RAPPORT D'ÉLABORATION DE RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Compte rendu opératoire générique en chirurgie orthopédique et traumatologique

Décembre 2004

Sommaire

I. INTRODUCTION 3

II. LE CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE 3

III. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT 3

IV. LA CIBLE PROFESSIONNELLE 4

V. LE GROUPE DE TRAVAIL 4

V.1. Constitution 4
V.2. Description générale du travail 5

VI. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE 5

VI.1. Identification 5
VI.2. Sélection 5

VII. LES OBJECTIFS DE QUALITÉ 6

VII.1. Identification 6
VII.2. Sélection 6

VIII. LE GROUPE DE LECTURE 6

VIII.1. Constitution 6
VIII.2. Commentaires et propositions 6

IX. LE GROUPE TEST 7

IX.1. Constitution 7
IX.2. Analyse des résultats 7
IX.3. Commentaires et propositions 8

X. CONCLUSION 9

ANNEXES 10

I. CALENDRIER 10

II. MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE 10

III. MEMBRES DU GROUPE TEST 11

I. INTRODUCTION

Un référentiel d'auto-évaluation des pratiques a pour objectif d'aider les professionnels de santé à s'engager dans une démarche qualité. Il associe quelques objectifs de qualité à une grille de recueil de données. L'analyse des résultats permet au professionnel de mettre en œuvre des actions d'amélioration de sa pratique.

La méthode d'élaboration suivie est décrite dans «Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Saint-Denis: Anaes; avril 2004. www.has-sante.fr

II. LE CONTEXTE DE SANTE PUBLIQUE

L'accessibilité du patient (la «personne ») aux informations médicales le concernant est devenue une priorité de santé publique depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité **du** système de santé. L'information due au patient se doit d'être non seulement compréhensible, claire et complète, mais encore rapidement disponible. En cas d'hospitalisation, le dossier du patient doit pouvoir lui être fourni dans les 8 jours suivant sa sortie du département. En ce qui concerne le dossier chirurgical, le compte rendu opératoire en représente une pièce maîtresse.
En chirurgie prothétique, la connaissance des matériels implantés chez les patients est une condition indispensable à la qualité de la continuité des soins, les patients restant libres de se faire suivre par le praticien de leur choix, qui de ce fait n'est pas obligatoirement l'opérateur initial.
Enfin, la matériovigilance des matériels et produits de santé est devenue une obligation réglementaire faite aux établissements de soins, coordonnée par l'Afssaps à laquelle tout accident grave (dont la réintervention d'un patient fait partie du fait de la reprise de risques) doit être déclaré.

III. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT

La Fédération française des chirurgiens orthopédistes et traumatologues (FFCOT) représente la cellule de liaison entre les 3 instances régissant les divers secteurs d'activité professionnelle de la spécialité de chirurgie orthopédique et traumatologique adulte et infantile en France. Elle associe des membres de la société savante (Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique, SOFCOT), du Collège français de chirurgie orthopédique et traumatologique (CFCOT) et du Syndicat national des chirurgiens orthopédistes (SNCO).

La FFCOT a décidé la mise en place d'une structure dédiée à la rédaction de référentiels d'auto-évaluation des pratiques professionnelles en collaboration avec l'Anaes. Pour ce faire, un **groupe de pilotage de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)** a été constitué de 9 membres de ces 3 instances, représentatifs des divers modes de pratique de la discipline de chirurgie orthopédique : universitaires, publics et privés, chirurgie adulte ou infantile.

- Pour la société savante (SOFCOT)

Le P^{r} Thierry Bégué (CHU Avicenne, secrétaire général adjoint de la SOFCOT) et les d^{rs} Christian Delaunay (libéral à Longjumeau ; trésorier de la SOFCOT), Guy Bellier (libéral à Paris), Jean-François Dupuis (libéral à Parly II) et Henri Judet (libéral à Paris).

- Pour le collège (CFCOT)

Le P[r] Christophe Glorion (orthopédiste pédiatrique, CHU Necker-Enfants Malades) et le D[r] Thierry Favier (à Manosque).

- Pour le syndicat (SNCO)

Les D[rs] Patrice Papin (hospitalier à Villefranche-sur-Saône, secrétaire général du Syndicat) et Bernard Llagonne (libéral à Épernay).

Le **financement** (déplacements, secrétariat, indemnisation des membres du groupe de travail, rétribution du chargé de projet) a été pris en charge par l'Anaes. Les réunions ont eu lieu dans les locaux de la SOFCOT.

Le calendrier figure en annexe I.

