State (MMS) dont l'utilisation fait partie des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) [4].

L'argument financier peut intervenir de plusieurs façons : l'utilisation de certains scores est parfois exigée pour valider un élément de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique, ROSP, (on peut citer par exemple l'utilisation de Systematic Coronary Risk Evaluation 2 (SCOR 2) pour le risque cardio-vasculaire). Il existe également des majorations de cotation pour les consultations. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) comprend une cotation spécifique pour l'évaluation des troubles dépressifs intitulé Alqp003 dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et pour l'évaluation des troubles dépressifs intitulé Alqp006 pour l'évaluation des troubles cognitifs (ces deux cotations sont utilisables une fois par an pour une valeur de 69,12 €).

Malgré leur place au sein des recommandations actuelles des sociétés savantes, les scores restent pourtant peu (voire très peu selon les scores) utilisés en pratique courante, même si il s'y ajoute une incitation financière.

Un article de la Revue Médicale Suisse de 2001 [5] affirmait que les médecins se désintéressaient franchement des tests, ayant plutôt l'habitude de se fier à leur expérience et à leur ressenti donc à tout ce qui est implicite pour eux, alors que les tests apportaient de l'objectivité et donc de l'explicite au raisonnement médical. Ainsi, les scores étaient plutôt « boudés » par les médecins. Qu'en est-il 20 ans plus tard ?

Pourquoi leur utilisation n'est-elle pas plus fréquente ? Qu'apportent les tests aux médecins généralistes ?

L'objectif de cette étude sera de déterminer le ressenti des médecins généralistes sur l'utilisation des scores médicaux, et définir leurs avantages et leurs inconvénients. Nous chercherons à répondre à la question suivante : quels sont les motivations et les freins à l'utilisation des scores par les médecins généralistes ?

## **MATERIEL ET METHODE**

### **1. Méthode choisie**

De façon à répondre au mieux à la problématique concernant les et les freins à l'utilisation des scores en médecine générale, il a été choisi de réaliser une étude qualitative. La méthode qualitative permet en effet de recueillir des informations à partir du point de vue et des ressentis des médecins plutôt qu'à partir de chiffres et des statistiques. Elle a été réalisée à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés grâce à un guide rédigé en amont.

### **2. Population étudiée**

Les participants sélectionnés devaient être des médecins généralistes picards, installés ou remplaçants. Ils ont été recrutés au hasard pour la majorité, quelques-uns étaient des connaissances de l'enquêteur. Les médecins ont été contactés par téléphone ou par mail, lorsque l'adresse électronique était connue, il leur a alors été expliqué la problématique de la thèse et ses modalités pratiques, puis un rendez-vous a été convenu.

### **3. Préparation des entretiens**

Avant la réalisation des entretiens, un guide d'entretien a été élaboré (cf Annexe 1) afin de structurer et d'orienter les échanges, ce guide ne comportait que des questions ouvertes pour laisser une liberté d'expression aux participants. Le guide a pu évoluer au fil des entretiens et des nouvelles données issues des précédents rendez-vous.

Une sélection de tests (cf Annexes 2) a été réalisée afin de pouvoir les rappeler aux médecins dans les suites de la première question, dans le cas où ils n'auraient pas spontanément pensé à des tests qu'ils connaissent, voire utilisent. Des tests issus de la pré-sélection éventuellement inconnus des médecins interrogés, étaient et expliqués de façon rapide. Dans le cas où un médecin citait un test qui n'avait pas été précédemment sélectionné, celui-ci était inclus à la sélection pour les médecins suivants (en leur précisant qu'il s'agissait d'un ajout à la suite des réponses d'un médecin).

#### **4. Réalisation des entretiens**

Le choix des modalités d'entretien a été laissé aux médecins participants, à savoir au cabinet, par téléphone ou par visioconférence. Le recueil des données a été réalisé par enregistrement par dictaphone et par une application d'enregistrement vocal sur smartphone, ainsi que par prise de notes manuscrites.

Les entretiens ont eu lieu entre juin et septembre 2023.

#### **5. Retranscription des entretiens**

Les données ont été anonymisées, un numéro a été attribué à chaque médecin de façon aléatoire (sans respect de l'ordre chronologique des entretiens) de façon à ne pas influencer l'enquêteur lors de l'analyse des données.

Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot sur logiciel Word, en prenant soin de rapporter les réactions non verbales comme les onomatopées, hésitations ou rires.

#### **6. Codage et analyse**

Les données ont été analysées après chaque entretiens. Les notions retrouvées dans les entretiens ont été codées en verbatim. Les verbatims ont été regroupés en catégories et comparés avec les données des autres entretiens.

## RESULTATS :

### 1. Echantillonnage et caractérisation de l'échantillonnage

Pour recruter la population quarante-et-un médecins généralistes ont été contactés, dix d'entre-deux ont accepté de participer à l'étude. L'échantillon comptait sept femmes et trois hommes. La moyenne d'âge était d'environ cinquante ans. La durée moyenne des entretiens était d'environ dix-huit minutes et trente secondes.

*Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population étudiée et des entretiens :*

Médecin	Sexe	Age	Localisation	Cabinet	Autres	Modalité	Durée
M1	F	59	Semi-urbain	Groupe	IDE Asalée	Au cabinet	10min18s
M2	M	60	Urbain	MSP	IDE Asalée, médecin agréé	En visioconférence	14min01s
M3	F	34	Rural	Groupe	IDE Asalée	En visioconférence	19min31s
M4	F	58	Semi-urbain	Seule		Au cabinet	24min27s
M5	M	59	Rural	Seul		En visioconférence	26min29s
M6	F	55	Semi-urbain	Seule		Au cabinet	22min46s
M7	F	57	Urbain	Seule	Maitre de stage	Au cabinet	21min07
M8	F	38	Semi-urbain	Groupe	IDE Asalée	Par téléphone	22min49
M9	F	36	Urbain	Groupe		Par téléphone	16min26
M10	M	49	Rural	Seul	Maitre de stage	En visioconférence	8min07

## 2. Quels scores ?

### 2.1) Les scores cités spontanément

Les scores les plus régulièrement cités spontanément par les médecins interrogés étaient Score2, MMS et le score de Hamilton. S'en suivaient le score d'Epworth, le score de Fagerström et l'échelle numérique de la douleur.

*« Le plus connu c'est le MMS, c'est le plus connus ! » M6*

*« Je connais le Hamilton pour la dépression, ça doit être à peu près le seul que j'utilise » M7*

*« Très honnêtement pour moi, le score phare, celui que j'utilise le plus, c'est le Score2 : le score cardio-vasculaire, c'est celui que j'utilise le plus » M5*

### 2.2) Les scores oubliés

Le rappel de scores issus de la pré-sélection a permis de retrouver plusieurs tests bien connus des médecins mais qui n'avaient pas été spontanément cités. Parmi ces scores, on retrouvait le Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), les scores le CHADS2vasc et Hasbled pour les anticoagulants, le test de l'horloge pour les troubles cognitifs et la grille Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources (AGGIR) pour l'échelle de dépendance.

### 2.3) Les scores inconnus

Certains scores n'étaient pas connus d'une grande partie des médecins tel que le score de Wells (connu par seulement 3 médecins interrogés) ou le score de Mac Isaac (connus par seulement 4 médecins interrogés).

### 2.4) Les autres scores proposés

Certains médecins ont proposé d'autres scores que nous n'avions pas présélectionnés et qui faisaient partie des tests qu'ils pouvaient parfois utiliser dans leur pratique, il s'agissait de l'échelle de Bristol, l'échelle visuelle analogique (EVA) du score Dn4, du score New York Heart Association (NYHA), du score d'Apgar, le score de Glasgow et le score IPSS.

### 2.5) Des scores préférés

La plupart des médecins n'utilisent pas tous les scores qu'ils connaissent, ils admettent avoir une sélection de scores qu'ils préfèrent et qu'ils utilisent majoritairement en mettant les autres scores de côté.

*« Il y a en a que je préfère, je dirais ceux qui sont dans le disque dur. Ou petit à petit, peut-être ceux qui nous semblent utiles à l'usage » M4*

*« Après je pense qu'on a plus ou moins ses affinités avec certaines choses donc on va s'arrêter là. » M1*

*« On se concentre sur deux-trois tests avec le temps » M5*

### 2.6) Des scores modifiés

Certains médecins ont avoué se réapproprier certains scores et notamment leurs items, en n'en sélectionnant qu'une partie, ils choisissaient les items leur paraissant les plus importants et les plus intéressants sans utiliser le score dans son entièreté.

*« Après avoir lu les items et se les appropriés pas de soucis ça peut être bien c'est des bonnes idées » M4*

*« Alors moi perso je fais quelques petits items, j'en fait trois ou quatre » M1*

*« Mais franchement je le fais au pif un peu » M9 (en parlant du test de Fagerström)*

## **3. Les supports utilisés**

Il a été demandé au médecin quels supports étaient utilisés pour la réalisation des scores.

### 3.1) Intégrés au logiciel

Certains médecins interrogés utilisent les scores directement intégrés à leur logiciel métier, qui peuvent même s'enregistrer sur le dossier patient.

*« Bah dans mon logiciel, j'ai la possibilité de le remplir directement, le Hamilton, le Epworth aussi. Ceux que j'utilise sont dans le logiciel. » M3*

*« C'est dans le dossier patient c'est sur le logiciel. C'est-à-dire qu'en fait pour certains scores ils sont déjà préinscrits et puis pour d'autres je les ai créés moi-même. Aucun autre support, tout se passe à l'écran [...] parce que si je faisais tout à la main, ça serait ingérable.*

*Alors après encore faut-il exploiter son logiciel, parce que mine de rien les logiciels surtout les référencés Segur ont plein, plein de possibilités et surtout d'outils qu'on ne connaît même pas. En fait il faut chercher [rires] il y a tout dans le logiciel il faut chercher » M5*

*« Ben dans mon logiciel Weda, on peut télécharger toutes les grilles possibles quoi et puis comme ça il reste une trace, en plus c'est bien il reste une trace pour comparer » M9*

### 3.2) Internet et smartphone

Pour d'autres médecins, les scores sont retrouvés et utilisés sur internet, parfois même via leur smartphone. Cela leur permet de remplir les scores en répondant aux items et d'obtenir ainsi rapidement les résultats calculés de façon automatique. Les sites utilisés sont en priorité ceux des sociétés savantes.

*« Carrément sur internet parce que t'as des petits modules [...], tu poses la question au patient, tu sélectionnes la réponse et puis comme ça t'as directement le résultats de calcul à la fin, ça t'évite de faire des additions et des calculs » M2*

*« J'avoue que moi la petite planche avec les petites cases, ça me saoule, et donc je vais sur le site de l'ESC, en tout cas le site de cardiologie européenne [...] Moi je pense que faire un score sur l'ESC c'est pertinent » M2*

*« Je l'utilise sur internet, il est dans le « Kitmédical » si tu connais, celui-là je l'utilise sur internet. Pareil pour la phlébite et l'embolie pulmonaire je le retrouve sur internet quand je le cherche » M3*

*« Pour le score de risque cardio-vasculaire le SCORE, bon ça je fais Cardio-Risk sur internet je fais ça, oui avec le diagramme » M4*

*« Quand j'en ai besoin, je vais sur internet je regarde sur le site de l'HAS. « M6*

*« J'ai un score de Hamilton qui se fait sur internet, directement sur internet. Donc on le fait directement, on remplit, on l'imprime et ça nous sort le score et donc euh c'est bien fait, c'est simple, c'est rapide » M7*

*« Moi c'est essentiellement internet » M8*

*« J'utilise le téléphone aussi des fois, des fois je le fais sur smartphone, Chadsvasc par exemple il est sur smartphone » M2*

*« Les scores cardio-vasculaires en général je les ai sur mon téléphone portable » M5*

### 3.3) Enregistrés dans l'ordinateur

Plusieurs médecins ont expliqué avoir des dossiers sur ordinateur avec les scores enregistrés, leur permettant de les retrouver rapidement et de les imprimer si besoin.

*« J'ai des tables que je mets en PDF dans un fichier « dossier médical » sur mon ordinateur, comme ça quand je mets un mots clés dans Windows il me retrouve mon fichier PDF. » M2*

*« L'échelle des visages de la douleur, je l'ai enregistrée, j'ai un petit truc protocole patient et là-dedans j'ai, bah j'ai des trucs qui peuvent rendre service. Pour les gamins, les petits bonhommes avec les têtes, je l'ai, je l'édite, limite je le donne aux parents » M4*

*« J'ai un dossier avec tous les trucs utiles et donc j'imprime ce dont j'ai besoin au fur et à mesure des consultations » M10*

### 3. 4) Papier

Quelques médecins utilisent également les scores sur papier, généralement pré-imprimé et ressorti au besoin.

*« Des choses qu'on a pré-imprimées, plutôt du pré-imprimé »M1*

*« Ou alors j'ai des choses qui sont déjà imprimées quelque part dans un ouvrage c'est dans un de mes photocopiés, je l'utilise en papier » M8*

### 3. 5) Réglettes et grilles

Il s'est alors posé la question de l'utilisation des réglettes ou grilles, éventuellement fournies par les laboratoires. Plusieurs médecins se servent régulièrement des ces outils.

