



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## ÉDITORIAL

# Test de concordance de script et développement professionnel continu (DPC) : un mariage qui ne peut être que réussi !



*Script concordance test and continuing medical education: A marriage that can only be successful!*

Le travail de Couraud et al. publié dans ce numéro de la *Revue des Maladies Respiratoires* a pour objet l'évaluation des pratiques concernant le dépistage du cancer broncho-pulmonaire. Pour répondre à cet objectif, les auteurs ont choisi de mesurer deux aspects majeurs de la compétence professionnelle : les connaissances théoriques et les capacités de prise de décision. Les outils de mesure utilisés sont les questions à choix multiples (QCM) et le Test de concordance de script (TCS). Outre l'intérêt évident que représente la compréhension des stratégies de mise en œuvre des recommandations professionnelles sur le dépistage du cancer broncho-pulmonaire en situation de pratique réelle, ce travail aborde plusieurs éléments sur le plan purement docimologique qui méritent d'être soulignés.

### Évaluation des connaissances : QCM ou TCS ?

Le TCS est un outil d'évaluation qui s'appuie sur des bases expérimentales très complètes issues de la recherche en sciences cognitives concernant le raisonnement clinique et l'organisation des connaissances [1]. Il se présente sous forme d'une vignette clinique courte suivie d'une série de questions comportant chacune une hypothèse et une information supplémentaire à partir desquelles les participants doivent prendre une décision. Le but du TCS est d'évaluer la dimension d'incertitude du raisonnement clinique en plaçant les candidats face à des situations cliniques mal définies, ne contenant pas toutes les données nécessaires à une décision finale ou ne permettant pas de prendre une décision par consensus ou par simple application de recommandations professionnelles. Le TCS mesure donc une dimension du raisonnement médical, lié à l'interprétation des données dans des contextes de situations authentiques de la pratique. En ce sens, il diffère des QCM qui, dans leur forme la plus aboutie (QCM à contexte riche), testent l'aptitude des étudiants à prendre une décision. Autant, le TCS va tester la façon dont les participants aboutissent à la prise de décision, autant les QCM à contexte riche testent la prise de décision elle-même. À ce titre, les deux formats sont parfaitement complémentaires, car explorant

deux facettes du raisonnement. De plus, le TCS aborde la gestion de l'incertitude que les QCM ne permettent pas d'appréhender.

D'un point de vue docimologique, et l'article de Couraud et al. le souligne très bien, ces deux formats rappellent l'importance d'utiliser plusieurs formats de questions au sein d'une même évaluation, pour apprécier plusieurs facettes de la compétence. Par ailleurs, il est intéressant de relever que les résultats obtenus aux deux types de questions par les participants de l'étude de Couraud et al. confirment les données disponibles concernant la comparaison des scores des mêmes groupes de candidats aux TCS et aux QCM ; à savoir que les scores obtenus aux deux examens varient dans le même sens mais sans corrélation significative. Ce point indique que TCS et QCM explorent deux aspects distincts mais complémentaires de la compétence au raisonnement clinique [2,3].

## Quels sont les avantages et les limites du TCS ?

Les qualités psychométriques du TCS en tant qu'outil d'évaluation sont largement documentées, au contraire de nombreux formats d'examens amplement utilisés. Notamment la stabilité des scores obtenus par TCS (cohérence interne) et sa validité de construit (capacité de discriminer en fonction de l'expérience clinique) ont fait l'objet d'une littérature importante [4]. Au sein du cursus des études médicales, il a largement prouvé son utilité pour évaluer les compétences attendues des internes et en 3<sup>e</sup> cycle mais aussi, et contrairement à une opinion largement répandue, il peut être utilisé par des étudiants pré-gradués au niveau du 2<sup>e</sup> cycle [5]. C'est un outil d'évaluation standardisé. Les candidats sont exposés aux mêmes stimuli d'une vignette à l'autre, le format est uniforme, la correction est standardisée. Comme le soulignent Couraud et al., cette méthode d'évaluation se prête parfaitement à une administration et à une correction automatisable (par exemple sur <http://www.cpass.u-montreal.ca>). On dispose d'ailleurs d'un certain nombre de données confirmant l'intérêt de son utilisation en ligne et à large échelle, aussi bien en formation initiale qu'en formation continue. Les premières expériences de transposition informatisée et de mise en ligne d'examen par TCS remontent déjà à plusieurs années, y compris en France [6,7].

