

Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins

Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale

Résultats nationaux de la campagne 2013

Données 2012

1^{re} campagne nationale

Ce document présente les résultats issus du recueil 2013 - données 2012 des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale » réalisé par les établissements volontaires opérant des patients souffrant d'obésité, sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité des étapes clés de la prise en charge au sein de chacun des établissements concernés. Ils contribuent à l'observation de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Où trouver les résultats de votre structure ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque structure sont accessibles sur la plateforme QUALHAS. Pour y accéder, contacter le Département de l'Information Médicale (DIM) de votre établissement.

Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site internet :

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipagss-recueils-des-indicateurs

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) vous répondra par e-mail : ipagss@has-sante.fr

Ce rapport a été rédigé par Sandrine Morin (chef de projet), Christine Sorasith (statisticienne), avec l'aide de Corinne Camier (assistante), sous la responsabilité de Catherine Grenier chef du service « Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins » (SIPAQSS).

Sommaire

Synthèse des résultats des indicateurs – Campagne 2013 – données 2012.....	5
Contexte.....	7
Descriptif de la campagne 2013	9
Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire ».....	12
Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire ».....	14
Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire ».....	16
Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 »	18
Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 2 »	20
Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant »	22
Indicateur « Information préopératoire minimale du patient ».....	24
Indicateur « Bilan nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire ».....	26
Bilan et perspectives	28
Table des illustrations.....	30
Annexes	31
Annexe I. Méthodes appliquées pour le recueil et l'analyse des indicateurs nationaux	31
Annexe II. Détails d'analyses complémentaires	34
Annexe III. Répartition et moyenne régionales des établissements volontaires par indicateur	35
Références	41

Synthèse des résultats des indicateurs – Campagne 2013 – données 2012

Dans la prise en charge de l'obésité, les recommandations françaises et internationales s'accordent pour indiquer le traitement chirurgical chez des sujets avec un indice de masse corporelle (IMC) $> 40 \text{ kg/m}^2$ ou $> 35 \text{ kg/m}^2$ associé à des comorbidités après l'échec d'un traitement médical bien conduit pendant 6 mois ou 1 an.

Indicateurs nationaux

Les indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale » sont basés sur les recommandations de bonne pratique de la HAS portant sur la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte et les critères qualité correspondant, publiés en 2009. Ils sont validés par le collège français de chirurgie générale viscérale et digestive, la fédération française de chirurgie viscérale et digestive (FCVD), la société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des Maladies Métaboliques (SOFCO-MM). Ces indicateurs sont optionnels : ils sont recueillis par l'établissement de manière volontaire dans le cadre par exemple, d'une démarche d'amélioration de cette pratique.

Ce dispositif englobant les recommandations, les critères de qualité et les indicateurs a pour objectif d'optimiser l'information du patient, et le suivi des patients en s'assurant notamment que l'indication de chirurgie est posée après une évaluation et une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires du patient.

Liste des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire »

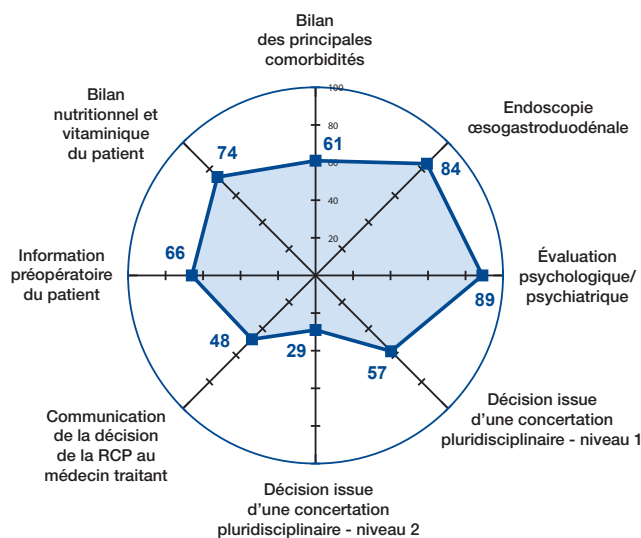
1. Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire.
2. Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire.
3. Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire.
4. Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire.
5. Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant.
6. Information préopératoire minimale du patient.
7. Bilan nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire.

