

Cycle de FMC pour les Rhumatologues libéraux

Résultats Synthétiques des Travaux des Cercles

Mai 2009

Préambule

Le **Cycle Qualiprat** pour les Rhumatologues Libéraux est le premier Cycle National de FMC à la Démarche Qualité dédié à des Médecins Spécialistes Libéraux.

Un Cycle comporte, notamment, la mise en œuvre de Cercles de Qualité ou **Cercles Qualiprat**, au cours desquels les Praticiens sont invités à mener une réflexion et une discussion critique autour d'une ou plusieurs séries d'**Indicateurs de Pratiques (IdP)**, correspondant chacune aux pratiques recommandées ou admises pour un **thème** donné. Les Indicateurs correspondant à deux thèmes ont été proposés à la discussion : la **Gonarthrose** et la **Lombalgie Commune**. Pour chaque thème, une situation clinique particulière était envisagée. Les intitulés des situations cliniques ont été précisés, à la demande des Participants.

Lombalgie Commune : Patient Lombalgique, en arrêt de travail, chez qui le diagnostic est confirmé par le Rhumatologue ; il s'agit d'une lombalgie **aiguë** ou **subaiguë** évoluant depuis **moins de trois mois** et pour laquelle l'examen clinique est sans particularité. Les IdP proposés sont des informations **explicitement inscrites** dans le **dossier du patient** qui témoignent de la démarche mise en œuvre par le Rhumatologue pour **détecter** et **prévenir** tout signe en faveur du **risque de chronicisation**.

Gonarthrose : Patient adressé par son Médecin Traitant pour avis spécialisé. Les IdP proposés sont des **repères indispensables** qui devraient figurer dans le **dossier du patient** et sont susceptibles d'être **constitutifs** des informations contenues dans le **courrier de réponse au Médecin Traitant**.

Méthode et matériel

Lors d'un Cercle Qualiprat, les IdP proposés, sont présentés par le **Modérateur** du Cercle. Ils sont collégalement évalués, discutés et critiqués puis individuellement cotés (jugés). La cotation d'un IdP se fait selon 3 modes : Indicateur régulièrement **utilisé**, non utilisé régulièrement mais dorénavant **adopté** et Indicateur **rejeté** (ni utilisé ni adopté). D'autre part, le rejet d'un IdP doit être justifié par le non-respect d'au moins un critère admis : la pertinence, la mesurabilité ou la prédictivité. Pour cela, chaque Participant dispose d'une **grille individuelle de cotation anonyme**, pour chaque thème. D'autre part il est demandé à chaque Participant de renseigner un questionnaire individuel d'appréciation du Cercle en général

Le **Rapporteur**, est chargé de la synthèse des discussions et débats ; il dispose pour cela d'une Document de **Synthèse des Travaux du Cercle**.

Les discussions ont pour objectif d'amener les Praticiens à porter un regard **analytique** sur les pratiques recommandées au regard de leur propre expérience et un regard **critique** sur leurs propres pratiques.

À l'issue des Cercles, la **Synthèse Nationale des cotations individuelles** permet d'identifier les IdP **retenus** par les Participants, c'est-à-dire, ceux qu'ils déclarent majoritairement utiliser et adopter.

Les **Indicateurs retenus**, pour chaque thème constituent un **Praticiel Thématique théorique**. Les deux Praticiels théoriques sont soumis aux **Participants** pour **validation en pratique réelle**, avant leur diffusion.

Résultats des Travaux des Cercles

Participation

Du jeudi 15 janvier au jeudi 16 avril 2009, **21 Cercles Qualiprat**, ont permis de réunir **428 Rhumatologues Libéraux** sur 554 inscrits (taux de participation 77,3%), soit en moyenne, 19,5 ± 7,2 rhumatologues par Cercle (min = 11 ; Max = 35).

Cercle	(N)	Cercle	(N)	Cercle	(N)
Amiens	11	Montpellier	29	Reims	19
Bordeaux	13	Nancy	20	Rennes	13
Caen	15	Nantes	12	Rouen	12
Grenoble	19	Nice	12	St-Etienne	15
Lille	35	Paris (Centre)	28	Strasbourg	24
Lyon	17	Paris (92)	61	Toulouse	16
Marseille	23	Pau	16	Tours	18

Recueil des données

Le taux de Grilles de cotations exploitables est de **88,1 %** pour la Gonarthrose (377) et **85,7 %** pour la Lombalgie (367). Le taux de Questionnaires d'appréciation exploitables est de **60,7 %** (260).