IV. LA CIBLE PROFESSIONNELLE

Tous les chirurgiens orthopédistes et traumatologues.

V. LE GROUPE DE TRAVAIL

Il est représentatif de la cible professionnelle identifiée pour le référentiel.

V.1. Constitution

Ce groupe de travail a été constitué sur l'initiative des promoteurs représentés par la FFCOT.

Le président est le P[r] Thierry BÉGUÉ, PU-PH au service de chirurgie orthopédique et traumatologique à l'hôpital Avicenne - CHU de Bobigny (93). Il assure le déroulement des débats. Il est membre de la SOFCOT, du SNCO, du CFCOT, de la Société française de chirurgie de la main, de la Fédération européenne des sociétés d'orthopédie et traumatologie et de la Fédération européenne des sociétés de chirurgie de la main.

Le chargé de projet est le D[r] Christian DELAUNAY, chirurgien orthopédiste et traumatologue libéral à Longjumeau (clinique de l'Yvette). Il assure la mise à disposition des documents bibliographiques du groupe de travail ainsi que la synthèse des débats. Il rédige les versions successives du référentiel et le rapport d'élaboration. Il est membre de la SOFCOT, de la Société française d'arthroscopie (SFA), du SNCO, de la Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie (SICOT), de l'*European HIP Society,* de l'*American academy of orthopaedic surgeons* (AAOS) et du Groupe d'étude sur les dispositifs implantables médicaux en orthopédie (GEDIM).

L'expert du thème est le P[r] Philippe BEAUFILS, PH, chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologique à l'hôpital A. Mignot au Chesnay. Il est membre de la SOFCOT, du CFCOT, de la SFA, de la Société Européenne de chirurgie du genou et arthroscopie, de la Société française de pathologie et traumatologie du sport, de l'*International Arthroscopy Association* et de l'ISAKOS.

L'expert méthodologique est le D[r] Marina MARTINOWSKY, chef de projet à l'Anaes à Saint-Denis.

Les autres membres du groupe de travail sont :

- le Dr Thierry FAVIER, chirurgien orthopédiste et traumatologue libéral au centre médical Manuesca à Manosque. Il est membre du CFCOT, de la SOFCOT et du SICOT ;
- le Dr Patrice PAPIN, PH au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône. Il est membre du SNCO, de l'Union européenne des médecins spécialistes et de l'UMESPE.

Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts pour les membres du groupe de travail.

V.2. Description générale du travail

- 16 janvier 2004 : présentation des modalités de constitution des groupes de travail, de lecture et « test » aux membres de la FFCOT.
- Prise de contact avec les membres pressentis pour faire partie du groupe de travail afin de s'assurer de leur collaboration.

Le travail s'est effectué par échanges électroniques, puis lors d'une réunion de travail le 9 avril 2004 qui a permis de concevoir la version du référentiel proposée au groupe de lecture. Les membres du groupe de travail ont évalué puis sélectionné les objectifs de qualité ; ils ont rédigé les critères d'évaluation. Les patients concernés et les modalités de sélection des dossiers ont été définis. Les experts du groupe de lecture ont été choisis et la sélection des membres du futur groupe test déterminée.

Il a été précisé que ce travail devait s'appuyer sur des recommandations existantes et non créer de nouvelles recommandations.

VI. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

VI.1. Identification

Les sources bibliographiques suivantes ont été identifiées : Conseil national de l'ordre des médecins, Anaes et Code de la santé publique.
Le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 paru au Journal Officiel N° 101 du 30 avril 2002, Art.9 listant les éléments constitutifs du dossier médical, a été abrogé par le décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires, parties 1,2,3 du Code de la Santé Publique ; il est repris dans le document de l'Anaes sur le dossier du patient.

VI.2. Sélection

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Le dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Guide et référentiel de pratiques cliniques. Service évaluation des pratiques. Saint-Denis: Anaes; juin 2003.
- Conseil national de l'ordre des médecins. Le contenu du compte rendu opératoire. Bull CNOM, 1992; 12: 7.

Il s'agit de textes réglementaires et non de recommandations professionnelles proprement dites. Il n'y a donc pas eu d'évaluation de ces textes.

VII. LES OBJECTIFS DE QUALITÉ

VII.1. Identification

La pratique évaluée est définie. Les recommandations contenues dans les textes réglementaires sont listées : CRO présent dans le dossier et précision des informations qu'il contient pour la prise en charge de complications postopératoires précoces.
Les objectifs d'amélioration de la qualité sont rédigés. Ils concernent le dossier médical et la continuité des soins.