*« Après pour ce qui est de l'échelle visuelle analogique, j'ai carrément une petite réglette qui permet de donner au patient et lui demander de mettre son niveau douloureux ressenti »M2*

*« Réglette déjà toute faite ou chose imprimée » M4*

*« Les labos quelquefois nous donnent de bons outils aussi, comme avec le tabac, il y a des choses intéressantes et au moins c'est écrit, on montre aux gens » M1*

*« J'ai une grille que je ressors de temps en temps avec mes internes, mais euh pfff au quotidien je m'en sers pas » M7*

*« En pédiatrie c'est vrai que c'est plutôt la réglette avec, tu sais, le score avec les visages » M8*

*« J'ai des réglettes aussi pour la douleur mais honnêtement je m'en sers surtout pour les enfants, quand ils ne savent pas encore bien compter, c'est plus parlant avec les enfants les réglettes » M10*

### 3. 6) Pas de support

Parfois l'oral suffit et les médecins n'utilisent pas de support selon le score utilisé, notamment pour l'échelle numérique de la douleur.

*« Le Mac Isaac : ça je le fais dans ma tête mais je l'écris pas sur le papier » M7*

*« Je suis plutôt à l'oral pour la douleur, 0 à 10, en expliquant » M8*

*« Pour les adultes pour la douleur, il n'y a pas besoin de réglette, c'est plus rapide, on demande de 0 à 10 et le patient nous répond et hop c'est déjà fini » M10*

## **4. Un outil utile en médecine générale**

### 4.1) Un outil scientifique validé

Une des particularités appréciées par les médecins était l'argument scientifique des tests validés par les sociétés savantes ou les autorités de santé.

*« Des tests qui en tout cas ont une valeur significative, ce qui permet de suivre les gens » M2*

*« Je pense que les scores c'est quelque chose de très bien, c'est bien mathématique c'est ce qu'il faudrait à faire à tout le monde » M7*

*« Quand même il y a beaucoup de réunionite et puis je pense des comités d'experts j'imagine qui doivent pondre ces trucs-là. Donc c'est quand même réfléchi, plutôt utile » M8*

*« Ça permet d'uniformiser les avis, les façons de faire, les pratiques » M8*

*« C'est carré, on a fait le test de référence, c'est rassurant » M9*

*« Je pense que quand ça a vraiment une utilité scientifique comme le Chadsvasc ou des choses comme ça, c'est pour le bien du patient c'est pour lui éviter quand même d'être délétère, moi j'aime bien que ce soit carré, les recommandations, les trucs, enfin que ça parte pas dans tous les sens » M9*

#### 4.2) Un langage universel

Les scores sont également utilisés comme outils de communication et compréhension entre différents médecins, puisqu'ils sont facilement reproductibles d'un individu à l'autre. Un des arguments est que chaque médecin peut rapidement comprendre le stade ou l'évolution d'une situation en donnant simplement le résultat d'un score plutôt qu'en détaillant l'examen clinique dans son ensemble.

*« Même si tu es remplacé par tes confrères, tout le monde comprend ce que ça veut dire. » M3*

*« Les avantages c'est que déjà on parle, on pose les mêmes questions, c'est universel ! Entre individus qui posent les questions, entre professionnel de santé on parle le même langage, donc je pense que c'est reproductible aussi à l'échelle des individus aussi, c'est plutôt pas mal » M8*

*« Ça permet d'uniformiser les avis, les façons de faire, les pratiques » M8*

Pour certain les scores ont un intérêt médico-légal.

*« Oui pour le côté médico-légal, on y pense toujours même si on pense pas qu'à ça, c'est un intérêt de mettre quelque chose d'un petit peu codifier dans le dossier ouais » M3*

#### 4.3) Un outil pratique

Pour beaucoup, les scores peuvent faciliter la prise en charge au cours de la consultation et peuvent également permettre un gain de temps dans certaines situations.

*« Et sinon bah tu vois là en termes de bénéfices-temps je trouve que quand je sors mon échelle de Bristol, ça va toujours plus vite qu'en posant les questions où les réponses sont toujours très difficiles » M2*

*« Et puis il y a un côté pratique simplement, gain de temps je dirais. » M8*

*« Des fois au hasard de ton interrogatoire t'arrive quasiment à faire les cotations tout seul, à remplir les cases, sans forcément te poser sur un papier et te dire là c'est rempli, là c'est pas rempli et scorer sur un temps dédié » M8*

*« Comme tu réfléchis plus vite et de manière uniforme, tu te trompes moins je pense. C'est plutôt un facilitateur de prise de décision » M8*

Certains médecins apprécient également le cadrage des consultations et la simplification des prises en charge grâce aux scores.

*« Je trouve que ça permet un peu de voila de cadrer les choses et puis peut-être te raccrocher à des choses un peu concrètes, quand tu poses des questions ça te met une trame sur des entretiens parfois où tu sais pas trop »M3*

*« Après selon la façon de les utiliser ça facilite la réflexion, si après on part sur des algorithmes selon les scores, ça facilite la réflexion » M8*

Les scores sont aussi nécessaires pour remplir le dossier médical du patient sur le logiciel métier pour de nombreux médecins :

*« Tu le mets dans le dossier patient, voilà quoi ! moi je trouve que ça fait classe, ça assoit une prise en charge et l'intérêt d'une prescription. » M2*

*« Je trouve que c'est pas mal dans le dossier médical ça, voilà ça met un truc qui est un peu validé, qui est validé quoi autre que le simple ressenti de voilà »M3*

## 5. Pour quelles raisons les scores sont-ils utilisés ?

### 5.1) Un outil pour faciliter la démarche diagnostique

Les scores se sont avérés être pour de nombreux médecins un outil pour la confirmation d'un diagnostic ou pour établir un diagnostic différentiel.

*« Je trouve que c'est une bonne aide au diagnostic » M9*

*« Pour confirmer un diagnostic » M2*

*« Ça sert aussi à faire la part des choses sur le côté psy et somatique » M9*

Dans certains cas, les scores ont permis une prise de conscience du niveau de sévérité d'une pathologie chez un patient.

*« Je pense que ça peut déjà amener un questionnement qu'on n'aurait peut-être pas pensé au départ, et effectivement on gratte un petit peu le vernis à chaque fois. Là où on pensait que c'était peut-être minime, on se rend compte qu'en fin de compte en faisant les scores qu'ah ben non là c'est déjà plus que ce qu'on pensait » M1*

### 5.2) Une aide à la prescription de traitement

C'est généralement dans le cadre d'une aide à la prescription d'une thérapeutique que les scores ont été décrits comme les plus utilisés. Notamment pour l'introduction de traitements par statines avec le score Score2 ou encore pour la mise en place d'un traitement anti-dépresseur avec l'échelle de Hamilton.

*« Tu sais si tu dois éventuellement prescrire en prévention primaire une statine » M2*

*« Ça assoie une prise en charge et l'intérêt d'une prescription. Surtout que c'est quand même une prescription qui n'est pas négligeable, parce que les effets secondaires avec les statines bon quand même quoi ça existe » M2*

*« Je dirai que c'est surtout euh, pour choisir si on met en place un traitement ou pas, oui c'est surtout ça, pour les statines notamment. » M10*

*« Peut-être, des fois, dans l'indication à mettre un traitement, tel que les antidépresseurs plutôt que versus uniquement un anxiolytique » M2*

« Celui de la dépression je le fais, je trouve que ça m'aide pour la prescription d'anti-dépresseur notamment si le score n'est pas bon » M2

« C'est une aide à la décision thérapeutique principalement » M3

« Ah bah les avantage c'est le débouché sur la thérapeutique, c'est-à-dire que bah en fonction du résultat du score on active ou pas telle ou telle thérapeutique c'est surtout ça en premier [...] en fait ça à une visée à la fois diagnostique et thérapeutique » M5

« C'est plutôt un facilitateur de prise de décision » M8

« Qu'est-ce que j'ai pu m'en servir pour mettre en place avant d'aller voir le médecin de la douleur, ça aide à introduire un traitement de la douleur neuropathique avant qu'il voit un spécialiste en douleur déjà » M8

« Pour évaluer, voir s'il y a besoin de mettre un traitement ou s'il faut changer le traitement » M9

### 5.3) Une aide pour la réalisation d'examen complémentaire et pour adresser à un spécialiste

Choisir entre réaliser des examens complémentaires ou adresser un patient à un confrère spécialiste voire aux urgences peut être difficile, dans certains cas les scores peuvent aider à prendre cette décision. Ils participent à la prescription ou à la non-prescriptions d'examens complémentaires.

« Ou à la prescription d'une polysomno' pour le score d'Epworth, pour adresser au spécialiste ou pour une aide à la prescription, aide à la prescription d'examens complémentaires aussi pour le doppler de la phlébite par exemple avec le score de Wells » M3

« C'est vrai que ça permet de peut-être d'orienter les choses » M6

« C'est un 1<sup>er</sup> outil, qui va déclencher d'autre examen complémentaire à côté si nécessaire » M1

« Epworth je l'utilise beaucoup avant de faire la polysomnographie » M10

« Ou la non-prescription ! La non-réalisation du test TDR avec le Mac Isaac voilà... Donc c'est une aide à la prescription ou pas prescription en gros » M3

« Score Epworth: ah oui, ça en fait je le fais parce que les consultations sommeil sont débordées, ils ne veulent recevoir que les gens qui ont déjà un score très élevé » M4

*« Après éventuellement d'adresser au spécialiste en fonction de ce qu'on trouve. Parce le MMS par exemple on va pas traiter nous-même on va envoyer chez le gériatre » M5*

#### 5.4) Un outil de suivi

De nombreux médecins ont aussi expliqué que les scores leur étaient utiles au suivi des patients, notamment grâce à leur reproductibilité.

*« Mais effectivement dans le cadre du suivi, il y a certains tests qui peuvent être faits [...] sur du plus long terme. Par exemple, on a parlé tout à l'heure du MMS, oui ça permet de faire un suivi, par exemple » M2*

*"Et surtout pour pouvoir le réévaluer dans les semaines qui suivent » M2*

*« Ça peut être plus reproductible que certaines questions comme ça à la volée » M3*

*« Au suivi dans le dossier médical de voir d'une consultation après l'autre euh l'évolution d'être un petit peu plus rigoureux de ce côté-là » M4*

*« C'est euh reproductible dans le temps on peut poser plusieurs fois pour comparer » M8*

*« En fait ça sert aussi à réévaluer le traitement » M9*

#### 5.5) Un moyen de justifier sa prise en charge

Pour beaucoup les scores sont également un moyen d'expliquer, de justifier et valider leur prise en charge.

*« Ça assoit une prise ne charge et l'intérêt d'une prescription. » M2*

*« Oui c'est un peu une aide à la validation d'un ressenti clinique » M3*

*« Noter dans le dossier score de Wells à 2ou 3 donc voilà mettre dans le dossier pour expliquer pourquoi je fais les choses, ça aide à se justifier » M3*

*« Ça permet de valider ce qu'on fait, de donner du crédit à nos décisions. » M10*

### 5.6) Utile dans le doute

Plusieurs médecins ont précisé que les scores leur étaient surtout utiles en cas de doute sur la prise en charge ou sur le diagnostic, ils ont révélé que c'était un élément important pour se rassurer.

*« Ça peut être un outil dans le doute surtout. Parce que comme tu le sais en médecine générale on est, souvent dans le doute et des fois d'avoir des petits outils comme ça pour se rassurer ou se confirmer un truc ou faire du suivi » « Quand on hésite, je pense que ça a vraiment un intérêt quand on hésite. Pareil pour le score de Wells, finalement ça va être quand j'hésite, quand je me dis franchement je pense pas qu'il y ait une phlébite quoi, du coup je fais un petit score, je me dis oui le score est bon, donc ça confirme » M3*

*« On est obligé d'argumenter et aussi de se rassurer nous-même, en disant j'ai fait le bon choix » M5*

### 5.7) Comprendre plus facilement le patient

Parfois les scores sont également un moyen de mieux comprendre le patient, c'est le cas de l'échelle de Bristol.

*« J'utilise l'échelle de Bristol très souvent, parce que les gens quand tu leur demande leurs selles ils disent « oh bah c'est normal » mais la normalité je la connais pas. » « Ça permet parfois d'étayer une réponse qui est pas forcément évidente pour les patients. Des fois tu es obligé de reformuler 2 fois, 3 fois, 4 fois pour avoir la réponse à la réelle question que t'as posée » M2*

*« Ça permet de mieux se comprendre » M8*

### 5.8) Un outil pédagogique

Les scores sont également décrits comme des outils pour faire comprendre aux patients des éléments sur leur état de santé, notamment pour prendre conscience de la sévérité de leur maladie. Ils sont également utiles pour leur expliquer les règles hygiéno-diététiques et comment prendre les traitements, notamment pour les douleurs.

« Je m'en sers beaucoup du Score2 pour les patients, je leur calcule leur risque et puis ça me permet de leur expliquer [...] dire "vous voyez si vous supprimer le tabac vous changez de case" ça aide à en discuter avec les patients » M3

« Et puis même dans le rédaction de l'ordonnance si on veut qu'un patient déclenche certains médicaments arrivé à un certain palier de la douleur, euh voilà par exemple chez les migraineux ça peut être utile. Dire bon bah quand on arrive à 7-8, là vous prenez ça. Enfin voilà quoi. Ça aide aussi pour leur apprendre à se gérer » M4

« Et puis ça permet aussi de montrer au patient où est-ce qu'il en est. Où est-ce qu'il en est dans son cheminement diagnostic et thérapeutique. Et on leur prouve noir sur blanc que bah finalement ils n'ont pas besoin de traitement si ce n'est de faire attention au niveau diététique. Ça permet une prise de conscience vis-à-vis du patient. » M5

« Pour quelques-uns ça serait parlant de montrer "regardez où vous êtes". Quelque fois il disent "mais non" mais si, si ! » M1

« Les patients qui ne sont pas très chauds pour prendre des antidépresseurs, qui reconnaissent pas vraiment leur dépression, de le faire, de remplir les petites cases avec eux bah ils se rendent compte qu'effectivement il y a une symptomatologie dépressive et peut-être qu'un traitement ça serait bien venu. » M7

« Et aussi quand on le fait et qu'on montre au patient on peut leur prouver que si, ils ont besoin d'un traitement, ça permet de leur expliquer mieux je pense aussi. » M10

### 5.9) Un test de motivation

Un médecin a expliqué qu'il utilisait les tests parfois pour évaluer la motivation d'un patient, principalement pour le sevrage tabagique et le test de Fagerström.