Résultats

Appréciation :

Le **bénéfice individuel global** tiré de la participation à un Cercle Qualiprat est de **2,94 ± 1,15**, sur une échelle de 1 à 5. Sur cette même échelle, le bénéfice et l'intérêt d'adopter une **Démarche Qualité** en pratique quotidienne est de **3,10 ± 1,15** ; d'utiliser des IdP comme outil de meilleure **tenue des dossiers** de **2,98 ± 1,21** et de s'initier à **l'auto-évaluation des pratiques** de **3,07 ± 1,18**.

Échelle de 1 à 5*	1	2	3	4	5
Bénéfice global (%)	12,8	22,3	34,1	19,9	10,9
Démarche Qualité (%)	8,5	20,7	34,3	23,5	13,1
Tenue dossiers (%)	12,3	24,1	27,8	22,6	13,2
Auto-évaluation (%)	9,4	23,0	32,9	19,7	15,0

* (1 = bénéfice insignifiant ; 5 = bénéfice significatif)

Les Indicateurs proposés :

Les Indicateurs (IdP) sont présentés en deux séries successives pour chaque thème ; IdP relevant du **bilan initial** de la consultation spécialisée (analyse et évaluation), puis IdP relevant des **décisions de prise en charge** (préconisations et recommandations). Au total, 11 IdP ont été proposés pour la Lombalgie (8 relevant du bilan initial et 3 des décisions) et 10 pour la Gonarthrose (7 relevant du bilan initial et 3 des décisions).

D'autre part, et uniquement pour la Gonarthrose, le cadre de la consultation étant « *Patient adressé par son Médecin Traitant pour un avis spécialisé* », il était demandé aux Rhumatologues d'estimer la fréquence de ce type de consultation dans leur activité puis de déterminer lesquels des IdP, seraient susceptibles d'être constitutifs du courrier de réponse au Médecin Traitant et de les classer en 3 catégories : **indispensables**, **utiles** ou **éventuellement contributifs** à l'information du Médecin Traitant.

Les Indicateurs retenus :

La réunion plénière du Comité de pilotage et du Groupe de Travail a pour objet d'analyser les résultats des cotations individuelles des Indicateurs (IdP) ainsi que les commentaires des cotateurs dont la synthèse est rédigée par les rapporteurs des Cercles. Pour être **retenu**, il a été déterminé qu'un IdP devait au moins totaliser **75 % des cotations exprimées** comme **utilisé** et **adopté**. Ces IdP ainsi **majoritairement retenus** peuvent toutefois faire l'objet d'une simplification de leur formulation lorsque les commentaires et remarques des cotateurs le justifient. Pour les autres IdP, c'est l'analyse des motifs de rejet et celle des comptes-rendus des Rapporteurs des Cercles, qui permet de déterminer s'il s'agit bien d'un rejet pur et simple de l'IdP qui est alors déclaré **majoritairement rejeté** ou s'il s'agit plutôt de réserves ou de propositions d'amendement de l'IdP (reformulation, simplification, association de 2 IdP...) ; dans ce cas, l'IdP sera maintenu mais proposé sous une autre forme.

Le principal **objectif de la phase de test** est de **valider** la nouvelle formulation d'un IdP et de **confirmer** les **IdP retenus**.

Intitulés des Indicateurs proposés, pour la Lombalgie :

