

Clinique de l'incertitude 2013

Un jeu nécessaire entre théorie et pratique « Du référentiel à la clinique »

Dr Florentin Clère

Président du groupe de travail SFETD-HAS pour l'élaboration de critères de qualité sur le thème

« évaluation du syndrome douloureux chronique en structure spécialisée »

Consultation pluridisciplinaire de la douleur, centre hospitalier de Châteauroux

Dans un schéma idéal, la publication d'un référentiel est suivie d'une appropriation par les professionnels et impacte donc la pratique quotidienne. En pratique, la littérature scientifique constate régulièrement des écarts importants : « *Il existe une importante disparité entre les recommandations de bonne pratique et les attitudes de routine du terrain* ». Plusieurs hypothèses peuvent expliquer de tels écarts :

- Les recommandations seraient trop longues, trop complexes, pas assez pratiques, pas applicables ;
- Les soignants feraient une sorte de rejet, soit culturel (le référentiel serait une entrave à l'autonomie et la réflexion), soit pragmatique (les documents seraient trop éloignés du terrain) ;
- L'organisation du travail, en cabinet libéral comme en institution, ne permettrait pas de dégager le temps nécessaire à l'application des nombreuses recommandations ;
- L'industrie pharmaceutique serait en cause, en arrêtant la diffusion des bonnes pratiques lorsqu'un médicament est tombé dans le domaine public ;
- Le patient lui-même ne rentrerait pas dans les cases...

Et pourtant, les recommandations de bonne pratique ont un objectif louable : améliorer la qualité des soins et favoriser l'égalité des chances entre les patients. Alors comment faire ?

Trois types de solutions sont possibles :

- La voie classique consiste en une diffusion large, basée sur la publication en revue scientifique et des formations traditionnelles sur le terrain : malheureusement l'impact de cette approche est très faible, voire nul à moyen et long terme ;
- Le plus efficace consiste à mettre en place des rappels systématiques (pense-bête, visiteurs) au moment de la prise de décision : cela nécessite des moyens, notamment humains, tellement importants qu'une telle approche est souvent irréaliste ;
- La voie médiane consiste à développer l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), c'est-à-dire la mesure, par le professionnel lui-même, de l'écart entre le référentiel et sa pratique. Plus réaliste en termes de faisabilité, cette approche dépend de la bonne volonté de chaque acteur.

Cependant, le contexte réglementaire a progressivement évolué durant les 8 dernières années : l'EPP est devenue obligatoire pour les médecins en 2005. Elle fait partie des exigences de la certification des établissements de santé ; il s'agit même d'une pratique exigible prioritaire de la 3^e version (datée de 2010). Plus récemment, le développement professionnel continu (DPC) est devenu une obligation pour l'ensemble des professionnels de santé : dès 2013, ils devront fournir chaque année à leur ordre professionnel une attestation de participation à un programme de DPC. Or, l'EPP est une démarche complètement intégrée au DPC, qui ne doit pas se limiter à des formations classiques.

En résumé, l'EPP constitue à la fois un compromis intéressant pour favoriser l'appropriation de référentiels et, au-delà du volontariat, une obligation réglementaire : elle ne demande donc qu'à se développer... Mais est-ce si simple ? Pas forcément : encore faut-il être familiarisé avec la méthode, ou plutôt les méthodes, puisqu'elles sont nombreuses et laissent parfois les professionnels perplexes... Consciente de cette problématique, la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur a souhaité dès 2009 faciliter la tâche des professionnels des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique en leur fournissant un outil clé en main d'EPP. Pour ce faire, un partenariat a été établi avec la Haute Autorité de Santé : l'objectif était de favoriser l'appropriation des recommandations professionnelles « Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patients », en créant une série de critères de qualité.

Cette démarche a nécessité la constitution d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture : une première série de critères, élaborée en mai 2009, a été testée par 15 professionnels en juin 2009. Une version définitive des critères a ainsi pu être validée par le groupe de travail en septembre 2009, pour un début de diffusion au cours du congrès de la SFETD (novembre 2009). Un guide méthodologique a ainsi pu être produit [1], selon les normes utilisées par la HAS : il comprenait, pour chacun des 9 critères, un libellé précis, une justification de son choix et une précision d'utilisation (dans quelle situation le critère est-il rempli ?). Ce document a été mis en ligne sur le site de la HAS [2] aux côtés des recommandations professionnelles.