« Je vous donne un truc ça s'appelle le test de Fagertsröm, vous me le remplissez et vous revenez quand vous êtes vraiment motivé " [...] Justement quand je procède comme ça, là ils reviennent uniquement pour ça, si ils sont vraiment motivés. » M4

### 5.10) Un atout financier apprécié

Deux médecins ont avoué utiliser le score de Hamilton parce qu'il permet de coter une consultation plus chère qu'une simple consultation à 25 euros.

*« Après en aparté alqp003 et alqp007 ça sert aussi à faire des cotations. Moi tous les gens dépressifs je leur fais au moins une fois par an ou qui ont des benzo 'ou qui viennent pour de la dépression. La consultation c'est pas très très élevé, donc si on fait des cotations, ça augmente le gain de la journée. Sinon on a juste le GS à 25 c'est aussi pour ça » M9*

*« Alors le score de Hamilton, très sincèrement, c'est parce que maintenant on peut le coter » M7*

## **6. Les freins à l'utilisation des scores**

### 6.1) Le manque de temps

Tous les médecins ont estimé que le principal frein à l'utilisation des scores était le manque de temps dans leur consultation. Les scores sont pour eux beaucoup trop chronophages. Ils ont expliqué que leur planning avec en général des créneaux de 15 minutes par consultation ne leur permettait pas d'utiliser les scores systématiquement.

*« Bah je pense que le premier mot ça va être le même que tout le monde : le temps. Un peu comme en médecine il y a un bénéfice-risque et bah là c'est un bénéfice-temps. » M2*

*« Non principalement c'est la limite de temps [...] le MMS c'est le bon exemple je trouve que c'est un peu chronophage quoi, en consult' franchement ça prend trop de temps » M3*

*« C'est le temps, c'est-à-dire que tu ne peux pas passer tout le temps de ta consultation. Chose que tous les médecins doivent vous le dire, on peut y passer toute sa consultation, surtout à l'époque actuelle à 25 euros "rires". On peut pas passer toute la consultation à faire un score, enfin faire plein, plein de scores lorsque ça reste moyennement justifié » M5*

*« Pourquoi ? Alors pourquoi ? D'abord c'est chronophage ! C'est souvent chronophage » M6*

*« C'est juste qu'il faut avoir le temps, en un quart d'heure, qu'est-ce que vous voulez faire en un quart d'heure ? Bon des fois il y a des médecins c'est 10 minutes moi c'est 15 minutes et puis on n'a pas de temps morts des fois on a pas le temps de manger déjà alors [rires] ! » M6*

*« Comme je dis toujours : on a pas toujours le temps efficace ou on ne le prend pas assez ce temps-là » M1*

*« Moi je dirais que c'est surtout avec le temps essentiellement. C'est un petit peu chronophage quand même. Si on veut le faire sérieusement, ça prend un moment, c'est surtout ça » M1*

*« Ils sont très intéressants, quand on les regarde de près mais ça prend un temps fou » M1*

*« Je ne m'en donne pas les moyens, j'ai pas le temps » M7*

*« Je prends un quart d'heure par consultation, si on commence à faire des échelles pour tout et n'importe quoi, il va me falloir une demi-heure et puis je ne suis pas couchée avant 3h du matin quoi » M7*

*« Ça fait long quoi en fait en 15 minutes. Manque de temps franchement » M9*

*« Moi je fais des consultations de 15 minutes, en 15 minutes si je fais un test je ne peux rien faire d'autre. Donc faire le test, euh prescrire le traitement et encore après expliquer au patient, tout ça en 15 minutes c'est pas possible ! Si j'avais plus de temps j'en ferais plus c'est certain » M10*

## 6. 2) Une multitude de score

Plusieurs médecins se sont plaints du trop grand nombre de scores disponibles, certains étant même inconnus de plusieurs médecins.

*« Trop de scores tue le score ! c'est très franc ! [...] Oui on est noyé quoi, enfin on a ce sentiment-là. On est un peu à saturation c'est clair. » M4*

*« Il y en a d'autres que je connais pas du tout, on se sert que des choses qu'on connaît » M7*

*« Manque de connaissance, il y a peut-être des trucs qu'on ne connaît pas. Il y a peut-être d'autres tests que je ne connais pas. » M9*

*« Sinon il y en a plein que je ne connais pas, enfin il y a en a tellement de plus en plus quoi, c'est un peu trop même » M1*

### 6.3) Freins liés aux particularités propres de certains scores

La complexité, le manque de praticité ou la longueur de certains scores sont un obstacle à leur utilisation.

« Des fois la trop grande complexité des questions bah vous noyez votre patient parce qu'il ne comprend pas la question et puis voilà quoi » M4

« Le score cardio-vasculaire, je trouve qu'il est un peu imbuvable donc c'est pour ça qu'il faut être au moins à deux pour le lire avec mes internes stagiaires » M7

« Si c'est un score avec 7 ou 8 items c'est pas adapté à la médecine générale [rires] » M4

« Et euh il y a des tests qui sont trop complexes avec beaucoup trop de questions, par exemple le test de Hamilton, c'est trop long, on ne s'en sort pas après » M10

« Le score de risque cardio-vasculaire, j'avoue que moi la petite planche avec les petites cases, ça me saoule » M2

### 6. 4) Un manque d'habitude

De nombreux médecins n'utilisent pas les scores par oubli ou par manque d'habitude.

« C'est plus quand j'y pense, je me dis tiens je vais l'utiliser. »M3

« Puis après les autres petites choses on va moins y penser par exemple »M1

« J'y pense pas donc voilà j'ai pas pris l'habitude de m'en servir et après ça commence à faire un bail que je fais de la médecine générale donc quand on a pas pris les bonnes habitudes dès le début, c'est un peu compliqué de s'y mettre. » M7

« Par exemple les maitres de stage chez qui je suis allée, ils n'en faisaient aucun, donc j'ai pas pris cette habitude plus que ça. » M9

« Après bien souvent j'y pense simplement pas, c'est pas automatique pour moi, donc voilà j'y pense pas mais c'est vrai que ça serait bien que j'en fasse plus.» M10

### 6. 5) Des scores obsolètes ?

Deux médecins ont évoqué la possible obsolescence de certains scores nécessitant leur mise à jour.

*« Le test de l'horloge, je tends une feuille de papier et aller hop faites-moi une horloge. Je pense qu'à la génération suivante ça sera un test qui sera obsolète parce que les jeunes ils ne savent plus lire l'heure qu'avec les chiffres [...] il va falloir trouver autre chose ! »M4*

*« Ça peut devenir obsolète aussi par rapport aux avancées de la médecine, à un moment donné peut-être que c'est obsolète. L'obsolescence programmée des scores ! [rires] » M8*

### 6. 6) Scores parfois jugés inutiles

Selon les médecins certains scores sont inutiles, n'améliorant pas ou peu la prise en charge médicale.

*« Si vraiment le score vaut le coup par rapport à ce que tu en attends et le bénéfice qu'il t'apporte dans ta prise en charge ou dans ta conviction diagnostique. Si ma fois tu sais qu'il ne va pas t'apporter grand-chose de plus, je ne le fais pas. » M2*

*« Le Mac Isaac non j'utilise pas, j'avoue je score pas dès qu'il y a une amygdalite, une vraie amygdalite, je fais un Streptotest »M2*

*« Ceux qui débouchent sur très peu de solution thérapeutique, par exemple le score IPSS, euh, chez un patient qui est dysurique moi je l'utilise pas. En fonction de l'interrogatoire, je vois très bien si j'envoie chez l'urologue » M5*

*« Hamilton, je le connais depuis longtemps hein, si je l'utilise pas, c'est que ça répond pas à un besoin de ma part quoi. » M4*

*« Les scores de phlébites, je les connais pas, je les utilise pas, mais du coup je me débrouille sans, donc finalement est-ce qu'on en a vraiment besoin hein ? » M10*

Parfois le score devient inutile, quand le diagnostic ou la thérapeutique paraissent évidents devant les symptômes présentés, les médecins ne voient aucun intérêt à son utilisation.

« C'est évident qu'il a des troubles cognitifs maintenant [...] les tests on a même pas besoin de les faire aujourd'hui, ce n'est plus nécessaire » M6

« Si j'ai un patient qui vient et que je pense à une embolie pulmonaire, je vais pas faire de score, je vais l'envoyer à l'hôpital parce que peut-être bien que oui peut-être bien que non, tant qu'on ne l'a pas éliminé on a pas l'esprit tranquille. » M7

« Mac Isaac ça je le fais pas systématiquement, parce que parfois c'est évident qu'il va être supérieur. Même le score de Wells il y a des fois enfin voilà quoi si le mollet est énorme qu'on est sûr qu'il y a une phlébite, on va pas s'amuser à faire un score de Wells ça sert rien, on va directement prescrire le Doppler et puis voilà » M3

« L'échelle visuelle analogique, je trouve que c'est très bien dans le cadre d'une douleur chronique, je trouve que c'est beaucoup moins pertinent dans une douleur aiguë. Dans une douleur aigüe le vécu douloureux est toujours important, la personne sur 10 elle va te dire 12 hein donc voilà, je trouve que c'est un peu moins pertinent » M2

#### 6. 7) Une affaire de spécialistes ?

Certains généralistes interrogés ont expliqué ne pas utiliser des scores de spécialistes d'organes non adaptés à leur pratique ou parce qu'ils seraient réalisés directement par ces mêmes spécialistes d'organes.

« Chadvasc, Hasbled je les utilise, jamais, c'est plus du domaine du cardiologue.

Quand il y a une découverte d'ACFA, tu anti-coagules et tu réfléchis après, c'est le cardiologue qui réfléchit même [rires] » M3

« La solution moi de facilité, quelques fois on a des doutes parce que les patients quand on les voit en 15 minutes ils ont l'air bien mais quelques fois on a des doutes, alors on envoie au neurologue [...]. Souvent je renvoie le bébé au spécialiste et puis lui fait son travail. » M6

« Par exemple pour les anticoagulants, je laisse ça aux cardiologues, je leur laisse la main » M10

## 6. 8) La clinique et l'interrogatoire avant tout

De nombreux médecins considèrent que les scores sont de bons outils mais qu'ils ne doivent pas se substituer à la clinique, l'écoute du patient et l'interrogatoire, qu'il faut privilégier.

*« Voyez par exemple pour la dépression, Hamilton euh enfin voilà quoi ! Je préfère laisser parler les gens quoi, donc j'essaie de capter au moment où ils me racontent leur malheur ce qui peut m'intéresser ou pas mais j'ai jamais fait un seul score Hamilton. [...] Je préfère écouter, essayer d'écouter le mieux possible plutôt que d'avoir une partie de mon cerveau qui commence à chercher à cocher les cases, je pense que ça me déconcentre. Je préfère vraiment être avec la personne [...]. De toute manière si vous n'écoutez pas le patient, il reviendra à la charge, il dira il m'a pas écouté. » M4*

*« C'est vrai que la clinique, la clinique c'est essentiel et l'interrogatoire plus plus plus ! [...] Je crois qu'il faut rester clinique, moi j'ai retenu ça sur le plan de l'importance de la clinique avant toute chose mais vraiment avant toute chose, c'est ce qui prime sur tout le reste ! » M6*

*« Les scores pour la dépendance à l'alcool, ça j'avoue que je les utilise pas, j'essaie de voir un peu au questionnement » M1*

## 6. 9) Le rôle de l'expérience

Pour beaucoup de médecins, l'expérience et la bonne connaissance des patients permettent de se passer de nombreux de scores pour prendre des décisions.

*« Il y en a, qu'on pourrait laisser de côté, c'est vrai que le Dn4 ou l'échelle de numérique pour la douleur, quand on connaît bien son patient, on voit très bien où il en est au niveau de la douleur » M5*

*« On se sert de peu de chose en médecine, on se sert de 20 % à peu près de ce qu'on a appris. C'est surtout l'expérience, c'est le flair, et c'est de bien connaître ses patients » M5*

*« En général moi j'ai mes vieux réflexes, je sais en général à quel moment il faut envoyer quelqu'un à certaines consultations. Je me fie plus à mon expérience, et à l'interrogatoire » M6*

*« Je vois à la tête de mes patients, à leurs résultats sanguins, si je dois leur coller des statines ou pas [...] Moi je fais ça plus au nez et au feeling, je connais aussi mes patients, je compte plus sur la connaissance des patient, le feeling et l'attention et la prévention » M7*

*« Parfois d'expérience on sait si le patient a besoin de tel ou tel examen, quand on connaît son patient c'est pas toujours utile » M10*

### 6.10) Sentiment d'incompétence

Plusieurs médecins ont exprimé une incompétence ou un manque de réactualisation de leurs connaissances concernant les scores.

*« Allez-y [rires], je vais être une très mauvaise élève rire » M4*

*« Je sais que je suis pas bonne, peut-être que j'y laisse des plumes » M4*

*« J'ai pas révisé [rires] » M8*

*« Oh bah moi les scores, je suis pas très bon, j'en utilise quasiment pas » M10*

## **7 Les réactions des patients**

### 7. 1) Réactions positives

D'après les médecins, de nombreux patients apprécient que leur praticien utilise des scores pour leur prise en charge. Ils apprécient l'utilisation des outils scientifiques dans leur prise en charge. Certains s'amuse et le prennent comme un jeu, d'autres sont reconnaissants qu'on leur porte de l'attention et qu'on s'intéresse à leur santé en leur posant des questions. Parfois les scores permettent au patient de se sentir compris et écouté en posant des mots précis sur des symptômes parfois très subjectifs.