Le caractère intimidant du TCS est en rapport avec son mode de construction basé sur les données de la psychologie cognitive. Le TCS ne peut prétendre évaluer l'ensemble des compétences attendues en médecine. Il évalue de façon adéquate le raisonnement clinique en situation de pratique réelle et n'a pas vocation à mesurer les connaissances théoriques, factuelles ou procédurales. L'absence "d'une seule réponse correcte" à une question TCS peut dérouter au premier abord. C'est l'une des bases conceptuelles majeures du test, reposant sur le concept d'*aggregate scoring*, admettant la variabilité des réponses du fait de l'incertitude [3]. Il y a donc toujours, par principe, plusieurs hypothèses ou plusieurs options possibles. Par conséquent, dans le format TCS, il n'y a pas une seule bonne réponse absolue. En effet, dans la pratique clinique, face à une situation incer-

taine, il n'existe qu'exceptionnellement une seule option de choix. Dans un QCM, au contraire, il s'agit bien d'évaluer le résultat final du raisonnement pour lequel il est logique de s'attendre à ne retenir qu'une seule bonne réponse.

## TCS et développement professionnel continu

L'article pose à juste titre la question de l'utilisation du TCS dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). En effet le concept du TCS y trouve une application très importante, en incitant les professionnels de la santé à la réflexion sur les enjeux cruciaux de leur pratique professionnelle. Plusieurs expériences publiées ont permis d'observer que l'utilisation du TCS pour évaluer les connaissances antérieures (avant de commencer l'activité de formation) amène une plus grande rétention des connaissances à la fin de l'activité et plusieurs mois plus tard [8,9]. Cet effet positif peut s'expliquer par le fait que les participants, avec le TCS, prennent plus conscience avant d'amorcer l'activité, de l'insuffisance ou de l'inexactitude des certaines de leurs connaissances qu'en cas de pré-test par QCM [5]. Parce qu'il n'existe pas une "bonne réponse" unique, le format TCS se prête bien aux situations de tests—retests. Par ailleurs, des professionnels participants à une activité de formation continue se sont montrés réceptifs aux TCS parce qu'ils trouvaient que les tâches demandées étaient étroitement liées à la réalité professionnelle et que les activités de jugement clinique générées par le format TCS concernaient des connaissances cliniques propres à la véritable pratique et non pas des connaissances sans intérêt [8,9]. Le TCS a été employé pour mesurer précisément les divergences existantes entre le raisonnement de médecins identifiés comme étant en difficulté et celui d'un panel de référence constitué de médecins expérimentés [9]. Le TCS s'est également avéré utile comme outil de mesure de l'application pratique de référentiels dans le cadre de situations cliniques complexes où il n'existe pas de consensus entre experts [10].

Globalement, Le TCS paraît particulièrement adapté au cadre du DPC car il autorise une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins favorisant une pratique réflexive. Son format est clairement une méthode d'évaluation des pratiques, notamment son design autorise les divergences entre experts et est particulièrement adapté pour traiter les sujets controversés. Le TCS se prête bien à l'évaluation de la gestion des risques. Il est aisé d'y adjoindre un suivi, par un questionnement proposé à distance de la première évaluation. Le format TCS est compatible aussi avec l'évaluation d'un recyclage régulier des connaissances à acquérir. Tous ces éléments expliquent la validation récente du TCS par la Haute Autorité de santé comme outil d'évaluation des pratiques professionnelles. La fiche méthode décrivant la réalisation des TCS dans un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC est parue en mai 2014 [11].

Le développement du TCS dans le cadre du DPC s'inscrit pleinement dans les évolutions et enjeux induits par les innovations technologiques et le développement de l'usage

du numérique dans le domaine de la santé et de la formation des professionnels du secteur santé. L'Université de Montréal a développé sa propre plateforme de DPC en ligne avec TCS sur le thème de la réflexivité à propos des enjeux controversés de plusieurs disciplines (<http://www.tcsmed.ca/cancerprostate/>). Une plateforme supportant un programme de DPC autour du format TCS est actuellement déployée à très grande échelle par l'université de Montréal en collaboration avec l'institut Practicum, institut de recherche appliquée en éducation des sciences de la santé (Madrid, Espagne). Cette plateforme est utilisée pour développer des programmes de DPC en collaboration avec des associations professionnelles nationales dans les pays hispanophones. À titre d'exemple 1300 pédiatres et 600 cardiologues étaient inscrits dans leurs programmes respectifs pour l'année 2010–2011 [12,13]. Ce programme se répand rapidement au sein des pays d'Amérique latine (Chili, Argentine, Brésil) ainsi qu'en Europe. L'Association des médecins de famille d'Espagne (12 000 membres) a signé un contrat de diffusion d'activité de DPC avec l'institut Practicum.