Indicateurs relevant du bilan initial	
L1	Circonstances précises de survenue de l'épisode actuel
L2	Date de début de l'arrêt de travail en cours
L3	Antécédents lombalgiques : date (ou âge) de survenue du premier épisode, nombre cumulé de semaines avec douleur invalidante, depuis cette date, dont nombre (ou pourcentage) de semaines d'incapacité fonctionnelle totale
L4	Description des activités physiques habituelles du patient. professionnelles, sportives, domestiques
L5	Résultat de la recherche d'irradiations douloureuses et de l'existence de signes radicaire (0/+)
L6	Résultat d'un score d'autoévaluation (ou un item descriptif d'une échelle reproductible) de l'intensité moyenne de la douleur perçue au cours des 3 derniers jours (ou de toute autre période à condition de la préciser) et son interprétation
L7	Résultat d'un score d'autoévaluation (ou un item descriptif d'une échelle reproductible) du degré de soulagement attribué à l'effet du traitement en cours
L8	Quantification du retentissement de l'épisode actuel sur l'activité physique, sur la vie sociale, sur l'humeur ; idéalement à l'aide du questionnaire de Dallas réalisé le jour de la consultation
Indicateurs relevant des décisions thérapeutiques	
L9	Résumé du bilan des savoirs, comportements et représentations du patient (« diagnostic éducatif »)
L10	Mise à jour des médicaments en cours et récemment modifiés, substitués ou arrêtés ; préciser leurs modalités d'usage par le patient, différencier les prescriptions des automédications
L11	Modalités de suivi ultérieur envisagées avec le patient, notamment, programmation d'une prochaine consultation (en notant la date) et le cas échéant, précision de la nécessité de prévoir
L11-1	une rééducation
L11-2	un délai avant la reprise du travail et un courrier éventuel au médecin du travail (si adaptation professionnelle nécessaire)
L11-3	une éventuelle autre consultation spécialisée ou pas (médecin traitant, psychothérapie, nutrition, chirurgie)

Résultats des Cotations :

Réponses exprimées (1)

R = 377	nR	Utilisé	Adopté	Retenu	Rejeté
L 1	4,9%	87,5%	4,1%	91,6%	3,5%
L 2	3,5%	84,5%	5,7%	90,2%	6,3%
L 3	16,3%	34,1%	4,4%	38,5%	45,2%
L 4	4,1%	71,7%	4,9%	76,6%	19,3%
L 5	3,5%	77,7%	1,4%	79,1%	17,4%
L 6	4,1%	19,9%	14,4%	34,3%	61,6%
L 7	6,3%	35,4%	15,5%	50,9%	42,8%
L 8	4,6%	17,7%	11,7%	29,4%	65,9%
L 9	4,6%	20,7%	11,7%	32,4%	62,9%
L 10	4,1%	86,9%	4,4%	91,3%	4,6%
L 11	16,1%	62,7%	7,9%	70,6%	13,4%
L 11-1	4,6%	81,2%	3,8%	85,0%	10,4%
L 11-2	7,4%	57,2%	10,6%	67,8%	24,8%
L 11-3	7,4%	64,9%	7,1%	72,0%	20,7%

(1) R = nombre de réponses ; nR = Non réponse ;

Motifs de rejet (2)

	N	R	Pert	Mes	Préd	%
L 1	13	24	62%	77%	46%	185%
L 2	23	25	26%	52%	30%	109%
L 3	166	181	14%	88%	7%	109%
L 4	71	26	17%	13%	7%	37%
L 5	64	12	11%	3%	5%	19%
L 6	226	343	61%	55%	35%	152%
L 7	157	234	48%	66%	36%	149%
L 8	242	330	30%	79%	27%	136%
L 9	231	331	42%	81%	20%	143%
L 10	17	24	29%	88%	24%	141%
L 11	49	60	86%	14%	22%	122%
L 11-1	38	44	79%	18%	18%	116%
L 11-2	91	111	74%	26%	22%	122%
L 11-3	76	82	75%	16%	17%	108%

(2) N = nombre de répondants ; R = nombre de réponses ; Pert = pertinence, Mes = mesurabilité, Préd = prédictivité ; % = total > 100%, les motifs de rejet n'étant pas exclusifs.

Bilan des cotations :

Les IdP **L1, L2, L4, L5** et **L 10** sont **retenus** ; **L9** est **rejeté** ; les cinq autres (**L3, L6, L7, L8** et **L11**) ont été **modifiés**.

L 3 : les Rhumatologues considèrent qu'il est quasi impossible de reconstituer un historique aussi précis dans le cadre d'une consultation et d'autre part, ce type d'interrogatoire est susceptible de troubler les croyances et représentation de la maladie par le patient, pouvant aller jusqu'à le mettre en situation de « chronicisation ». Une reformulation simplifiée, ne comportant que les informations essentielles est retenue.

L 6 et L 7 : ces deux Indicateurs sont agrégés en un seul, formulé plus simplement en laissant toute latitude au Rhumatologue du choix de l'outil (ou du moyen) le plus approprié pour simplement évaluer l'intensité douloureuse dans les jours précédents.

L 8 : les Rhumatologues font remarquer que l'auto-administration du questionnaire de DALLAS et l'interprétation de son résultat au Patient sont trop longs et complexes pour être réalisés au cours d'une consultation. La reformulation de cet IdP est donc plus simple et le choix de l'outil d'évaluation est laissé à l'appréciation du Rhumatologue.