*« Je pense que les patients ils aiment bien au final, ça les dérange pas, ils aiment bien qu'on leur pose des questions donc euh ! » M3*

*« Je pense que les gens ils apprécient que tu portes un intérêt à un signe en particulier » M8*

« En fait il y en a qui sont contents, on leur fait un truc en plus, ce côté scientifique « elle fait des trucs nouveaux voilà, elle est à la pointe des dernières connaissances » Ils trouvent ça plutôt valorisant pour eux » M9

« Ils prennent ça sous forme de jeu, et puis ouais souvent c'est ça surtout quand je me sers de ça [montre la grille de risque cardio-vasculaire] je dis « attention on va sortir le grand jeu » et donc on est à deux je dis « on en profite qu'on est à deux médecins là pour lire votre résultat et vous dire dans quelles cases vous êtes, parce que c'est compliqué ». Donc on en rigole plus qu'autre chose. » M7

« Les gens je pense qu'ils doivent se sentir compris quand tu évalues, ça permet de mettre un peu des mots sur les maux. « Oui tiens, ça c'est vrai que » « ah bah oui maintenant que vous me posez la question, c'est vrai que je ressens ça, je ressens ça » [...] Je pense que les gens ils se sentiront peut-être un petit peu plus compris si d'un seul coup ils entendent un moment qui ressemble vraiment à ce qu'ils ressentent » M8

## 7.2) Refus

Il arrive que des médecins se confrontent à un refus du patient pour la réalisation des tests, notamment pour les scores de dépendance à l'alcool ou pour les tests de mémoire.

« Il a des troubles cognitifs mais il veut pas, il veut pas faire les tests » M6

« Pour l'alcool, une fois que vous faites le test... Déjà il faut que le patient accepte de le faire, une fois qu'il a fait, ça ne veut pas dire qu'il sera pas dans le déni total » M6

« Et puis il y en a qui vont dire « bah non moi je suis pas zinzin j'ai pas besoin de ça », par exemple sur le MMSE. » M9

## 7.3) Incompréhension

Le but du questionnaire et son utilisation peuvent parfois être mal compris par le patient. Les questions sont parfois également trop complexes pour certains patients.

« Des fois la trop grande complexité des questions bah vous noyez votre patient parce qu'il comprend pas la question et puis voilà quoi » M4

*« Je leur dit souvent ce que je fais, que je remplis en même temps un test, parce que sinon ils trouvent ça bizarre que je leur pose des questions aussi, aussi brutales, aussi systématisées. Donc je leur explique que c'est pour évaluer leur état » M3*

#### 7.4) Stress

Parfois la réalisation d'un test peut occasionner du stress chez les patients. Comme le MMS réputé pour engendrer une anxiété par appréhension du résultat, par peur de ne pas réussir, puisque que l'enjeu paraît grand pour eux lorsqu'il s'agit d'évaluer leurs compétences cognitives

*« Ou avec des gens pour le MMS qui perdent complètement leurs moyens quand d'un seul coup on les interroge. Voilà ! » M5*

*« Bah déjà le MMS, les gens souvent quand tu leurs fais, tu sais qu'ils sont un petit peu stressés parce qu'il faut qu'ils répondent bien parce que c'est pour évaluer la mémoire. » M8*

*« Ou alors j'en ai qui me disent oh j'ai des troubles de mémoire, et quand on leur fait le test, les questions elles leur paraissent « bêtes », ils se sentent dévalorisés en fait ils ont peur. » M9*

#### 7. 5) Faire subir un interrogatoire

Parfois les tests engendrent une gêne et une sensation d'être sous interrogatoire, le patient ayant l'impression d'être jugé et scruté. Il faut alors être attentif à ne pas les bloquer en posant les questions.

*« Le côté un peu questions pas toujours forcément agréables à faire en consultation. Les patients ça peut peut-être les gêner » M3*

*« Mais oui ça fait un peu interrogatoire quoi vraiment la succession des questions parfois » M3*

*« Il faut pas braquer les patients parce que ce sont des pathologies qui font peur » M6*

## 7.6) Scepticisme

Les scores et leurs résultats sont parfois difficilement acceptés par les patients sceptiques, qui ont des aprioris sur les statistiques.

*« Et puis c'est comme ce que certains patients érudits nous font remarquer : par exemple dans le Score2, on estime un risque cardio-vasculaire et on dit bon bah voilà vous êtes à 2% je vais pas vous donner de statines. Mais certains me disent oui mais quand ça tombe sur moi c'est quand même du 100% donc voilà, avec toute la réserve que ça comporte » M5*

## **8. Place des scores dans la prise en charge des patients**

### 8.1) Un outil indéniable mais limité

Les scores sont généralement décrits par les médecins de cette étude comme des outils très utiles à la prise en charge du patient.

*« Moi je pense que c'est intéressant tous ces scores-là [...] Ah c'est une aide moi je pense certaine quand même ça ne demande qu'à se développer justement » M1*

*« Moi je pense que c'est vraiment plutôt des outils utiles, pour moi c'est quand même une plus-value dans ton examen clinique, plutôt que quelque chose qui freine » M8*

*« Leur place quand ils sont entièrement justifiés elle est certaine oui » M5*

Cependant les médecins ont rappelé qu'ils n'étaient pas suffisants à eux seuls, qu'ils étaient utiles mais non indispensables. Pour certains il s'agit d'un outil supplémentaire sans être essentiel.

*« Je trouve que ouais c'est plus une aide que vraiment quelque chose de fondamental et qu'il faut utiliser à chaque fois » M3*

*« Si on se contente de ça, c'est un peu réducteur. C'est un outil » M4*

*« Ah bah c'est pas du systématique hein ! [...] C'est une aide c'est pas essentiel, non du tout » M5*

*« Les tests purement les tests c'est bien mais c'est pas suffisant » M6*

*« Ça reste qu'un premier outil, qui va déclencher d'autre examen complémentaire à côté si nécessaire, moi je dis ça a une limite modérée, voilà faut pas s'arrêter qu'à ça » M1*

*« Peut-être qu'il y a des choses qui sont oubliées dans les scores » M8*

### 8.2) Une histoire de générations ?

Parmi les médecins interrogés, beaucoup ont expliqué ne pas utiliser les scores parce que ceux-ci existaient peu lors de leur début de carrières. Certains considèrent qu'ils sont plus utilisés par les jeunes médecins, et d'autres s'inquiètent de la potentielle évolution de leur utilisation.

*« C'est la médecine des années 2000/2010/2020 puis 2030, moi j'ai été diplômé en 1991, et je crois qu'en 1991 il n'y avait que le MMS qui existait. On n'avait pas d'autre score, je peux me tromper. Et au fil de mon activité, j'ai vu apparaître plein de scores et effectivement c'est l'évolution de la médecine avec l'aide de l'outil statistique. C'est pas spécialement une mauvaise chose mais avec toute la réserve qu'il faut prendre » M5*

*« Donc bon cliniquement vous savez avant, on n'avait pas tous ces tests-là. Moi je suis un vieux médecin je pense que c'est un peu générationnel. Les jeunes aujourd'hui ils s'en servent beaucoup » M6*

*« On n'est pas des robots c'est euh et c'est dommage parce que j'ai l'impression qu'on a tendance maintenant à vouloir tout, à vouloir tout automatiser. Et puis un jour vous allez rentrer dans une machine et on va vous posez des questions sur score du machin chose vous allez remplir vos questions score du machin chose, vous allez remplir et puis on vous dira à la fin tu dois prendre tel, tel, tel médicament. Alors si c'est ça la médecine euh bah moi je rends mon tablier [rires]. » M7*

### 8.3) Un risque de déshumanisation

Le fait de scorer les prises en charges et d'obtenir comme résultats un chiffre, dérange certains médecins, qui y voient là une dérive, une automatisation de la médecine. Ils dénoncent une perte de l'humain.

« Le Hamilton, je sais pas ça introduit de la déshumanisation, ça me plaît pas quoi » M4

« Chaque consultation n'a pas un score heureusement parce que sinon on en finirai pas on serait des automates vis-à-vis du patient en face » M5

« Bien évidemment ça déshumanise mais il s'agit pas non plus de faire le score avec une feuille de papier et de poser les questions au patient de façon systématique comme un automate » M5

« Ça me fatigue aussi de rentrer les gens dans des cases systématiquement, je pense que la médecine ça doit aussi nous faire penser qu'on est pas, c'est pas mathématique et tout à fait réglé, et qu'il y a des choses qu'on doit pouvoir aménager en fonction des patients. » M7

« On voit qu'on ne peut pas scorer tout le monde » M9

« C'est vrai que si on fait le score en gardant la tête sur le papier c'est pas idéal et on oublie le patient. La consultation c'est avant tout un échange, on ne peut pas oublier le patient » M10

« Quand on aura retiré le côté feeling, confiance, examen clinique, le partage, l'échange avec les patients. Si on retire ça, c'est plus de la médecine, enfin c'est pas la médecine que moi je veux faire. » M7

« Alors c'est facile dans l'absolu c'est bien de mettre les gens dans les cases, mais euh mais quand on est euh... l'humain ça se met pas dans des cases ! Il y a toujours oui mais ! » M7

« C'est pas de la médecine c'est pas de l'humain. Et moi la médecine c'est avant tout de l'humain. » M7

## **9. Les incitations à leur utilisation**

### **9. 1) Un outil informatique adapté**

L'intégration des scores au logiciel métier facilitant leur utilisation et les rendant moins chronophages, pourrait engendrer une plus grande utilisation.

« Non je pense que simplifier et puis avoir même des tests qu'on peut télécharger et inclure dans nos logiciels, ça serait idéal » M6

*« Hum je pense que c'est beaucoup du paramétrage logiciel, ça va être ça qui va permettre de beaucoup les utiliser ou non » M3*

*« Ça serait même idéal, de pouvoir même avoir un accès, cliquer, voilà on est en train de parler de tel problème, on a les items tout de suite, ça serait en quelques minutes à peine et on a le score qui est tout de suite qui est calculé, ça serait idéal » M1*

*« Non principalement je pense que les intégrer aux outils que les médecins utilisent dans la vie de tous les jours, en l'occurrence maintenant c'est l'informatique. » M8*

## 9.2) Les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) Asalée

Parmi les médecins interrogés, certains avaient la possibilité au sein de leur structure de faire appel à un(e) IDE Asalée, à qui ils délèguent la réalisation de scores, notamment pour le suivi, ce qui leur permet de gagner du temps.

*« Effectivement dans le cadre du suivi, il y a certains tests qui peuvent être faire par une IDE Asalée sur du plus long terme » M2*

*« Pour la délégation de tâches, parce que pareil c'est reproductible, elle va faire ça pour tous les patients toujours de la même façon et toi tu récupères les résultats toujours de la même façon. Pour de la délégation de tâche c'est idéal d'avoir des scores comme ça » M3*

*« Je travaille beaucoup avec elle, pour tout ce qui, contre tout ce qui est tabagisme, obésité, alcoolisme » M6.*

*« Moi j'avoue que je délègue beaucoup à l'IDE Asalée, ne serait-ce que le tabac les dyslipidémies, le diabète etc. Je vais faire bien sur une chose moi en premier, mais dès qu'on a découvert quelque chose pour que ce soit un petit peu plus affiné moi je vois bcp avec l'IDE Asalée, maintenant qu'elle est là. » M1*

*« C'est le genre de travail que je déléguerais facilement et ça me permettrait de gagner du temps médical au lieu de faire ce genre de choses » M7*

*« Je fais en initial mais je suis prête à déléguer sur les fois suivantes » M8*

### 9.3) La majoration des cotations

Si certains médecins ont spontanément cité la valorisation de cotations comme incitation à l'utilisation des scores. Partant du principe que leur réalisation est chronophage et nécessite rémunération.

*« C'est pas ça qui va me faire les utiliser mais en tout cas c'est motivant, parce que tu sais que si au moins tu passes quelques minutes supplémentaire à le faire, tu es quand même rémunéré pour le faire, et du coup à défaut c'est pas dissuasif [...] Tu te dis bon allez pour une fois je peux me permettre de prendre 10 minutes de plus et même éventuellement d'être en retard pour le faire, parce qu'en même temps financièrement je vais quand même être indemnisé » M2*

*« C'est-à-dire que si je sais qu'une personne vient pour une déprime, je peux négocier une demi-heure si j'ai la garantie d'avoir une rémunération qui correspond cette demi-heure. Donc c'est à la fois plus de temps de consultation et plus de rémunération [...]. Donc peut-être qu'avec un petit effort et en modulant à la fois le temps et la rémunération de certaines consultations, on pourrait faire plus de score ouais c'est surtout ça » M5*

*« Hamilton, une fois par an, alp003, 69,12 €, bon bah c'est mieux que 25 hein ! Parce que l'air de rien, on prend le temps aussi le jour où on fait un Hamilton on prend pas un quart d'heure à la consultation. Donc c'est aussi normal qu'on puisse être rémunéré sur le travail qu'on fournit » M7*

*« Oui je trouve que c'est valorisant qu'on soit rémunérés, ah oui c'est quand même une reconnaissance du temps passé » M8*

*« Oui évidemment, si toutes les consultations pouvaient être plus cotées, on pourrait se permettre de prendre un peu plus de temps en consultation » M10*

Pour autant ce n'était pas du tout un argument incitant leur utilisation pour d'autres médecins, qui utilisent les scores sans demander la valorisation autorisée de l'acte.