Au total, il faut garder à l'esprit que le TCS a été développé dans le but de tester efficacement une des dimensions de la compétence en médecine. Il vise à enrichir la panoplie d'outils d'évaluation employés au sein des cursus des études de santé et n'a pas vocation à se substituer aux autres formats d'examen. En évaluation, aussi en formation initiale qu'en formation continue, plus que dans toute autre activité pédagogique, il faut savoir faire des concessions. L'instrument d'évaluation idéal n'existe pas. Chaque outil d'évaluation a ses forces et ses faiblesses, ses caractéristiques propres. Les QCM restent une des références pour mesurer les connaissances médicales fondées sur les preuves. Le TCS, pour sa part, discrimine en fonction de l'expérience clinique. Les caractéristiques différentes de ces deux instruments rendent compte de la nécessité de les utiliser de façon complémentaire et synergique, si l'on veut tendre vers une stratégie d'évaluation de la compétence professionnelle en médecine la plus juste possible. L'article de Couraud et al. en est une très bonne illustration.

## Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Charlin B, Tardif J, Boshuizen HPA. Script and medical diagnostic knowledge: theory and application for clinical reasoning interaction and research. *Acad Med* 2000;75:182–90.
- [2] Fournier JP, Thiercelin D, Pulcini C, Alunni-Perret V, Glibert E, Minguet JL, et al. Évaluation du raisonnement clinique en médecine d'urgence: les tests de concordance des scripts décèlent mieux l'expérience clinique que les questions à choix multiples à contexte riche. *Pedag Med* 2006;7:20–30.
- [3] Kelly W, Durning S, Denton G. Comparing a script concordance examination to a multiple-choice examination on a core internal medicine clerkship. *Teach Learn Med* 2012;24:187–93.
- [4] Giet D, Massars V, Gagnon R, Charlin B. Le test de concordance de script en 20 questions. *Pedag Med* 2013;14:39–48.
- [5] Humbert AJ, Johnson MT, Miech E, Friedberg F, Grackin JA, Seidman PA. Assessment of clinical reasoning: a script concordance test designed for pre-clinical medical students. *Med Teacher* 2011;33:472–7.
- [6] Sibert L, Darmoni S, Dahamna B, Hellot MF, Weber J, Charlin B. On line clinical reasoning assessment with Script Concordance test in urology; results of a French pilot study. *BMC Med Educ* 2006;6:45.
- [7] Sibert L, Giorgi R, Dahamna B, Doucet J, Charlin B, Darmoni SJ. Is a web-based concordance test feasible to assess therapeutic decision-making skills in a French context? *Med Teacher* 2009;31:e162–8.
- [8] Labelle M, Gagnon R, Thivierge RL, Laprise R, Ste-Marie L-G, Charlin B. Formation continue en petits groupes sur l'ostéoporose: comparaison d'un atelier basé sur le test de concordance de scripts (TCS) et d'un atelier classique. *Pedag Med* 2003;4:145–53.
- [9] Goulet F, Jacques A, Gagnon R, Charlin B, Shabah A. Poorly performing physicians: does the Script Concordance Test detect bad clinical reasoning? *J Contin Educ Health Prof* 2010;30:161–6.
- [10] Le Loet X, Lequerré T, Cantagrel A, Sibert L. Mise en œuvre, en situation professionnelle, des recommandations de la HAS, par la méthode du test de concordance de script combinée à l'analyse actualisée de la littérature. Application à la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Rhum* 2012;79:228–33.
- [11] Thébaud JF. Le Collège de la HAS a validé la liste des méthodes et modalités de DPC; 2013 [<http://www.has-sante.fr>, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/test\\_de\\_concordance\\_de\\_script\\_tcs\\_fiche\\_technique\\_2013\\_01\\_31.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/test_de_concordance_de_script_tcs_fiche_technique_2013_01_31.pdf), accédé le 24 décembre 2014].
- [12] Hornos EH, Pleguezelos EM, Brailovsky CA, Harillo LD, Dory V, Charlin B. The practicum script concordance test: an online continuing professional development format to foster reflection on clinical practice. *J Contin Educ Health Prof* 2013;33:59–66.
- [13] Pleguezuelos EM, Hornos E, Dory V, Gagnon R, Malagrino P, Brailovsky CA, et al. Script concordance testing in continuing professional development: local or international reference panels? *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2013;18:779–85.

*Membre du Comité pédagogique national de SIDES (système informatique distribué d'évaluation en santé)*

L. Sibert

Service d'urologie, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France

Adresse e-mail : [louis.sibert@chu-rouen.fr](mailto:louis.sibert@chu-rouen.fr)