L 11 (11-1, 11-2, 11-3) : la formulation initiale ne laissait pas clairement apparaître s'il s'agissait d'informations à noter absolument ou éventuellement, le rhumatologue étant seul juge de leur pertinence. La reformulation, simplifiée, de cet Indicateur permet de ne considérer que les modalités **éventuelles** de suivi ultérieur que le Rhumatologue peut proposer au patient. Ces informations doivent cependant être explicitement inscrites dans le dossier du Patient.

Pertinence : capacité de l'indicateur à traduire un critère de qualité validé pour l'exercice concerné.

Mesurabilité : capacité de l'indicateur à être repéré, quantifié, et notifié au cours d'une consultation.

Prédictivité : capacité de l'indicateur à prédire la qualité effective des soins.

Intitulés des Indicateurs proposés, pour la Gonarthrose :

Indicateurs relevant du bilan initial	
G 1	Motif précis de la consultation
G 2	Poids, taille et résultat du calcul de l'IMC actualisés (si > 1 an)
G 3	Détail des activités physiques habituelles du Patient <i>en précisant le type dominant de cette activité</i>
G 4	Résultats de la recherche des principaux signes cliniques notés présents ou absents (0/+)
G 5	Résultat d'un score d'auto-évaluation de l'intensité moyenne de la douleur, perçue par le patient, au cours des 3 derniers jours et son interprétation
G 6	Disposer du résultat du calcul de l'Indice algofonctionnel de Lequesne et de son interprétation ; ou <i>a minima</i> de l'évaluation du périmètre de marche (si le précédent > 1 an)
G 7	Résultats clés, datés, du dernier examen radiologique
Indicateurs relevant des décisions thérapeutiques	
G 8	Résumé du bilan des savoirs, comportements et représentations du patient (« <i>diagnostic éducatif</i> »)
G 9	Mise à jour des médicaments en cours et récemment modifiés, substitués ou arrêtés ; préciser leurs modalités d'usage par le patient ; différencier les prescriptions des automédications
G 10	Décisions argumentées : Examens et traitements prescrits (médicamenteux et non médicamenteux) Le cas échéant, précision de la nécessité de prévoir
G 10-1	un acte chirurgical
G 10-2	une prochaine consultation (en notant la date)
G 10-3	une préconisation éventuelle d'un autre avis spécialisé (nutrition, rééducation...)

Résultats des Cotations :

Réponses exprimées (1)

R = 377	nR	Utilisé	Adopté	Retenu	Rejeté
G 1	4,8%	85,1%	4,2%	89,3%	5,8%
G 2	6,4%	53,3%	30,5%	83,8%	9,8%
G 3	5,0%	78,2%	8,5%	86,7%	8,2%
G 4	6,4%	84,9%	4,2%	89,1%	4,5%
G 5	11,4%	20,7%	17,2%	37,9%	50,7%
G 6	7,7%	52,5%	21,8%	74,3%	18,0%
G 7	5,0%	88,9%	4,0%	92,9%	2,1%
G 8	14,3%	26,3%	10,6%	36,9%	48,8%
G 9	5,8%	82,0%	3,4%	85,4%	8,8%
G 10	11,9%	83,8%	1,9%	85,7%	2,4%
G 10-1	7,2%	80,4%	1,9%	82,3%	10,6%
G 10-2	9,8%	66,0%	5,8%	71,8%	18,3%
G 10-3	15,6%	72,7%	4,0%	76,7%	7,7%

(1) R = nombre de réponses ; nR = Non réponse ;

Motifs de rejet (2)

	N	R	Pert	Mes	Préd	%
G 1	22	39	86,4%	59,1%	31,8%	177%
G 2	37	51	64,9%	32,4%	40,5%	138%
G 3	31	43	45,2%	58,1%	35,5%	139%
G 4	17	29	64,7%	58,8%	47,1%	171%
G 5	191	300	52,9%	72,8%	31,4%	157%
G 6	68	96	55,9%	50,0%	35,3%	141%
G 7	8	11	37,5%	50,0%	50,0%	138%
G 8	184	301	51,1%	80,4%	32,1%	164%
G 9	33	49	45,5%	66,7%	36,4%	148%
G 10	9	17	66,7%	77,8%	44,4%	189%
G 10-1	40	23	27,5%	15,0%	15,0%	58%
G 10-2	69	85	78,3%	20,3%	24,6%	123%
G 10-3	29	41	82,8%	27,6%	31,0%	141%

(2) N = nombre de répondants ; R = nombre de réponses ;

Pert = pertinence, Mes = mesurabilité, Préd = prédictivité ; % = total > 100%, les motifs de rejet n'étant pas exclusifs.