Aucune diffusion publique des résultats n'est demandée puisqu'il s'agit d'un recueil optionnel et non contrôlé en termes de qualité de recueil.

Résultats des indicateurs

Pour chaque établissement et pour l'ensemble des indicateurs, les résultats sont calculés à partir d'un échantillon aléatoire de 60 dossiers (maximum) de patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique initiale au cours de l'année 2012.

Graphique 1. Moyennes observées des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale » – Campagne 2013 - données 2012



Participation des établissements (ES)

498 établissements de santé ont déclaré au moins 1 acte de chirurgie bariatrique dans la base PMSI de 2012.

- 132 établissements ont participé à ce premier recueil, soit 26 % des établissements pratiquant ce type de chirurgie. Ces 132 établissements réalisent près de la moitié des actes de chirurgies bariatriques.
- 6 545 dossiers correspondants à une chirurgie bariatrique initiale ont été analysés.

Contexte

Politique nationale des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Depuis 2006 la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont engagé des travaux pour mettre en œuvre un recueil national d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins.

Le programme de déploiement national des indicateurs, et les modalités d'utilisation et de diffusion sont discutés par le Comité de Pilotage de la Généralisation des Indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins (COPIL), ainsi que les thèmes à développer. Co-animé par la DGOS et la HAS, il regroupe l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants de directeurs et de présidents de la Commission Médicale d'Établissement (CME), l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et les représentants des usagers et des patients.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins au sein des établissements de santé. Ceci constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, des résultats d'indicateurs sur la qualité des soins. La liste des indicateurs mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel¹.

Du fait de l'opposabilité croissante des IQSS (utilisation dans des tableaux de bord de pilotage, Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à l'amélioration de la qualité, etc.), un contrôle qualité de leur recueil est mis en place dans le cadre de l'orientation nationale de contrôle IGAS. Il est coordonné par la DGOS et la HAS, et réalisé par les ARS. La diffusion publique des résultats des IQSS obligatoires contrôlés est réalisée sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr). Ces dispositions ne concernent pas les indicateurs dont le recueil est optionnel.

Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire

Intérêt du thème

L'obésité est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge au long cours. Ses conséquences sur la santé sont nombreuses. Selon son degré de sévérité, son impact sur la santé peut aller du risque accru de décès prématuré à plusieurs maladies morbides ayant des effets indésirables sur la qualité de vie.

Les recommandations françaises et internationales s'accordent sur le fait que la prise en charge de l'obésité doit être globale, pluridisciplinaire et sur le long terme. Les objectifs du traitement de l'obésité ne se réduisent pas à la perte de poids ; le traitement des complications est un objectif primordial quelles que soient l'évolution pondérale et les difficultés du contrôle du poids.

Le traitement chirurgical fait partie des traitements possibles de l'obésité. Il n'est proposé qu'en seconde intention, après échec du traitement médical bien conduit, chez des sujets avec un indice de masse corporelle (IMC) > 40 kg/m² ou avec un IMC > 35 kg/m² associé à des comorbidités. Il consiste à modifier l'anatomie du système digestif soit pour diminuer la quantité d'aliments consommée (anneau gastrique ajustable, gastrectomie longitudinale (*sleeve gastrectomy*), gastroplastie verticale calibrée) ; soit pour diminuer la quantité d'aliments et leur assimilation par l'organisme (bypass gastrique, dérivation biliopancréatique)¹.

1. Arrêté fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés, chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Cette chirurgie (dite bariatrique) s'est rapidement développée en France au sein de nombreuses équipes chirurgicales. L'augmentation du recours à cette chirurgie a été plus rapide que celle de la prévalence de l'obésité dans l'ensemble de la population. D'après les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), le nombre annuel d'actes de chirurgie bariatrique a été multiplié par 7 de 1997 à 2006, avec 13 653 séjours avec chirurgie bariatrique. En 2012, le nombre de séjours est évalué à 45 000².