Afin d'en favoriser l'utilisation, la SFETD a choisi d'accompagner sa diffusion d'un « kit EPP clé en main », composé, en plus du guide cité plus haut, d'une méthodologie pour mettre en œuvre une démarche d'EPP et d'une grille de recueil de données pour l'audit de 30 dossiers. Ce kit a fait l'objet d'une diffusion à l'ensemble des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique en début d'année 2010 (courriel aux responsables, site internet [3]).

Le partenariat entre la HAS et la SFETD avait également prévu d'organiser un retour d'expérience, dans un double objectif : s'assurer de la faisabilité de démarches d'EPP à partir de l'outil produit et augmenter le nombre de structures impliquées. En février 2010, 68 structures ont déclaré leur intention de se lancer ; en juin 2010, les 15 structures les plus avancées dans leur démarche ont fourni des données issues de leur expérience : 4 d'entre-elles ont été sélectionnées pour une présentation lors du congrès 2010 de la SFETD [4]. Donnée intéressante relatée par une structure : « Tout le monde s'est mis autour de la table pour lire les recommandations au moins une fois ». Les axes d'amélioration les plus fréquemment identifiés concernaient l'organisation de la première consultation (questionnaires préalables, délais, intervenants), la traçabilité des données (souvent insuffisante : attentes des patients, discussions informelles, projet thérapeutique), la pluri-professionnalité (pertinence, faisabilité), et notamment la place des psychologues autour de l'évaluation initiale. Concrètement, c'est surtout l'organisation de la structure, au bénéfice du patient, qui a été l'objet d'actions d'amélioration : préparation de la première consultation, chemins cliniques pour optimiser les parcours de soins, fiche de « réunion de concertation pluridisciplinaire » pour élaborer et tracer le projet thérapeutique personnalisé.

Depuis l'année 2011, le kit « EPP » [5] a pris son envol, avec des accompagnements ciblés. S'il est difficile d'estimer le nombre de structures qui se sont lancées (aucun sondage n'a été réalisé dans ce sens), le bilan est déjà très intéressant :

- Le retour d'expérience démontre la capacité de ce type d'outil à développer des démarches d'amélioration des pratiques, au bénéfice direct du patient. Il a été mis en lumière par la HAS [6] ;
- La communication sur l'outil est poursuivie : numéro hors série de la revue Douleurs [7], présentation aux Journées Internationales de la Qualité Hospitalière et en Santé

(JIQHS), ouvrage de l'Institut UPSA de la Douleur sur le thème « douleur et évaluation des pratiques professionnelles » [8] ;

- Toujours plus de structures s'engagent dans une démarche d'EPP, comme en témoignent les demandes d'accompagnement et les posters affichés chaque année lors du congrès de la SFETD ;
- Le cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique prend en compte cette démarche d'évaluation [9] ;
- Les professionnels impliqués peuvent valoriser leur démarche et bénéficier du double effet « DPC » et « certification ».

Références

1. SFETD – HAS. Évaluation du syndrome douloureux chronique en structure spécialisée - Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. Novembre 2009.
2. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
3. Téléchargeable sur le site de la SFETD : <http://www.sfetd-douleur.org/formation/epp/article.phtml?id=rc%2forg%2fsfetd%2fhtm%2fArticle%2f2010%2f20101225-100919-018>
4. Téléchargeable sur le site de la SFETD : http://www.sfetd-douleur.org/rc/org/sfetd/htm/Article/2010/20101215-210301-465/src/htm_fullText/fr/SFETD%202010%20ATS%2013%20REX%20COMPLET.pdf
5. Clère F. Un outil d'EPP clé en main pour les structures douleur... Douleurs 2010;11:153-7.
6. Consultable sur le site de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1024653/dr-florentin-clere-evaluation-du-syndrome-douloureux-chronique-en-structure-specialisee
7. Clère F. Évaluation du syndrome douloureux chronique en structure spécialisée. Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Douleurs 2011;12(S1):H1-H16.
8. Téléchargeable sur le site de l'IUD : http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-2726/Douleur_et_evaluation_des_pratiques_professionnelles.igwsc
9. Instruction N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/05/cir_33137.pdf