*« Je sais pas, moi je suis la spécialiste de « mal coter », je suis du genre à faire un Hamilton et coter 25 euros au lieu des fameux 69 euros je sais plus combien ! Donc je suis peut-être pas la mieux placée pour répondre à la question. Je sais que mes remplaçants adorent le coter. » M4*

*« Hum [rires]. Alors vous avez à faire à un médecin très très mauvais en cotation, je suis très très mauvaise [rires] [...] finalement je préfère peut-être coter une consultation à 25 pour une dépression et puis revoir plus souvent les gens » M4*

*« Moi j'ai découvert très tardivement qu'on pouvait coter un score, donc non clairement c'est pas quelque chose qui m'a motivé à faire les scores » M8*

## DISCUSSION

### 1. Discussion sur le matériel et la méthode

#### 1) Faiblesses de l'étude

##### a) Biais de sélection

Une des faiblesses de l'étude est le faible nombre de médecins participants inclus dans l'échantillon. En effet il n'y a que dix participants à cette étude, la saturation des données a été acquise à partir du septième entretien, trois entretiens supplémentaires ont été réalisés. Mais ce chiffre reste faible.

La plupart des médecins ont été sélectionnés au hasard via une recherche internet, certains autres médecins sont des connaissances de l'interviewer, ce qui peut entraîner un biais de sélection.

La population sélectionnée comprenait des médecins généralistes picards. Cependant aucun médecin de l'Aisne n'a répondu positivement pour participer à cette étude.

De nombreux médecins ont refusé de participer par manque de temps, il aurait pu être intéressant de les interroger pour savoir si leur manque de temps les empêchait également ou non d'utiliser les scores. D'autres médecins ont refusé car ils ne se sentaient pas compétents concernant les scores, leur participation aurait probablement pu être bénéfique dans le sens où nous cherchions à savoir quels étaient les freins à l'utilisation.

Un des médecins de l'étude était médecin agréé, ainsi par sa pratique, il utilisait certains tests de façon systématique lors de ses expertises, ce qui peut fausser les résultats. Cependant il a surtout parlé des consultations ne faisant pas partie de ses consultations de médecine agréé.

### b) Biais de mesure

Un biais peut être lié au talent de l'interviewer, en effet les premiers entretiens ont parfois pu être compliqués lorsqu'ils sont réalisés par quelqu'un qui n'en a aucunement l'habitude, il était effectivement difficile de n'utiliser que des questions ouvertes en question de relance. Mais cependant la qualité d'interview s'est améliorée au fil du déroulement de l'étude.

Certains entretiens ont également parfois été rendu difficiles par les participants, en effet certains médecins ont pu sortir du sujet principal en discutant, il fallait alors les réorienter sur notre étude.

### c) Biais d'analyse

Lors de cette étude, il n'a malheureusement pas pu être réalisé de triangulation des données, c'est-à-dire que l'encodage des données analysées n'a pu être réalisé que par une seule personne.

Le fait de ne pas avoir codé les analyses par deux personnes différentes a pu influencer la représentativité de la réalité et donc éventuellement biaiser la validité interne de cette étude. Il s'agit-là d'un biais majeur.

## 2) Forces de l'étude

### a) Force liée au choix de la méthode

Une analyse qualitative était la méthode la plus adaptée afin de répondre à notre problématique qui était de comprendre quels étaient les moteurs et les freins à l'utilisation des scores en médecine générale. En effet le but n'étant pas de savoir combien des médecins les utilisent ou combien de tests sont utilisés mais il s'agissait de savoir pourquoi ils étaient utilisés ou ne l'étaient pas. [6] [7].

Pour le recueil des données, des entretiens individuels plutôt que des entretiens de groupe ont été réalisés [8]. Ce choix nous a paru plus adapté afin que les médecins puissent s'exprimer

librement sans être influencés par les propos des autres médecins et sans craindre d'être jugés par les confrères.

#### b) Saturation des données

Une étude qualitative s'interrompt à saturation des données, c'est-à-dire lorsque les entretiens n'apportent plus aucun élément nouveau à l'étude [9]. Il est conseillé de réaliser deux entretiens supplémentaires afin de confirmer l'absence de nouvelles données. Lors de cette étude la saturation des données a été atteinte dès le septième entretien, trois entretiens supplémentaires ont été réalisés, ceux-ci n'ont apporté aucun élément nouveau.

## **2. Quels scores ?**

Cette étude a montré que les médecins interrogés sélectionnaient des scores les plus utiles pour leur prise en charge. Ils choisissent préférentiellement des scores simples d'utilisation et courts. Ainsi les scores les plus cités dans cette étude était le score de risque cardio-vasculaire ou Score2 [10], le MMSE [11] et le test de Hamilton [12]

Score2, dont les résultats indiquent aux médecins la nécessité ou non d'un traitement par statines, étant pourtant peu utilisé dans le cadre de la prévention cardio-vasculaire d'après des études récentes du Dr Engelbrecht Maud [13] en 2022 et du Dr D'Avout Paul [14] en 2017. Dans notre étude il a été cité comme un des scores les plus connus et surtout les plus utilisés.

Le MMS utilisé par les médecins de notre étude pour le suivi et afin d'adresser à un spécialiste, est le test le plus utilisé pour le repérage des troubles cognitifs en médecine générale, comme l'indiquait déjà la thèse du Dr Autret Tanguy en 2021[15]. Pourtant il ne serait pas forcément le plus adapté, comme le rapporte le travail du Dr Goldstein Charlotte [16] en 2014 (mais il est vrai que ce travail a déjà dix ans) en effet il serait moins sensible que le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) pour dépister les troubles cognitifs légers et ceux d'origine vasculaire, sans majoration du temps de consultation.

Concernant l'utilisation de l'échelle de Hamilton (dont le résultat facilite le choix entre prescription d'anxiolytique ou d'anti-dépresseur), ce résultat concorde avec la thèse du Dr Tournant Benoit en 2015 dans laquelle il a été retrouvé que le score de Hamilton était le plus fréquemment utilisé parmi ceux disponibles pour l'évaluation de la dépression. [17].

Pour de nombreux médecins de l'étude, la valeur scientifique était un des aspects qui amenait à utiliser les scores. Il était important de se servir de tests validés sur le plan scientifique et référencés par les sociétés savantes afin d'uniformiser les pratiques, de pouvoir communiquer avec les autres professionnels de santé et de suivre plus facilement les recommandations de bonnes pratiques.

Comme remarqué par l'étude du Dr Fontanet Marthe de 2019 [18] « le test idéal doit être rapide, d'utilisation aisée, universel et accessible pour les patients » concernant les tests dans le cadre des troubles cognitifs. Dans notre étude, les médecins avaient également cité comme un éléments négatifs les tests trop longs et trop complexes, freinant ainsi leur utilisation.

### **3. Un outil multitâche**

#### **1) Orienter la prise en charge**

Dans notre étude, les médecins ont déclaré utiliser les scores pour des objectifs différents. En effet les tests permettent principalement d'aider à établir ou confirmer un diagnostic. Les scores permettent également d'orienter vers un examen complémentaire ou une consultation spécialisée. Ils permettent en outre de décider l'introduction ou non d'une thérapeutique.

La diversité de leur application se confirme de même dans l'étude de 2015 du Dr Micciche Johanna [19] où les scores sont décrits comme de bons outils utiles au suivi, à l'orientation diagnostique et à la communication interprofessionnelle.

## 2) Outils de communication

Dans cette même étude [19], les scores sont aussi décrits comme un bon moyen de communication entre le médecin et le patient, les médecins peuvent s'appuyer sur les scores pour expliquer le niveau de gravité d'une pathologie, l'intérêt d'un traitement ou l'inutilité d'examens supplémentaires. Tout comme dans notre étude, où les médecins déclaraient les utiliser comme outils pédagogiques.

## 3) Lutte contre l'incertitude médicale

Un des rôles des scores est de rassurer les médecins dans leur démarche et de lever le doute en cas d'incertitude médicale. Dans l'étude du Dr Micciche [19], les scores permettent de redonner confiance au médecin dans ses choix de prise en charge et de le conforter dans ses décisions.

Comme dit dans l'étude du Dr Clavilier Amandine [20] en 2021 « l'incertitude est omniprésente de manière quotidienne dans la vie personnelle et dans l'exercice professionnel du médecin généraliste. Quelles que soient les années de pratique, elle demeure inévitable et représente un défi permanent pour le médecin ». Les moyens de gestion de cette incertitude reposent d'après cette étude [20] sur une démarche diagnostique rigoureuse ainsi que sur une communication efficace. Concernant ces deux moyens, nous avons vu au cours des entretiens, que les scores permettent de faciliter une démarche diagnostique systématisée et rigoureuse et qu'ils sont un bon moyen de communication et d'explication au patient.

## 4. Le temps comme principal frein

Dans notre étude, l'obstacle à la réalisation des tests est indéniablement le manque de temps, les médecins ayant un emploi du temps déjà extrêmement chargé. La totalité des médecins interrogés réservent des créneaux de quinze minutes par patient pour leur consultation, incompatible avec la réalisation de scores supplémentaires. La durée de réalisation d'un questionnaire étant de 3 à 20 minutes en moyenne.

De plus les patients consultent souvent pour des motifs multiples qui imposeraient la réalisation de plusieurs questionnaires lors d'une même consultation. Les patients ne viennent initialement pas pour la réalisation de ce test mais pour un autre motif, qui a besoin d'être également traité au cours de cette consultation.

Comme le décrivent certains médecins de l'étude, l'augmentation du nombre de scores réalisés majorerait de façon considérable leur temps de travail.

Un des médecins a très justement parlé d'un rapport « bénéfice-temps » (en comparaison avec le rapport bénéfice-risque habituel), il l'expliquait ainsi : si le bénéfice attendu du test est important et que celui n'est pas trop consommateur de temps, alors oui il est intéressant et il serait dommage de ne pas l'utiliser. Dans le cas contraire, il vaut mieux s'en passer.

Dans le travail du Dr Moret-Tukker de 2015 [21], une des raisons de l'inutilisation des tests était également lié à leur aspect chronophage. Les travaux du Dr Micciche [19] rapportaient également le manque de temps des généralistes comme un frein à l'utilisation des scores. Cependant dans ces travaux, certains médecins expliquaient qu'ils reconvoquaient les patients à un autre rendez-vous pour réaliser le score.

Le Dr Blanchet Emmanuelle expliquait en 2011 dans sa thèse sur les scores gériatriques [22] qu'une évaluation gérontologique avec utilisation des scores diagnostiques « est effectivement particulièrement chronophage si elle se veut complète, et multidisciplinaire, donc irréalisable en consultation par le médecin généraliste seul » ce qui confirme le ressenti des médecins de notre étude.

## **5. Un outil insuffisant**

### **1) Un outil limité**

Les médecins interrogés considèrent que les scores sont de bons outils utiles dans la démarche diagnostique mais qu'ils ne sont qu'un outil parmi d'autres, parfois un peu réducteurs et qu'ils ne peuvent s'en contenter. Effectivement il est conseillé de ne pas les appliquer de façon mécanique et irréfléchie [1] Certains disent même qu'ils ne sont ni fondamentaux ni essentiels.

Le Dr Micciche, dans son travail [19], arrivait aux mêmes conclusions. Les scores ne sont pas des outils suffisants, ils ne constituent qu'un élément dans la démarche diagnostique. Les scores ont en effet été développés pour un patient « moyen, typique », leur valeur prédictive peut ainsi être biaisés chez les patients avec de nombreuses comorbidités. De plus les scores risquent d'écarter certaines pathologies plus rares, moins représentées par les probabilités mais pour autant présentes.

## 2) Le rôle de l'expérience, la clinique, l'interrogatoire et la connaissance des patients

Dans notre étude les médecins interrogés mettent un point d'honneur à affirmer que l'examen clinique et l'interrogatoire sont les bases du raisonnement diagnostique. Un des médecins interrogés précisent même que la clinique doit primer sur toute le reste. Ceci est en accord avec les observations du Dr Bouazamour Dounia [23] de 2015.

D'autres médecins interrogés soulignent l'importance de bien connaître leurs patients afin de pouvoir plus facilement étayer leur démarche. Notamment pour la douleur, il leur paraît plus pertinent d'évaluer le ressenti douloureux en période aiguë en fonction du caractère et des antécédents du patient plutôt que par l'échelle numérique de la douleur. Un des médecins considère que le score Dn4 est inutile face à l'interrogatoire, en effet pour lui grâce à un bon interrogatoire, le diagnostic est vite posé sans avoir recours au test. Ce constat est en corrélation avec les travaux du Dr Chapeau Romain de 2015 [24] où l'interrogatoire et l'examen clinique était bien plus utilisés que le Dn4.

Certains médecins abordent également leur intuition ou feeling face à certaines situations, préférables à la réalisation d'un test.

Une enquête de juin 2010 du réseau Sentinelles [25] constatait également que les scores « ne remplacent en rien le sens clinique et la pratique médicale », tout comme l'article de Gaspoz et Perneger [1] qui affirmait que les scores peuvent seconder le jugement du clinicien mais jamais ne le remplacent.