Dans le cadre du programme national nutrition santé (PNNS) et du plan obésité (PO), des mesures pour structurer la prise en charge des patients souffrant d'obésité sont mises en place. Afin de rendre l'offre de soins plus accessible et lisible pour ces patients, des centres spécialisés ont été identifiés³. Ils ont pour mission la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère en intervenant dans les situations les plus complexes, et l'organisation de la filière de soins régionale en s'inscrivant dans une démarche d'animation et de coordination territoriale avec des établissements partenaires.

Également dans le cadre du PNNS, les recommandations de bonne pratique portant sur la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte^{II,III,IV} ont été élaborées par la HAS avec les professionnels concernés, et publiées en 2009, accompagnées des critères qualité correspondant. Les objectifs de ces recommandations sont d'améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie et de réduire la survenue des complications par :

- une meilleure sélection, information et préparation des patients ;
- le choix de la technique apportant le meilleur rapport bénéfice/risque chez les patients sélectionnés ;
- une meilleure formalisation de la constitution et du rôle de l'équipe pluridisciplinaire ;
- la réduction de la gravité des complications par leur détection et leur prise en charge précoce.

Afin de soutenir ces objectifs et aider les professionnels à évaluer et à améliorer leurs pratiques, la HAS a développé un ensemble d'indicateurs de pratique clinique⁴.

Les indicateurs recueillis

Le thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale » est composé de plusieurs indicateurs.

Axés sur la phase préopératoire, identique quelle que soit la technique chirurgicale envisagée, ils permettent le suivi des éléments composant une prise en charge préopératoire minimale nécessaire pour poser l'indication chirurgicale :

1. Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire (COM) ;
2. Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire (ENDO) ;
3. Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire (PSY) ;
4. Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire : 2 niveaux (RCP-OBE) ;
5. Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant (RCP-MED) ;
6. Information préopératoire minimale du patient (INFO)
7. Bilan nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire (NUT).

Ces indicateurs sont fondés sur les recommandations de la HAS sur la prise en charge chirurgicale de l'obésité et les critères de qualité de 2009, et validés par le collège français de chirurgie générale viscérale et digestive, la fédération française de chirurgie viscérale et digestive (FCVD), la société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des Maladies Métaboliques (SOFCO-MM).

Le dispositif englobant les recommandations, les critères de qualité et les indicateurs a pour objectif d'optimiser l'information du patient, et le suivi des patients en s'assurant notamment que l'indication de chirurgie est posée après une évaluation et une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires standardisées du patient.

Ce rapport présente les résultats des indicateurs et les principaux constats de la première campagne d'évaluation de la qualité de la prise en charge préopératoire pour une chirurgie bariatrique. Les constats sont issus de l'analyse rétrospective, par les établissements volontaires, de dossiers de patients adultes ayant bénéficié pour la première fois d'une chirurgie bariatrique et opérés en 2012, et des réponses au questionnaire organisationnel rempli par les établissements. Les annexes présentent la méthode de recueil et d'analyse, les résultats des analyses complémentaires ainsi que les moyennes par région pour les indicateurs permettant une comparaison.

2. Données PMSI 2012.

3. Instruction de la DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS).

4. Ces indicateurs ont été développés par la HAS et testés par l'équipe de recherche COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité (Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire (COMPAQ-HPST)).

Descriptif de la campagne 2013

Les indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale » ont été recueillis de juillet 2013 à janvier 2014 à partir de l'analyse de dossiers de patients opérés en 2012.

L'ensemble des établissements pratiquant ce type de chirurgie était concerné par ces indicateurs quelle que soit la technique chirurgicale mise en œuvre. 498 établissements ont déclaré un acte de chirurgie bariatrique dans la base PMSI 2012, soit 44 992 actes en 2012.

Optionalité du thème

Le thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale » fait partie des thèmes dits optionnels : il est recueilli par l'établissement de manière volontaire dans le cadre par exemple d'une démarche d'amélioration de cette pratique. Aucune contrainte n'existe quant à l'obligation du recueil.