Bilan des cotations :

Les IdP **G1, G2, G3, G4, G7** et **G9** sont **retenus** ; **G5** et **G8** sont **rejetés** ; les deux autres (**G6** et **G10**) ont été **modifiés**.

G 6 : tel qu'il était formulé, cet IdP laissait supposer que le choix n'était pas laissé au praticien. La reformulation de cet IdP, fait passer en première intention la pratique des Rhumatologue qui consiste à évaluer le périmètre, quasi systématiquement, puis éventuellement réaliser un score de Lequesne s'il s'avère utile et pertinent.

G 10 (10-1, 10-2, 10-3) : la formulation initiale ne laissait pas clairement apparaître qu'il s'agissait d'informations à noter éventuellement, le rhumatologue étant seul juge de leur pertinence. D'autre part, cet Indicateur contenant trop d'information a été scindé en deux IdP plus clairement identifiés ; l'un ne faisant référence qu'aux décisions thérapeutiques du Rhumatologue et l'autre aux éventuelles préconisations et recommandations du Rhumatologue.

À l'issue des cotations, les IdP devaient être classés en **Indispensables** (Indisp), **utiles** ou **éventuellement contributifs** (Contrib) à la bonne information du Médecin Traitant.

85% des Rhumatologues interrogés déclarent recevoir **souvent** ce type de patient ; 5% en reçoivent rarement ou exceptionnellement et **10%** ne se sont **pas exprimés**.

Concernant le courrier au Médecin Traitant, pour plus de **60% des Rhumatologues**, les informations **indispensables** à lui transmettre sont représentées par les IdP : G1, G4, G7, G10.

	Indisp	Utiles	Contrib
G1	71%	21%	12%
G2	28%	41%	27%
G3	28%	38%	32%
G4	69%	28%	16%
G5	16%	21%	46%
G6	23%	38%	33%
G7	66%	25%	13%
G8	15%	25%	41%
G9	44%	32%	27%
G10	69%	20%	12%
10-1	61%	22%	14%
10-2	38%	30%	26%
10-3	43%	32%	18%

Indicateurs constitutifs des Praticiels

Praticiel Lombalgie : Lombalgie Commune (aigüe ou subaigüe), évoluant depuis moins de trois mois et actuellement en arrêt de travail (9 Indicateurs)

Lombalgie
Circonstances de survenue de l'épisode actuel
Date de début de l'arrêt de travail en cours
Antécédents lombalgiques, notamment date du 1er épisode et depuis cette date : nombre d'épisodes et durées approximatives, nombre approximatif de semaines d'arrêt de travail
Description des activités physiques habituelles du patient (professionnelles, sportives, domestiques)
Résultat de la recherche d'irradiations douloureuses et l'existence de signes radiculaires (0/+)
Résultat d'une évaluation de l'intensité douloureuse ressentie au cours des jours précédents
Quantification du retentissement de l'épisode actuel sur l'activité physique, la vie sociale, l'humeur et l'activité professionnelle
Mise à jour des médications en cours, récemment modifiées ou substituées
Le cas échéant , prochaine consultation programmée (0/+), rééducation envisagée (0/+), report de la reprise du travail (0/+), courrier éventuel au médecin du travail remis au patient (si adaptation professionnelle nécessaire) (0/+), éventuelle autre consultation (0/+), (médecin traitant, psychothérapie...)

Praticiel Gonarthrose : 1^{ère} consultation pour avis spécialisé (9 Indicateurs)

Gonarthrose
Motif précis de la consultation (et reformulation éventuelle de la demande du Médecin Traitant si le courrier est insuffisant)
Poids, taille et résultats de l'IMC calculé actualisés
Détail des activités physiques habituelles du patient (professionnelles, sportives, domestiques)
Principaux signes cliniques notés présents ou absents (0/+) [épanchement, instabilité (tiroir, latéralité), flessum, syndrome rotulien, syndrome méniscal]
Évaluation du périmètre de marche si la précédente date de plus d'un an (ou idéalement de l'Indice algofonctionnel de LEQUESNE)
Résultats clés, datés, du dernier examen radiologique
Mise à jour des médications en cours, récemment modifiées ou substituées
Décisions argumentées : examens et traitements prescrits (médicamenteux et non médicamenteux)
Le cas échéant , prochaine consultation programmée (0/+), acte chirurgical envisagé (0/+), autre avis (0/+) (nutrition, rééducation...)