## **6. Certains scores plutôt dédiés aux spécialistes ?**

Certains médecins de notre étude avouent préférer laisser certains tests aux spécialistes, notamment les cardiologues (concernant les scores pour les anticoagulants) et neurologues ou gériatres (pour les scores sur les troubles cognitifs). Dans l'étude du Dr Nicciche [19] certains médecins estimaient que réaliser les tests relève du rôle des spécialistes. Dans le travail du Dr Blanchet [22] les médecins signalaient l'existence d'unités spécialisées (par exemple les unités mémoire) au sein des centres hospitaliers organisant le dépistage avec les tests et la consultation avec le spécialiste, pour le traitement sur une même journée, la réalisation en amont de test étant ainsi sans intérêt.

## **7. Les moyens pour inciter leur utilisation**

### 1) L'atout de l'informatique

De nombreux médecins utilisent les supports informatiques pour réaliser les scores. Pour beaucoup, c'est un élément clé pour faciliter leur utilisation quand ils sont intégrés à leur logiciel métier. Le but étant de laisser directement dans le dossier patient le résultat du score, permettant ainsi d'assurer le suivi ultérieur.

C'est un des constats du Dr Micciche,[19] dans son travail, qui portait sur l'étude d'un outil regroupant tous les scores utiles au médecin généraliste. L'outil a été en partie utilisé, sous format papier et numérique, cependant plusieurs médecins ont exprimé l'idée qu'une intégration au logiciel médical serait plus simple pour eux, ils ont également souhaité la création d'alerte pour penser à la réalisation des tests.

Un des médecins interrogés dans notre étude évoque également l'utilisation d'un site médical professionnel utile pour le médecin proposant certains scores, il s'agit du site internet KitMedical [28], utilisable sur smartphone ou internet. Un lien directe du logiciel métier vers le ce site pourrait être une solution envisageable pour faciliter l'utilisation des scores, encore faut-il que les médecins aient l'habitude d'utiliser ce genre de site internet.

## 2) L'IDE Asalée

Plusieurs médecins travaillent avec une IDE Asalée [29] au sein de leur structure et leur délèguent de nombreux tests chronophages, notamment pour les troubles cognitifs ainsi que pour le sevrage du tabac. Ces résultats concordent avec ceux du Dr Piette Lucie de 2018 [30] et du Dr Py Romain en 2015 [31] où l'IDE Asalée réalisait souvent les tests de dépistage des troubles cognitifs dégageant ainsi du temps médical au médecin. Un article de la revue Prescrire [32] précise qu'il s'agit d'une délégation de tâches selon des protocoles validés par l'HAS (dont la réalisation des tests mémoire notamment) et que cette coopération améliore la qualité des soins.

## 3) Les incitations financières

Deux cotations annuelles de 69,12 euros existent depuis 2007 possibles pour réalisation de tests en médecine générale : Alqp003 (pour la réalisation de tests d'évaluation de la dépression) et Alqp006 (pour la réalisation de tests d'évaluation du trouble cognitif).

La cotation pour l'évaluation des troubles cognitifs est peu utilisée. En effet, pour pouvoir valider cette cotation, il faut utiliser des tests de mémoire et de fluence verbale, qui sont plus complexes et donc très peu réalisés en médecine générale comme l'explique le Dr Fontanet dans sa thèse[18]. Cette cotation n'a même pas été citée par les médecins de notre étude.

Au contraire, les médecins interrogés citent de la cotation pour l'évaluation de la dépression (celle-ci comprend plusieurs scores possibles réalisables en médecine générale dont le plus connu le score Hamilton).

Parmi les médecins interrogés, deux ont spontanément avoué faire le test de Hamilton une fois par an pour améliorer leur rémunération.

Seuls trois médecins ne se sentent pas incités par cette majoration de cotation. Parmi eux, deux admettent de connaître des cotations et une autre sa méconnaissance totale de cette cotation malgré son utilisation du test. De même que dans le travail de thèse en 2021 du Dr Laurenti Jean [33], plusieurs médecins réalisaient l'Echelle de Hamilton sans connaître ni utiliser la cotation Alqp003.

Les autres médecins admettent que la majoration de la cotation est intéressante car elle permet de valoriser le temps de travail supplémentaire lié à la réalisation du test.

Un médecin précise que cette augmentation de majoration de l'incite pas à utiliser davantage les scores mais que ce n'était « à défaut pas dissuasif ».

Concernant cette incitation financière à l'utilisation des scores, une étude a été réalisée par le Dr Benaccoum Julien en 2019 [34] sur l'utilisation de l'échelle Score2 depuis son intégration à la RO SP. Si dans cette étude certains médecins y voyaient une incitation positive d'autres parlaient plutôt de rémunération cachée incompatible avec le rôle du médecin. Cet aspect concernant la RO SP n'a pas été abordé au cours des entretiens de notre étude, ce qui aurait pu être intéressant.

#### 4) Quelles pistes envisager pour les utiliser plus ?

Il apparaît clairement primordial d'améliorer et faciliter l'accès au test via l'outil informatique. Améliorer les logiciels médicaux en collaborant avec les développeurs afin de réussir à intégrer de façon intuitive les scores intéressant le plus le médecin généraliste. Il est important également de mieux former les médecins à l'utilisation de leur logiciel médicaux, car comme expliqué par un des médecins interrogés, de nombreux logiciels médicaux sont capables d'intégrer les scores, encore faut-il savoir les utiliser.

Le manque de temps est le principal frein cité par les médecins interrogés, l'apport de l'IDE Asalée apparaît une bonne piste puisque cela peut permettre d'utiliser les scores et d'en faire un suivi sans pour autant y passer plus de temps. La collaboration de ces deux acteurs peut faciliter la mise en place des scores tout en évitant l'aspect automatisation de la médecine et l'altération de la relation médecin-malade.

La majoration des cotations peut être un plus dans le sens où elle permet de valoriser le temps de travail passé à réaliser le test. En effet les tests, puisque chronophages, rallongent de façon considérable le temps de consultation, il apparaît donc judicieux d'augmenter les cotations afin d'établir une rémunération plus juste et non préjudiciable au médecin.

## 8. Les dérives

### 1) La génération des scores ?

Comme le souligne un des médecins de notre étude, l'évolution de la médecine avec l'aide de l'outil statistique a permis l'émergence de nombreux scores qui n'existaient pas il y a quelques années. Une multitude de tests est disponible, avec très régulièrement l'apparition de nouveaux scores, peut-être trop d'ailleurs, comme le relève un autre médecin de notre étude affirmant que les médecins sont noyés sous cette pléthore de scores et précisant « Trop de scores tue le score ! ». C'est également un élément qui ressortait du travail du Dr Blanchet [22].

S'agit-il d'un phénomène générationnel ? Un des médecins de notre étude explique qu'il s'agit de la médecine apparue dans les années 2000 et de celle qui va se poursuivre sur les prochaines décennies. Un autre médecin explique qu'étant ce qu'elle estime être un vieux médecin, elle n'a pas l'habitude d'utiliser les scores contrairement aux jeunes médecins sortant de la faculté. Effectivement comme le dénonce l'article « La science vraie des scores diagnostiques médicaux » [26] l'étudiant en médecine apprend énormément de scores pour ses études, d'autant plus qu'ils se prêtent particulièrement bien aux QCMs des examens nationaux mais ils limitent la réflexion diagnostique. Les étudiants d'aujourd'hui, étant les jeunes médecins de demain, ont dans leurs bagages une grande connaissance des scores, et seront donc très probablement des plus grands utilisateurs de ceux-ci que les médecins installés depuis de nombreuses années.

### 2) Risque de déshumanisation et altération de la relation médecin malade

Au cours de ce travail, il a été discuté avec les médecins des risques de la « codification » des pathologies et des patients. Un des médecins interrogés affirme que les scores introduisent de la déshumanisation au sein de la relation, en plaçant les patients dans des cases. Une autre dit très justement que « l'humain ça ne se met pas dans des cases ». Ainsi les scores risquent de faire rentrer les patients dans des catégories, certes plus simples et facilitant les prises en charge, mais au risque de masquer leurs particularités propres, qui font d'eux un humain plutôt qu'une case. Le risque est de prendre en charge la pathologie uniquement plutôt que le patient et l'ensemble de ses symptômes et de perdre l'individu au profit des statistiques.

La relation médecin-malade pourrait être altérée par l'utilisation systématique de questionnaires automatisés comme le décrit le travail du Dr Tournant [17]. D'après le Dr Blanchet [22] et le Dr Micciche [19] la relation avec le patient peut également être mise en péril en fonction des différentes questions posées par les tests et également par l'éventuelle thérapeutique qui en résultera.

Le manque de communication par la réalisation d'un test peut également enterrer la relation médecin-malade, en abandonnant l'échange relationnel avec le patient, pourtant primordial à la prise en charge.

### 3) Vers une automatisation de la médecine et du médecin ?

Appliquer les scores systématiquement risque de faire agir le médecin envers le patient comme un automate. Un médecin s'inquiète même d'un avenir de la médecine avec des automates qui donneraient les traitements en fonction des réponses aux questionnaires du patient. C'est également un des points relevés par l'auteur de l'article « La science vraie des scores diagnostiques médicaux » [26] : grâce à l'Intelligence Artificielle de la E-santé, un score peut très rapidement et très simplement être mis en ligne sur une page web, le score se calcule alors directement. A ce stade, qu'en est-il du rôle du médecin ?

Les automates évoqués par ce médecin n'existent pas, mais des cabines de téléconsultation ont déjà vu le jour dans plusieurs pharmacies de France, de l'autre côté pas d'automate mais un médecin en téléconsultation. D'après la thèse en pharmacie des Drs Ghalawinji et Benhamlaoui [27] en 2021, 68% des utilisateurs regrettent la perte du contact humain. On peut alors imaginer un résultat pire pour l'automate imaginé par le médecin de notre étude, autrement dit une robotisation de la médecine, qui entraînerait une perte de l'échange et une perte d'âme au profit de l'informatique et sa robotisation.

## CONCLUSION :

Cette étude nous permet de comprendre ce qui motive l'utilisation des scores par les médecins généralistes picards et ce qui la freine.

Les praticiens n'utilisent pas tous les scores cités, et qui ne représentent qu'une infime partie de la multitude de scores mis à leur disposition, mais uniquement ceux qu'ils considèrent les moins chronophages et les plus pertinents pour leur pratique.

Parfois seuls certains items du score sont utilisés, venant compléter leur expérience professionnelle, leur connaissance du patient mais surtout l'interrogatoire et l'examen cliniques prioritaires.

Le score est un très bon outil notamment grâce à ses qualités de validation scientifique et universalité. Il est utile pour avancer dans une démarche diagnostique ou thérapeutique, mais il est avant tout utile dans le doute. Les médecins les utilisent afin de conforter leur idée ou pour se rassurer. L'utilisation des tests est également pour le médecin un bon moyen de justifier ses choix. Le score peut aussi être un bon outil pédagogique pour expliquer au patient la prise en charge ou lui faire prendre conscience de son état.

Cette étude a montré que le principal frein à l'utilisation des scores était le manque de temps.

Certains médecins s'inquiètent des risques de dérives à leur utilisation. Ils craignent une déshumanisation de la médecine en scorant le patient et en essayant de faire rentrer chaque personne dans un case. La relation médecin-malade peut souffrir de ces dérives, en effet si le score prend toute la place dans la consultation au-delà de l'échange, le risque est de perdre l'écoute et l'empathie qui y est associée. La préoccupation de certains médecins porte aussi sur le risque d'automatisation de la médecine et de la relation médecin-malade.

Comment faciliter l'utilisation des scores par les médecins sans pour autant rentrer dans les risques de la déshumanisation de la relation médicale ? Trois pistes sont possibles : l'amélioration du support informatique avec une intégration des scores dans les logiciels médicaux ainsi qu'une formation des médecins pour faciliter l'utilisation et la rendre plus rapide. Ensuite il y a la délégation de tâches via par exemple les IDE Asalée, notamment pour le suivi. Ensuite une des pistes serait la revalorisation des cotations pour les actes utilisant des scores, afin que le médecin puisse prendre plus de temps pour les réaliser, mais que le temps supplémentaire soit quand même rémunéré.