Le statut optionnel repose sur plusieurs spécificités :

- les résultats des indicateurs ne sont pas uniquement imputables aux établissements où la chirurgie s'effectue. En effet la prise en charge des patients, qui doit être pluridisciplinaire, est parfois multi-sites, voire structurée en réseau. La phase préopératoire peut également être réalisée partiellement ou totalement en ville. Les éléments nécessaires au calcul des indicateurs sont dans ces cas répartis entre le dossier du cabinet des professionnels et le dossier de l'établissement dans lequel la chirurgie a lieu ;
- la comparaison inter-établissements n'intègre pas la dimension « réseau » (ensemble de professionnels, parfois de différents établissements, participants à la prise en charge préopératoire et à la pose de l'indication chirurgicale). Comme la plateforme QUALHAS fonctionne à partir de l'identification FINESS d'un établissement et de sa base PMSI, la comparaison inter-établissements est réalisée uniquement entre les établissements de santé où la chirurgie est effectuée.

Toutes ces spécificités justifient le caractère optionnel du thème. Aucune diffusion publique des données n'est réalisée.

Tous les établissements de santé participant au recueil ont accès, par le biais de la plate-forme QUALHAS servant au recueil des données et au calcul des indicateurs, à une information structurée et comparative qui leur permet de se positionner par rapport aux autres établissements participants et à leur politique qualité conduite ou à engager. Sur cette plateforme, la présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

Descriptif des établissements volontaires participants

132 établissements volontaires ont collectés les données nécessaires au calcul des indicateurs lors de cette campagne, soit 26 % des établissements pratiquant ce type de chirurgie. En 2012, ces 132 établissements représentent 44,5 % de l'ensemble des actes réalisés (20 009 actes sur 44 992).

Plus de la moitié des établissements volontaires ont réalisé moins de 100 actes sur l'année 2012, près de 35 % ont réalisé entre 100 et 300 actes, moins de 10 % entre 300 et 500 actes. Les 5 % restant ont réalisé entre 500 et 1 500 actes.

Plus de la moitié des établissements sont privés à but lucratif (55 %), 40 % sont de statut public, 5 % sont des établissements privés à but non lucratifs.

Participation régionale

Toutes les régions disposent d'au moins un établissement de santé réalisant ce type de chirurgie. La participation régionale au recueil de ces indicateurs est inégale d'une région à l'autre.

Aucun établissement n'a participé dans les régions de l'Auvergne, la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique. Les moyennes régionales sont disponibles en [annexe 3](#) du rapport.

Organisation de la prise en charge

Chaque établissement volontaire a complété le questionnaire organisationnel composé d'éléments descriptifs de l'activité.

Parmi les 132 établissements, 21 établissements sont des centres spécialisés (16 %), 21 autres établissements sont également partenaires d'un établissement spécialisé (16 %) d'après la liste publiée par le ministère (liste accompagnant l'instruction de la DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011). L'organisation au sein des établissements volontaires en 2012 est la suivante :

- dans 35 % des établissements, la réalisation des chirurgies bariatriques se fait par un seul chirurgien. Elles sont réalisées par deux chirurgiens dans 42 % des établissements, par 3 chirurgiens dans 12 % des établissements et par 4 chirurgiens ou plus pour 11 % de ces établissements pratiquant ces chirurgies.
- l'ensemble des chirurgiens participe, dans 56 % des établissements, à un réseau pluridisciplinaire formalisé et spécifique de ce traitement chirurgical.

Concernant l'organisation de la prise en charge (PEC) préopératoire du patient adulte obèse :

- celle-ci est faite uniquement au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'ES dans 25 % des établissements ;
- elle est partagée avec des professionnels extérieurs à l'ES, dans 41 % des établissements dans un cadre formalisé et dans 32 % des établissements sans cadre formalisé ;
- moins de 1 % des établissements déclarent que la PEC dans l'établissement ne correspondait pas aux situations décrites précédemment.

Pour le calcul des indicateurs, l'ES a analysé le dossier de patients opérés. Dans 94 % des établissements, le contenu des dossiers reflète l'organisation mise en place et décrite plus haut. Dans les 6 % des établissements restant, il y a une discordance entre l'organisation théorique et ce que renvoient les éléments du dossier.