VII.2. Sélection

Le thème du référentiel a été circonscrit à l'amélioration du CRO pour la qualité du suivi post-opératoire concernant la prise en charge orthopédique. D'autres sujets, comme l'information du patient, le risque transfusionnel, etc., concernent d'autres référentiels.
Les motifs de sélection étaient le potentiel d'amélioration de la pratique, la gravité, la faisabilité et l'acceptabilité. Il n'a pu être tenu compte du niveau de preuve, puisqu'il s'agit de réglementation.

Les objectifs de qualité retenus sont :
1 - S'assurer qu'un CRO a été rédigé et est accessible dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation de chaque patient opéré (Code de la santé publique).
2 - Assurer la continuité des soins qui nécessite le partage des informations entre tous les professionnels prenant ou ayant pris en charge le patient, à quelque titre que ce soit et dans les limites de ce qui est nécessaire à leur mission (Code de la santé publique).
3 - Identifier rapidement la nature de l'intervention réalisée ainsi que les événements (complications, difficultés) opératoires ou périopératoires susceptibles d'être à l'origine de complications postopératoires précoces (continuité des soins).
4 - Faciliter l'interprétation des événements survenant à plus ou moins long terme au niveau de la pathologie traitée ou du site opératoire concerné par une parfaite connaissance des matériels prothétiques utilisés avec ses caractéristiques précises (matériovigilance et continuité des soins).

VIII. LE GROUPE DE LECTURE

VIII.1. Constitution

La liste des membres du groupe de lecture figure en annexe 2.
Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts pour les membres du groupe de lecture.
Experts du thème : 4 chirurgiens membres du directoire du Collège français des chirurgiens orthopédistes et traumatologues.
Experts de la méthode : 8 correspondants régionaux de l'Anaes choisis par tirage au sort au sein de la liste de correspondants volontaires pour cette démarche.

VIII.2. Commentaires et propositions

Les experts du thème considèrent que le thème correspond à une pratique fréquente, à risque pour le patient si le CRO est mal fait, avec un potentiel d'amélioration pour la transmission des informations entre professionnels ; les textes de référence sont bien choisis, les objectifs de qualité sont adaptés au thème et à la cible professionnelle, le guide d'utilisation est complet, la sélection des patients adaptée et les critères d'évaluation importants.

Ils suggèrent de parler de la voie d'abord, des éventuels gestes associés comme une greffe, de la taille de l'implant en cas de changement, et d'individualiser le cas des patients opérés en urgence.
Un expert propose de modifier le critère 2 en ajoutant après « le diagnostic de la pathologie » « les circonstances traumatiques ».

Un critère sur la voie d'abord a donc été ajouté par le groupe de travail.

Les experts de la méthode apprécient la rédaction jugée claire et précise, faisant de ce référentiel un bon outil pour la continuité des soins. Ils considèrent que le groupe de travail est représentatif de la cible professionnelle, le choix des textes de référence et la sélection des objectifs de qualité sont explicites ; 5 experts de la méthode sur 8 pensent que les objectifs de qualité sont traduits en critères ; pour tous, les critères correspondent aux objectifs ; 7 sur 8 pensent que le protocole de sélection des dossiers est adapté avec un guide d'utilisation clair ; tous jugent les critères d'évaluation univoques, fiables et reproductibles.
Les améliorations suggérées concernent le courrier aux correspondants, les ordonnances de sortie, la surveillance postopératoire en cas d'événement imprévu, l'ajout de critères sur l'absence de drainage et l'absence de garrot.
Le groupe de travail considère que la faisabilité de l'évaluation nécessite de se concentrer sur quelques points jugés essentiels pour la continuité des soins ; d'autres aspects importants du CRO devraient être développés dans d'autres référentiels d'évaluation.

IX. LE GROUPE TEST

IX.1. Constitution

150 chirurgiens de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique, exerçant en France, sont sollicités. Ils sont sélectionnés par tirage au sort.
La liste des membres du groupe test figure en annexe 3 avec spécialité, mode d'exercice et région. La représentativité du groupe est bonne, avec 16 chirurgiens orthopédistes exerçant dans le privé et 11 dans le public (2 en CHU, 7 en CH et 2 en PSPH).

IX.2. Analyse des résultats

27 auto-évaluations ont été analysées après anonymisation des grilles.
Durée moyenne de 90 minutes (40 minutes à 3 heures).