Au total, les scores sont très utiles mais ils ne restent que des outils qui ne doivent pas être systématiques. L'échange avec le patient, la clinique et l'expérience passent avant. Leur frein principal est le manque de temps. L'amélioration de l'informatique, la délégation de tâche et la majoration des cotations sont des pistes pour y remédier.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

- [1] Gaspoz J-M, Perneger T. Les scores de prediction clinique : définition, dérivation, validation, et limites. Revue Médicale Suisse Octobre 2001 disponible sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2001/revue-medicale-suisse-2366/les-scores-de-prediction-clinique-definition-derivation-validation-et-limites>
- [2] Guessous I, Durieux-Paillard S. Validation des scores cliniques : notions théoriques et pratiques de bases Revue Médicale Suisse Septembre 2010 disponible sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-264/validation-des-scores-cliniques-notions-theoriques-et-pratiques-de-base>
- [3] Liste de calculateurs Société Française de médecine d'urgence disponible sur <https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/calculateurs/>
- [4] Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer – Synthèse des recommandations professionnelles. HAS Septembre 2009 disponible sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-11/maladie\\_dalzheimer\\_-\\_synthese\\_-\\_septembre\\_2009.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-11/maladie_dalzheimer_-_synthese_-_septembre_2009.pdf)
- [5] Junod, A-F. Des scores cliniques ou de l'émergence laborieuse de l'explicite dans la décision médicale. Revue Médicale Suisse Octobre 2001 disponible sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2001/revue-medicale-suisse-2366/les-scores-de-prediction-clinique-definition-derivation-validation-et-limites>
- [6] Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Revue Exercer 2008; 84 :142-5 disponible sur [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446\\_2008\\_introduction\\_\\_RQ\\_\\_Exercer.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf)
- [7] Borgès Da Silva G, La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance maladie 2001;32,2:117-21 disponible sur <https://www.alass.org/wp-content/uploads/Etudes-BorgesdaSilva-4.pdf>
- [8] Pasquier E, Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé pour les travaux de recherche en médecine générale. Mémoire de Médecine. Faculté de Lyon Nord. 2004 disponible sur <https://docplayer.fr/16099354-Memoire-de-medecine-generale.html>

- [9] Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine 2009 disponible sur [https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources\\_utles\\_pour\\_recherche/guide\\_theorisation\\_ancree.pdf](https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf)
- [10] Score 2 via Vidal disponible sur <https://www.vidal.fr/actualites/21244-evaluation-et-prise-en-charge-du-risque-cardiovasculaire-la-has-publie-3-nouvelles-fiches-memo.html>
- [11] MMSE version GRECO via l'HAS disponible sur <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/mmse.pdf>
- [12] Echelle de Hamilton via MG France disponible sur <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>
- [13] Engelbrecht M. Évaluation du risque cardiovasculaire en prévention primaire : observation des pratiques des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03828153 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03828153>
- [14] D'Avout P. Prescription d'une statine en prévention primaire des maladies cardiovasculaires : état des lieux des pratiques des médecins généralistes picards en 2017. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01792673 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01792673>
- [15] Autret T. Etude des pratiques professionnelles et freins au repérage précoce des troubles cognitifs en médecine générale chez les médecins généralistes libéraux du Calvados disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03576867v1>
- [16] Golstein C. Comparaison du Mini Mental State Examination (MMSE) et du Montréal Cognitive Assessment (MoCA) pour le dépistage des troubles cognitifs chez les patients âgés à haut risque cardiovasculaire : étude randomisée contrôlée en soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01179100 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01179100>
- [17] Tournant B. L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01293346 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01293346>
- [18] Fontanet M. Le repérage de la maladie d'Alzheimer en médecine générale : quel est l'outil d'évaluation idéal ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02361605 disponible sur

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02361605>

[19] Micciche J. Mise au point et évaluation d'ouï outil facilitant l'utilisation de scores clinico-biologiques utiles au médecin généraliste disponible sur <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732306/document>

[20] Clavilier A.. Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale. Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes. Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03280540 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03280540>

[21] Moret-Tukker B. Facteurs limitant le diagnostic précoce de démence de type Alzheimer, étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région d'Arras. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01239185 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01239185>

[22] Blanchet E. Utilisation des tests et échelles à visée gériatrique en consultation de médecine générale : intérêts et obstacles. Enquête auprès de 84 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01732416 disponible sur <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732416>

[23] Bouazamour D. La prévention chez la personne âgée : pratiques, difficultés, besoins et attentes des médecins généralistes : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01279523 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01279523>

[24] Chapeau R. Prise en charge des douleurs neuropathiques chroniques par les médecins généralistes hauts-normands. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01211672 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01211672>

[25] Enquête RS, réseau Sentinelles, Sentiweb  
<https://www.sentiweb.fr/document.php?doc=1462>

[26] L'interne à vapeur. La science vraie des scores diagnostiques médicaux, article courriers et échange Rev Prescrire 2023 ; 43 (479) ; 712-713

[27] Ghalawinji F, Benhamlaoui B. La téléconsultation en officine : enquête sur les perspectives de pratiques auprès des pharmaciens et de la population générale. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03329175 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03329175>

[28] Kitmedical disponible sur <https://app.kitmedical.fr/>

- [29] Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires disponible sur <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>
- [30] Piette L. Déterminants d'orientation vers le protocole de coopération ASALEE et appréciation d'usage par les médecins généralistes du dispositif en Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03211248 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211248>
- [31] Py R. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE. Une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015 disponible sur <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-44735>
- [32] Article « Dispositif Asalée : une coopération médecins-infirmiers pour améliorer la qualité de soins » Rev Prescrire 2023 ; 43 (474) : 306-307
- [33] Laurenti J. Diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé atypique en médecine générale : évaluation d'une campagne d'information courte sur les échelles d'aide au diagnostic via une analyse quantitative de la modification de l'utilisation de la cotation ALQP003 chez les médecins généralistes du Gard. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03211321 disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211321>
- [34] Benaccoun J. La prévention cardiovasculaire par les médecins généralistes de ville : Freins et motivations dans l'utilisation de l'échelle SCORE depuis son intégration à la ROSP. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02384100 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02384100>
- [27] Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Revue Exercer 2008; 84 :142-5
- [28] Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine [Internet]. 2009 disponible sur [https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources\\_utles\\_pour\\_recherche/guide\\_theorisation\\_ancree.pdf](https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf)
- [29] Borgès Da Silva G, La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance maladie 2001;32,2:117-21 disponible sur <https://www.alass.org/wp-content/uploads/Etudes-BorgesdaSilva-4.pdf>

- [31] Gaspoz J-M, Perneger T. Les scores de prédiction clinique : définition, dérivation, validation, et limites. Revue Médicale Suisse Octobre 2001 disponible sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2001/revue-medicale-suisse-2366/les-scores-de-prediction-clinique-definition-derivation-validation-et-limites>
- [32] Hannedouche T. Score2 et Score2-Op DUHTA disponible sur <https://duhta.unistra.fr/844>
- [33] [https://www.heartscore.org/en\\_GB/](https://www.heartscore.org/en_GB/)
- [34] Zeltzer L, MScOT. Mini-Mental State Examination (MMSE) disponible sur <https://strokengine.ca/fr/assessments/mini-mental-state-examination-mmse>
- [35] Cantin S, M.A, Echelle de dépression de Hamilton ORVIS disponible sur <https://extranet.inlb.qc.ca/recherche-et-innovation/orvis/hdrs-fiche-orvis/>
- [36] Echelle de Hamilton via MG France disponible sur <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>
- [37] Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac – HAS 2015 disponible sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf)
- [38] Site tabac info service : <https://www.tabac-info-service.fr/>
- [39] DN4 Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur disponible sur <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/dn4ok.pdf>
- [40] Test de l'horloge via Inesss disponible sur [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_FicheOutil\\_Test\\_horloge.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_Test_horloge.pdf)
- [41] Score Chads2Vasc via Société Française de Médecine d'Urgence disponible sur <https://www.sfmou.org/calculateurs/CHA2DS2VASC.html>
- [42] Score Hasbled via Société Française de Médecine d'Urgence disponible sur <https://www.sfmou.org/calculateurs/HASBLED.html>
- [43] Qu'est-ce que le Gir de la grille Aggir Service Public disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
- [44] Score de Wells via Société Française de Médecine d'urgence disponible sur <https://www.sfmou.org/calculateurs/WELLS.htm>

[45] Fiche AUDIT INSPQ disponible sur <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/fiches-pour-les-instruments-de-mesure-standardises-recommandes/consommation-d-alcool>

[46] Choix et durée de l'antibiothérapie : rhinopharyngite aigue et angine aigue de l'adulte Recommandation de bonne pratique HAS disponible sur [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2722790/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-rhinopharyngite-aigue-et-angine-aigue-de-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722790/fr/choix-et-duree-de-l-antibiotherapie-rhinopharyngite-aigue-et-angine-aigue-de-l-adulte)

[47] Qualité des selles, Echelle de BristolHeaton Société Nationale Française de Colo-Proctologie disponible sur <https://www.snfcop.org/questionnaires-outils/constipation-incontinence-troubles-fonctionnels/qualite-selles-echelle-de-bristolheaton>

[48] Score IPSS via Urologie Bichat disponible sur <https://www.urobichat.fr/evaluation-des-troubles-urinaires-score-ipss--28-37.html>

[49] Score d'APGAR par l'Académie de médecine disponible sur <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=Apgar%20%28score%20d%27%29>

[50] Echelle de Glasgow via Société Française de Médecine d'Urgence disponible sur <https://www.sfmur.org/calculateurs/glasgow.htm>

[51] MoCA via URPS Hauts-de-France disponible sur <https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2021/12/Annexes-3.pdf>

## ANNEXES

### Annexe 1 – Guide d’entretien

#### Introduction :

Il existe de très nombreux scores en médecine, pour différents rôles : dépister, évaluer un degré de sévérité, évaluer l’intérêt à la mise en place ou modification d’une thérapeutique, faire un suivi comparatif. Pourtant ils ne sont pas tous utilisés ou peu souvent.

Le but de cette thèse est d’essayer de comprendre quels sont les freins et les moteurs à leurs utilisations en médecine générale.

#### 1 : Est-ce que vous pouvez me citer les scores que vous connaissez ?

Après les réponses, un rappel des scores non cités sera fait (cf Annexes 2)

#### 2 : Quels scores utilisez-vous en pratique courant ?

#### 3 : Sur quel support utilisez-vous les scores ?

#### 4 : Quels sont les avantages pour vous des scores ?

#### 5 : Pour vous quelles sont les limites à leur utilisation ?

#### 6 : Comment réagissent les patients lorsque vous utilisez les scores ?

#### 7 : Que pensez-vous du fait de scorer les patients ?

#### 8 : Selon- vous comment pourrait-on faciliter/inciter leur utilisation ?

Avec éventuelles questions de relance

- Que penseriez-vous d’une intégration directe des scores dans les logiciels médicaux ?
- Que pensez-vous du rôle des infirmiers(ières) Asalée pour la délégation des scores ?
- Il existe des majorations de cotation conditionnées par l’utilisation de certains scores pendant la consultation, qu’en pensez-vous ?

#### 9 : Avez-vous d’autres remarques sur l’utilisation des scores ?

Je pense que nous avons fait le tour de ces questions, nous pouvons donc mettre fin à cet entretien. Je vous remercie d'avoir bien voulu y participer et je ne manquerai pas de vous adresser les résultats finaux si vous le souhaitez.

## **Annexe 2 – Sélection de scores**

### Scores pré-selectionnés

Score Score2

Score MMS

Test de l'horloge

Score de sévérité de l'échelle de Hamilton

Score Chad2vas

Score Hasbled

Score AGGIR

Scores Wells

Test de Fagerstöm

Score AUDIT

Score de Mac Isaac

Score Epworth

EVA

EN

### Scores supplémentaires cités par les médecins :

Echelle de Bristol

Echelle IPPS

Score Dn4

Score d'APGAR

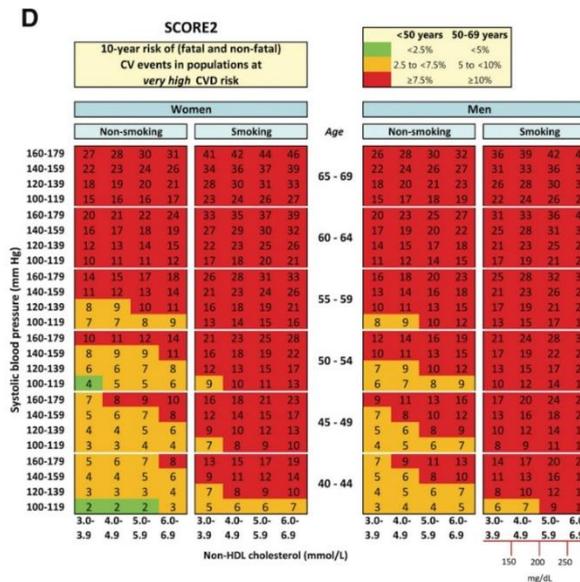
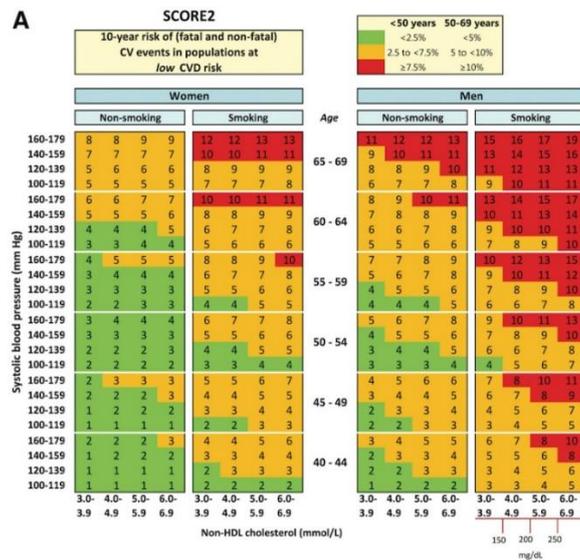
Echelle de Glasgow

## Annexe 3 - Glossaire de scores

### 1. Les scores les plus utilisés par les médecins de l'étude

#### 1.1) Systematic Coronary Risk Evaluation : SCORE2

Il s'agit d'un score permettant de prédire le risque à 10 ans d'un premier événement cardiovasculaire dans les populations européennes, en prenant en compte l'âge, le sexe, l'hypercholestérolémie, l'hypoHDLémie, le tabagisme et la pression artérielle systolique. Sa dernière révision date de 2021 [32]. Il existe une 2<sup>ème</sup> version SCORE2-OLDER PERSON (SCORE2-OP) pour les patients de plus de 65 ans. Il est utilisable en ligne [33] ou par des grilles comme celles ci-dessous.



## 1.2) Mini Mental State : MMS

Aussi appelé MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) de Folstein [34] Il permet d'évaluer les fonctions cognitivo-mnésiques d'un patient. Un score inférieur à 24 (sur 30) indique un déficit cognitif. Il est utile pour dépister et pour suivre l'évolution des troubles. Il peut s'utiliser en ligne mais une partie manuscrite est nécessaire pour évaluer les praxies constructives et le langage écrit.