Descriptif de la population analysée

La qualité de la prise en charge est évaluée à partir des dossiers de patients opérés pour la première fois pour ce type de maladie.

Les dossiers tirés au sort, communs à tous les indicateurs, correspondent à des patients adultes opérés, entre le 1^{er} janvier au 31 décembre 2012, pour une chirurgie bariatrique initiale⁵. Les données sont donc issues de dossiers de patients opérés : ce ne sont pas des dossiers de candidats à la chirurgie. En effet le PMSI ne permet pas d'identifier les patients pris en charge dans l'objectif d'une chirurgie et n'ayant finalement pas été opérés. Néanmoins en analysant des dossiers de patients opérés qui se doivent d'être complets, le résultat obtenu traduit un niveau de qualité sur certaines étapes clés de la prise en charge préopératoire que le patient soit finalement opéré ou non.

Dans les 132 établissements ayant effectué le recueil, les professionnels médicaux ont participé à l'analyse des dossiers dans 75 % des établissements (informations déclarées sur la plate-forme QUALHAS).

6 545 dossiers de chirurgie initiale ont été analysés par les établissements. Leurs caractéristiques sont les suivantes :

- les femmes représentent en moyenne 80 % des dossiers analysés. L'âge moyen est de 39 ans, près de 60 % des dossiers concernent des patients entre 26 et 45 ans. La durée moyenne de séjour est de 5 jours ;

5. Actes thérapeutiques retenus pour cibler la population attendue (codes CCAM) : HFCA001: Court-circuit [Bypass] gastrique pour obésité morbide, par laparotomie, HFCC003: Court-circuit [Bypass] gastrique pour obésité morbide, par coelioscopie, HFFA001: Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par laparotomie, HFFA011: Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité morbide, par laparotomie, HFFC004: Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie, HFFC018: Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité morbide, par coelioscopie, HFMA009: Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par laparotomie, HFMA010: Gastroplastie verticale calibrée pour obésité morbide, par laparotomie, HFMC006: Gastroplastie verticale calibrée pour obésité morbide, par coelioscopie, HFMC007: Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par coelioscopie, HGCA009: Court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par laparotomie, HGCC027: Court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie.

- parmi ces dossiers, la répartition⁶ des techniques utilisées est la suivante :
 - gastrectomie longitudinale (sleeve) : 55 %,
 - bypass gastrique : 27 %,
 - anneau gastrique : 17 %,
 - dérivation biliopancréatique : 0,2 % (technique réservée au IMC > à 50),
 - gastroplastie verticale : 0,9 % (technique peu réalisée),
- la répartition des actes est identique selon le sexe. La sleeve est la technique la plus utilisée quel que soit l'âge ;
- l'analyse des dossiers montre qu'environ 75 % des établissements participants réalisent 3 techniques.

Calcul et présentation des indicateurs

Le recueil de ces indicateurs est fondé sur l'analyse d'un échantillon aléatoire de 60 dossiers (nombre maximum de dossiers).

Cet échantillon permet le calcul de l'ensemble des indicateurs. Pour chaque indicateur est recherché, dans le dossier, l'ensemble des éléments demandés. Quand l'ensemble des éléments est présent, le dossier est considéré conforme. Le résultat de l'indicateur est le pourcentage de dossiers conformes par rapport aux dossiers inclus.

Un comparatif est possible à l'issue de cette campagne de recueil. N'étant pas exhaustif, il n'exprime pas une comparaison nationale mais apporte des éléments de comparaison par rapport aux établissements intéressés pour améliorer cette pratique. Il est à noter que 2 indicateurs ne font pas l'objet d'une comparaison inter-établissements : celui sur l'information préopératoire du patient (INFO) et celui sur le bilan nutritionnel et vitaminique du patient (NUT). (cf. détails dans la partie spécifique à chaque indicateur).

Dans le rapport, pour chaque indicateur, un tableau présente :

- le nombre d'établissements entrant dans le calcul de l'indicateur ;
- le nombre de dossiers inclus ;
- la moyenne observée pondérée⁷ accompagnée du résultat minimal et maximal obtenu par les établissements volontaires ;
- la répartition des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée de l'indicateur quand une comparaison inter-établissements est possible. Il n'existe pas d'objectif national de performance car il n'est défini que pour les indicateurs soumis à diffusion publique ;
- les éléments manquants dans les dossiers source de non-conformité.