Critère 1 : 100 % de OUI.
Critère 2 : 99 % de OUI.
Critère 3 : 97 % de OUI.
Critère 4 : 98 % de OUI.
Critère 5 : 97 % de OUI.
Critère 6 : 40 % de OUI ; 15 % de NA (difficultés opératoires).
Critère 7 : 98 % de OUI (sur le total de dossiers moins les NA) ; 37 % de NA.
Critère 8 : 60 % de OUI (sur le total de dossiers moins les NA) ; 40 % de NA ; (nom du fabricant de matériel).
Critère 9 : 97 % de OUI (sur le total de dossiers moins les NA) ; 44 % de NA.
Critère 10 : 75 % de OUI (sur le total de dossiers moins les NA) ; 70 % de NA.
Critère 11 : 55 % de OUI (sur le total de dossiers moins les NA) ; 45 % de NA ; (durée du garrot).

Améliorations de la pratique : mention systématique des difficultés rencontrées, de la durée du garrot, des noms des fabricants, de la nature de l'intervention dans le titre, et des prélèvements.

IX.3. Commentaires et propositions

Grille test

Problème clinique fréquent dans la pratique : 65 %.
Objectifs de qualité pertinents pour la pratique : 90 %.
Critères d'évaluation discriminants : 75 % ; problème soulevé de la redondance avec la feuille de bloc.
Objectifs de qualité réalistes dans la pratique quotidienne : 90 %.
Critères d'évaluation compréhensibles : 80 %.
Critères d'évaluation faciles à vérifier : 95 %.
Référentiel d'évaluation complet : 65 % ; trop ! Le critère sur le nom du fabricant semble inutile à certains. Le temps de garrot est le plus ennuyeux à gérer, son utilité est contestée par beaucoup.
Propositions d'élargir le champ du thème à l'anesthésie, l'antibioprophylaxie, l'organisation du bloc opératoire, antécédents, transfusion, stérilité…
Utilité de l'évaluation pour changer la pratique : 50 %.
Améliorations suggérées : préciser en regard de chaque CRO le type d'intervention. Expliquer le but de la démarche et insister sur l'intérêt d'harmoniser la pratique au sein d'une équipe hospitalière.

Commentaires

Le critère sur l'absence de difficultés opératoires est le plus discuté, comme lors de la réunion du groupe de travail. Pour certains ce critère est inutile puisque toujours vérifié (?). D'autres craignent dans le contexte de montée des plaintes d'inciter les patients à aller devant la justice. La considération qui a prévalu est que l'information du patient permet justement d'éviter l'exacerbation des conflits, et facilite la résolution des difficultés rencontrées. Le fait de noter l'absence de difficultés est également discuté, pour certains le fait de ne rien noter sur le CRO veut dire qu'il n'y a pas eu de complication. Il est proposé de ne noter que les grosses complications.

Le groupe de travail propose de préciser dans la note 1 que le nom du fabricant est inutile pour le petit matériel, ce qui exclut les vis, broches, cercles…
Le groupe de travail rappelle que le référentiel est circonscrit à la transmission des informations utiles lors d'une reprise opératoire ultérieure ; d'autres référentiels d'évaluation pourraient concerner d'autres aspects de la pratique opératoire.
Groupe de travail et groupe test constatent que la transmission d'informations sur le matériel prothétique serait facilitée par des « codes barres » autocollants.

Il est conseillé un engagement de l'équipe chirurgicale dans son ensemble pour obtenir un résultat réel d'amélioration des pratiques. L'analyse collective des auto-évaluations anonymisées permet de mettre en commun les idées d'actions de changement, de concevoir un CRO type, etc.
L'informatisation est une aide au remplissage systématique des informations.

Les critères d'évaluation remplis à 98 % ou plus ont été reconsidérés en fonction de leur utilité potentielle pour améliorer la pratique. 3 critères ont été supprimés, et le référentiel d'évaluation a été focalisé sur les éléments nécessaires à la continuité des soins :

- le critère 1 rempli à 100 % concerne la disponibilité du CRO 8 jours après la sortie du patient. Il semble faire double emploi avec le mode de sélection des dossiers ;

- le critère 2 sur le diagnostic de la pathologie traitée, fondamental pour le suivi du patient, semble toujours fait ; le critère 3 sur la nature de l'intervention notée dans le titre est laissé en revanche, et devient le critère 1 ;
- le côté opéré semble toujours noté dans le CRO. Il s'agit d'une information facile à retrouver.

X. CONCLUSION

Diffusion envisagée du référentiel

Présentation du référentiel final dans le Bulletin des orthopédistes français transmis à tous les membres de la SOFCOT.

Base française d'évaluation en santé sur Internet : http://bfes.has-sante.fr.
Sites des sociétés professionnelles copromotrices.