<b>MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)</b> Date : ..... Evalué(e) par : ..... Niveau socio-culturel : .....	Etiquette du patient
--	----------------------

**ORIENTATION**  
 Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.  
 Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?  
 → Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. en quelle année sommes-nous ?	[ ]	!OUI!		4. Quel jour du mois ?	[ ]	!OUI!
2. en quelle saison ?	[ ]			5. Quel jour de la semaine ?	[ ]	
3. en quel mois ?	[ ]					

→ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ?	[ ]				
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?	[ ]				
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?	[ ]				
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?	[ ]				
10. A quel étage sommes-nous ici ?	[ ]				

**APPRENTISSAGE**  
 → Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

11. Cigare	ou	[citron	ou	[fauteuil	[ ]
12. fleur		[clé		[tulipe	[ ]
13. porte		[ballon		[canard	[ ]

Répéter les 3 mots.

**ATTENTION ET CALCUL**  
 → Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

	14. 93	[ ]
	15. 86	[ ]
	16. 79	[ ]
	17. 72	[ ]
	18. 65	[ ]

→ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

**RAPPEL**  
 → Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare	ou	[citron	ou	[fauteuil	[ ]
20. fleur		[clé		[tulipe	[ ]
21. porte		[ballon		[canard	[ ]

**LANGAGE**

22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon.	[ ]	
23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre	[ ]	
24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »	[ ]	

→ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

25. prenez cette feuille de papier avec la main droite.	[ ]	
26. Pliez-la en deux.	[ ]	
27. et jetez-la par terre ».	[ ]	

→ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. «faites ce qui est écrit ».	[ ]	
---------------------------------	-----	--

→ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »	[ ]	
---	-----	--

**PRAXIES CONSTRUCTIVES**  
 → Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ».	[ ]	
---	-----	--



**SCORE TOTAL (0 à 30)** [ ]

Service de Gériatrie – 10 décembre 2007. 1/2

### 1.3) Echelle de Hamilton

Également appelé Hamilton Depression Rating Scale (HDRS ou HAM-D), utilisé pour évaluer la sévérité et l'évolution d'un trouble dépressif [35] Il s'agit d'un questionnaire avec des choix multiples pour chaque item, au nombre de 17. Un score inférieur ou égal à 14 est en faveur de symptômes dépressifs légers, un score supérieur ou égal à 18 correspond à des symptômes sévères, entre deux il s'agit de symptômes modérés. Cette échelle est disponible en ligne à l'impression ou à remplir directement en ligne comme par exemple sur le site de MGFrance [36].

**1. Humeur dépressive : la personne est-elle dans un état de tristesse, d'impuissance, d'auto-dépréciation ou a le sentiment d'être sans espoir ?**

- 0 Non
  - 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on l'interroge le sujet (pessimisme, sentiment d'être sans espoir...)
  - 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement ou de façon sonore spontanément (sanglots occasionnels...)
  - 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs...)
  - 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales
- 

**2. Sentiment de culpabilité**

- 0 N'a pas de sentiment de culpabilité
  - 1 S'adresse des reproches et a l'impression d'avoir porté préjudice à des gens
  - 2 Idées de culpabilité et rumination sur des erreurs passées ou des actions condamnables
  - 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
  - 4 Entends des voix qui l'accusent ou la dénonce et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes
- 

**3. Suicide**

- 0 N'a pas d'idée suicidaire
  - 1 À l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécu
  - 2 Souhaite être morte
  - 3 Idées ou geste de suicide
  - 4 Tentative de suicide
- 

**4. Insomnie de début de nuit**

- 0 Pas de difficulté pour l'endormissement
  - 1 Difficultés occasionnelles pour s'endormir
  - 2 Difficultés quotidiennes à s'endormir
- 

**5. Insomnie de milieu de nuit**

- 0 Pas de difficulté
  - 1 La personne se plaint d'agitation et de trouble du sommeil durant la nuit
  - 2 La personne se réveille pendant la nuit (ou quitte son lit, sauf pour aller aux toilettes)
- 

**6. Insomnie du matin**

- 0 Pas de difficulté

- 1 La personne se réveille de très bonne heure mais se rendort
  - 2 Incapable de se rendormir si elle se réveille
- 

### 7. Travail et activités

- 0 Pas de difficulté
  - 1 Pensées et sentiments d'impuissance, de fatigue et de faiblesse lors d'activités professionnelles ou de loisir
  - 2 Désintérêt dans les activités professionnelles ou de loisir rapporté directement par la personne ou indirectement par une attitude apathique, indécise et hésitante (elle se sent forcée d'exercer une activité)
  - 3 Diminution du temps consacré à exercer une activité, perte de productivité
  - 4 Arrêt maladie
- 

### 8. Ralentissement (pensée, langage, perte de concentration)

- 0 Pensée et langage normaux
  - 1 Léger ralentissement lors de l'entretien
  - 2 Ralentissement manifeste lors de l'entretien
  - 3 Entretien difficile
  - 4 Entretien impossible (stupeur)
- 

### 9. Agitation

- 0 Aucune
  - 1 La personne a des crispations, secousses musculaires
  - 2 Joue avec ses mains, ses cheveux...
  - 3 Bouge, ne peut pas rester assis tranquille
  - 4 Se tord les mains, se ronge les ongles, s'arrache les cheveux, se mord les lèvres
- 

### 10. Anxiété (aspect psychique)

- 0 Aucune
  - 1 Symptômes légers (tension subjective, irritabilité, perte de concentration)
  - 2 Symptômes modérés (la personne se soucie de problèmes mineurs)
  - 3 Symptômes sévères (appréhension apparente dans l'expression faciale et la parole)
  - 4 Symptômes très invalidants (la personne exprime une peur sans que l'on pose de questions)
- 

### 11. Anxiété (aspect physique)

- 0 Aucun
  - 1 Légers
  - 2 Modérés
  - 3 Sévères
  - 4 Très invalidants (la personne n'est pas fonctionnelle)
-

## 12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun symptôme
  - 1 La personne manque d'appétit mais mange sans y être incitée
  - 2 La personne a des difficultés à manger si on ne l'incite pas à le faire. A besoin de laxatifs ou de médicaments pour ses problèmes gastro-intestinaux
- 

## 13. Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun
  - 1 Lourdeur dans les membres, le dos et la tête, maux de dos et de tête, douleurs musculaires, perte d'énergie, fatigabilité
  - 2 Mettre une note de 2 si un des symptômes apparaît clairement
- 

## 14. Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents
  - 1 Légers
  - 2 Sévères
- 

## 15. Hypochondrie

- 0 Absente
  - 1 Attention portée sur son corps
  - 2 Préoccupations portées sur sa santé
  - 3 La personne est fortement convaincue d'être malade, se plaint fréquemment, demande de l'aide...
  - 4 Idées délirantes hypochondriaques
- 

## 16. Perte de poids

- | A. Selon le patient       | B. Selon le personnel soignant        |
|---------------------------|---------------------------------------|
| 0 Pas de perte de poids   | 0 Perte inférieure à 500g par semaine |
| 1 Perte de poids probable | 1 Perte supérieur à 500g par semaine  |
| 2 Perte de poids certaine | 2 Perte supérieur à 1kg par semaine   |
- 

## 17. Prise de conscience

- 0 Reconnaît être déprimé et malade
  - 1 Reconnaît être malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, au besoin de repos...
  - 2 Nie être malade
- 



#### 1.4) Test de Fagerström

Il s'agit d'un test pour l'évaluation de la dépendance à la nicotine, il permet d'adapter le traitement pour le sevrage tabagique. Sa dernière révision date de 2012. Il comprend 6 questions. Une version courte en deux questions existe aussi [37][38].



#### ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.  
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 30 89\*.  
\* 5,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 9h à 20h.

## 1.5) Echelle d'Epworth

Cette échelle, aussi appelé Epworth Sleepiness Scale (ESS), permet d'évaluer l'importance de la somnolence diurne et donc d'orienter vers un possible syndrome d'apnée du sommeil.

<p style="text-align: center;"><b>EVALUATION DE LA SOMNOLENCE :</b> Echelle de somnolence d'Epworth (ESS)</p>
---

*Afin de pouvoir quantifier une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.*

*Pour répondre utilisez l'échelle suivante en mettant une croix dans la case la plus appropriée pour chaque situation*

- 0**= jamais d'assoupissement  
**1**= peu de chance de s'assoupir  
**2**= bonne chance de s'assoupir  
**3**= très forte chance d'assoupissement

- |  |   |
|--|---|
| 1. Assis(e) en lisant un livre ou le journal.  | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 2. En regardant la télévision.   | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 3. Assis (e), inactif (ve), dans un lieu public.<br>(Cinéma, théâtre, salle d'attente, réunion....)                    | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 4. Passager(e) d'une voiture ou d'un transport<br>en commun roulant depuis plus d'une heure sans interruption.         | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 5. Allongé(e) après le repas de midi lorsque<br>les circonstances le permettent.                                       | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 6. Assis(e) en parlant avec quelqu'un.   | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 7. Assis(e) après un déjeuner sans boisson alcoolisée  | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 8. Dans une voiture alors que celle-ci est arrêtée depuis quelques<br>minutes, à un feu rouge ou dans un embouteillage | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |

TOTAL : \_\_\_\_\_

**Un score supérieur à 10 est le signe d'une somnolence diurne excessive.**

## **2. Les autres scores cités dans l'étude**

Score DN4 : pour Douleur Neuropathique en 4 questions, il s'agit d'un questionnaire permettant d'estimer la probabilité de l'origine neuropathique d'une douleur [39]

Test de l'horloge : Test permettant d'évaluer sévérité trouble cognitif par les atteinte visuo-spatiales et exécutives [40]

Score Chad2vas : Score pour estimer le risque thrombo-embolique pour l'indication d'un traitement anticoagulant [41]

Score Hasbled : Score pour estimer le risque hémorragique lié aux anticoagulants [42]

Score AGGIR : Grille nationale permettant d'évaluer la perte d'autonomie et de déterminer le niveau de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie [43]

Scores de Wells : Evaluation du risque de thrombose veineuse profonde ou Embolie Pulmonaire [44]

Score AUDIT : Evaluation de la gravité de la consommation en alcool pour repérer un trouble de l'usage de l'alcool ou une dépendance [45]

Score de Mac Isaac : Evaluer la nécessité de réalisation d'un Streptotest devant une angine [46]

Echelle de Bristol : ou échelle de BristolHeato, permettant d'estimer la qualité et consistance des selles [47]

Echelle IPPS :Auto-questionnaire évaluant l'intensité des troubles dysurique dans [48]

Score d'APGAR : Evaluation de la vitalité d'un nouveau-né en prenant en compte l'Apparence (coloration), le Pouls, les Grimaces (réactivité aux stimuli), l'Activité (tonus) et la respiraiton [49]

Echelle de Glasgow : Echelle qui évalue le pronostic d'un coma [50]

Test MoCA : Montreal Cognitive Assesement test utile dans le repérage précoce des troubles cognitifs légers, plus sensible que le MMS [51]

## RESUME

**Introduction** : Une multitude de scores en médecine générale existe, mais ne sont pas tous utilisés. L'objectif de ce travail est de comprendre les moteurs et les freins à leur utilisation en médecine générale.

**Matériel et méthode** : Etude qualitative par entretien semi-dirigé auprès de généralistes picards

**Résultats** : Les scores ont été décrits par les médecins comme de bons outils scientifiques et pratiques. Ils les utilisent afin de prendre des décisions, lutter contre les doutes et comme moyen de communication. Le principal frein à leur utilisation est le manque de temps. Ils sont parfois jugés trop complexes. Certains craignent qu'ils automatisent les pratiques et déshumanisent la relation médecin-malade. Ils aimeraient qu'ils soient intégrés à leur logiciel afin de gagner du temps, ils pensent également que le rôle des IDE Asalée est important, la participation financière peut être un atout pour inciter leur utilisation.

**Discussion** : Les scores sont de bons outils, utiles pour la prise de décision et pour lever le doute. Ils sont toutefois trop chronophages. Ils ne sont que des outils parmi d'autres pour les médecins, qui pensent que la clinique, l'interrogatoire et l'expérience priment. Leur utilisation systématique est déconseillée car elle risque d'automatiser la médecine.

**Conclusion** : Les scores sont de très bons outils mais ils sont trop chronophages. Ils ne remplacent pas la clinique et l'expérience. L'utilisation d'un logiciel intégrant les scores, la délégation de tâche et la participation financière peuvent être des éléments incitant leur utilisation. Il faut cependant être attentif à ne pas automatiser la médecine par leur utilisation systématique.

**Mot-clés** : Scores, outils, médecine générale, manque de temps

## ABSTRACT

**Introduction** : There are a multitude of medical scores in general medicine which are not all used. The aim of this study is to understand what are the motivations and obstacles for the use of scores in general medicine.

**Method** : Qualitative study by way of semi structured interviews with general practitioners from the Picardy area.

**Results** : The scores were described by practitioners as good and practical scientific tools. They use them to make decisions, to fight against doubts and as a means of communication. The main obstacle to their use is lack of time. They are sometimes considered too complex. Some fear that they will automate practices and dehumanize the doctor-patient relationship. They would like them to be integrated into their software in order to save time, they also think that the role of Asalée IDEs is important and that, a financial participation can be an asset to encourage their use.

**Discussion** : Scores are good tools, useful for decision-making and to remove doubt. However, they are too time-consuming. They are just tools among others for the general practitioners, who believe that the clinical diagnosis, medical examination and experience take precedence. Their systematic use is not recommended because it risks automating medicine.

**Conclusion** : The scores are very good tools but they are too time-consuming. They do not replace the clinical diagnosis and experience. The use of a software integrating scores, task delegation as well as financial participation can be elements encouraging their use. However, we must be careful not to automate medicine through their systematic use.

**Keywords** : Score, tools, general medicine, lack of time