Commentaires généraux sur les rejets d'Indicateurs proposés

La plupart des IdP rejetés faisaient référence au **calcul d'un score** ou à l'**évaluation d'un indice** ou d'une **échelle**. Dans les autres cas, ils faisaient appel à la **coopération du Patient**.

L'analyse des résultats et commentaires des Rapporteurs fait apparaître que le **motif principal du rejet** n'est ni le défaut de pertinence ou d'intérêt de ces IdP, ni leur manque d'utilité. Il s'agit plus simplement du temps nécessaire à leur réalisation, qui est **incompatible avec la durée d'une consultation** de rhumatologie libérale. Les évaluations faisant appel à la coopération du Patient sont quant à elles rejetées pour être non seulement **chronophages mais surtout peu fiables**.

Les Scores :

Le rejet des scores d'évaluation ou d'auto-évaluation (intensité douloureuse, soulagement) est en revanche plus contrasté et mérite quelques rappels utiles. Si l'intensité de la douleur n'est pas un élément susceptible de modifier l'attitude thérapeutique, son évaluation par EVA à la première consultation pour la **lombalgie** conserve une utilité prédictive indispensable, notamment pour détecter un risque de passage à la chronicité, rapporté dans toutes les études épidémiologiques. Pour la **gonarthrose**, le score demeure un élément indispensable pour l'évaluation de l'effet du traitement.

Les Indices et Echelles :

Leur validité n'est nullement contestée, qu'il s'agisse, pour la gonarthrose, avec l'indice de **Lequesne** de comparer l'évolution du handicap au cours du temps, d'apprécier l'efficacité d'un traitement ou, pour la lombalgie, du **Dallas** pour évaluer le retentissement sur la qualité de vie. Dans les deux cas, la seule objection demeure la durée de leur réalisation. Il est toutefois nécessaire de préciser que le Dallas est validé pour la lombalgie chronique, or il est vrai qu'il était proposé, justement d'éviter le passage à la chronicité. Cette échelle est-elle alors valide dans ce cas précis ? Cela s'avère être le véritable sujet du thème. C'est pourquoi une reformulation plus simple a été jugée pertinente pour ces IdP, en laissant au Praticien le choix de l'outil qu'il jugera le plus approprié et le plus pertinent dans chaque cas.

Le Diagnostic éducatif :

Concernant le « *diagnostic éducatif* » (bilan des savoirs, comportements et représentations du patient), le rejet a été quasi unanime et systématique, pourtant, dans la lombalgie, il a été montré que la conviction du patient, de l'existence d'une hernie discale, était un facteur péjoratif d'évolution, en l'absence d'irradiation radiculaire franche. Il semble donc important de dédramatiser l'importance du conflit mécanique, même s'il reste certainement plus aisé de simplement convaincre un patient de conserver une activité physique pour éviter un déconditionnement à l'effort. Il ne reste plus que le problème du report de cette information dans le dossier et de sa traçabilité. En revanche, pour la gonarthrose, dans le cadre précis de consultation qui a été proposé, il est évidemment plus difficile de préciser ce diagnostic éducatif dans un courrier adressé au médecin traitant. Il reste qu'un rappel succinct sur le bénéfice de la réduction de la surcharge pondérale, de la nécessité de conserver une activité physique ou de l'apport éventuel d'une aide (cane) pourrait aisément être envisagé au cas par cas.

Conclusion :

L'établissement d'un score, quel qu'il soit, est chronophage car il nécessite d'abord une appropriation de l'outil par le Praticien, puis une explication suffisamment claire au patient et enfin sa coopération et son adhésion. L'acceptation d'un score n'est donc possible que si son utilité est immédiate et importante en termes de bénéfice de prise en charge. Dans l'ensemble la communauté rhumatologique a quelques difficultés à adhérer au concept de score à l'exception peut-être du DAS 28 pour la PR et, à un moindre degré, du BASDAI pour la SPA qui peuvent éventuellement déboucher sur des modifications thérapeutiques patentes. Malheureusement ces deux thèmes n'étaient pas abordés à l'occasion de ce Cycle.