Propositions d'outils d'aide au changement de la pratique professionnelle

CRO type à élaborer par la FFCOT et diffuser auprès des orthopédistes, de préférence par voie électronique.

ANNEXES

I. CALENDRIER

Groupe de pilotage EPP de la FFCOT :

- Création : 14 décembre 2002 ;
- 1re réunion : 1er février 2003 ;
- 2e réunion : 26 avril 2003.

25 septembre 2003 : réunion de la FFCOT, présentation de l'état de la démarche et choix des thèmes de référentiels retenus.

Groupe de travail « CRO générique»

- 16 janvier 2004 : constitution du groupe de travail sur le thème du CRO dit « générique ».
- Février-mars 2004 : discussions du groupe de travail par voie électronique.
- 9 avril 2004 : réunion des membres du groupe de travail et rédaction du référentiel destiné au groupe de lecture. Détermination des membres des groupes « de lecture » (experts) et « test ».
- Juin-juillet 2004 : groupe de lecture puis élaboration du référentiel destiné au groupe test.
- Septembre-novembre 2004 : phase d'évaluation et de faisabilité par le groupe test de la SOFCOT.
- Décembre 2004 : rédaction du rapport d'élaboration et du référentiel définitif. Validation par la FFCOT.

II. MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE

Experts du thème : orthopédistes.

- Dr Jacques CATON, président du syndicat SNCO. Clinique Émilie de Vialar à Lyon ;
- Dr Bruno DOHIN. Hôpital E.Herriot, service de chirurgie pédiatrique à Lyon ;
- Dr Étienne GAISNE, exercice libéral à Nantes ;
- Pr Jean PUGET, président du Collège, CHU Rangueil à Toulouse.

Experts de la méthode : correspondants régionaux de l'Anaes.

- Mme Claudine AUDIBERT, cadre supérieur de santé à Marseille ;
- Dr Sylvie AULANIER, généraliste au Havre ;
- Dr Jacques BIRGE, généraliste au Boulay ;
- M. Guy DEVAUD, kinésithérapeute libéral à l'Isle-d'Espagnac ;
- Dr Marie-Jeanne GILBERT-BESSON, généraliste à Romagnat ;
- Dr Jean-Michel HERPE, radiologue à Saintes ;
- M. Jean-Paul LARRIBAU, kinésithérapeute libéral à Pau ;
- Dr Philippe NICOT, généraliste à Panazol.

III. MEMBRES DU GROUPE TEST

Les 150 premiers chirurgiens orthopédistes et traumatologues de la liste officielle des membres de la SOFCOT, exerçant en France, par ordre alphabétique, ont été sollicités. 27 ont répondu.

- Dr Marwan ABU AL ZAHAB, CH de Moutiers ;
- Dr Marc AMEIL, exercice libéral à Reims ;
- Dr Franck ARAKELIAN, exercice libéral à Villeneuve-lès-Avignon ;
- Dr Jean Marie ARTIGOU, exercice libéral à Le Mée-sur-Seine ;
- Dr Alain ASSELINEAU, CH de Villeneuve-Saint-Georges ;
- Dr François AUBART, CH d'Eaubonne ;
- Dr Bruno AUFAUVRE, exercice libéral à Chamalières ;
- Dr Georges AVET, exercice libéral à Saint-Étienne ;
- Dr Laurent BARBA, exercice libéral à Écully ;
- Dr Jean BARTHAS, exercice libéral à Paris ;
- Dr Xavier BARTHES, exercice libéral à Dreux ;
- Dr Maurice BASSO, CHG à Hyères ;
- Dr Franck BAUDRY, exercice libéral à Cholet :
- Dr Guy BAZIN, CHG de Béziers ;
- Dr Jacques BEJUI, CH de Lyon ;
- Dr Jean-Christophe BEL, exercice libéral à Lyon ;
- Dr Jean-Michel BELAUBRE, exercice libéral à Brive ;
- Dr Jacques BELIN, CH au Creusot ;
- Dr Nedjib BENAMMAR, CH à Albertville ;
- Dr Serge BENOIT, exercice libéral à Saint-Quentin ;
- Dr Denis BERTIN, exercice libéral à Besançon ;
- Dr Raoul BERTIN, CHU de Nîmes ;
- Dr Alexis BERTRAND, exercice libéral à Blois ;
- Dr Michel BEX, exercice libéral à Puygouzon ;
- Dr Jean-Pierre BORDES, CHI de Saint-Jean-de-Verges ;
- Dr Frédéric BORIONNE, exercice libéral à Marseille ;
- Dr Jean-François SCHUHL, exercice libéral à Rouen.