Les moyennes observées sont calculées à partir des établissements volontaires ayant inclus au moins 10 dossiers dans le recueil et pondérées par leur volume d'activité.

Facteurs influençant les résultats des indicateurs

Les facteurs explicatifs testés sont le type d'établissements (spécialisés/partenaires *versus* autre)⁸, l'âge, le sexe, le type d'acte chirurgical réalisé.

L'analyse des facteurs influençant les résultats des indicateurs montre un effet des centres spécialisés et des établissements partenaires, ainsi que le type d'acte envisagé. Les constats sont présentés par indicateur.

Il n'y a pas d'effets de l'âge et du sexe sur les résultats des indicateurs présentés ci-après.

6. Données QUALHAS.

7. Moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement – Cf. [Annexe 1](#) (estimation des références).

8. Du fait de l'organisation de l'offre de soins concernant la chirurgie bariatrique, il n'a pas été jugé pertinent de rechercher les différences entre les établissements privés et publics.

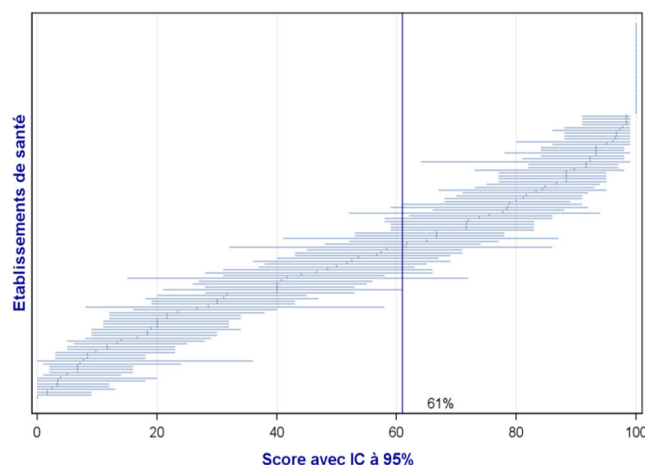
Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire »

1	Fiche descriptive de l'indicateur Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire (COM)
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation d'un bilan des 3 principales comorbidités avant l'intervention chirurgicale.
Numérateur	Nombre de dossiers dans lesquels sont retrouvées les conclusions des évaluations préopératoires des 3 comorbidités suivantes, évaluations réalisées en vue de poser l'indication chirurgicale et afin que les comorbidités dépistées soient prises en charge avant la chirurgie : • hypertension artérielle (HTA) ; • diabète ; • syndrome des apnées hypopnées obstructives du sommeil.
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus.
Critère d'exclusion	-
Comparaison inter-établissement	Oui
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations	Les recommandations indiquent que : « Avant chirurgie de l'obésité, il est recommandé : • d'évaluer et de prendre en charge les comorbidités cardiovasculaires ou métaboliques, notamment HTA, diabète de type 2, dyslipidémie (grade B) ; • de rechercher et prendre en charge un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (grade C) ».

Résultats

Tableau 1 et Graphique 2. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2013 - données 2012 – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires⁹

Campagne 2013 - données 2012	
Nbre d'ES	132
Nbre total de dossiers	6 545
Moyenne observée pondérée ¹⁰	61 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Ils se répartissent de la manière suivante :

- la conclusion concernant l'évaluation préopératoire de l'HTA est absente dans 22 % des dossiers ;
- la conclusion concernant l'évaluation préopératoire du diabète est absente dans 27 % des dossiers ;
- la conclusion concernant l'évaluation préopératoire du syndrome des apnées-hypopnées obstructives du sommeil est absente dans 23 % des dossiers.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 2. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée (Cf. annexe 1)

Campagne 2013 - données 2012 % d'ES (nombre)			
Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire (COM)	49 %* (65)	19 % (25)	32 % (42)

* Lire : 49 % des établissements volontaires ont une moyenne supérieure à la moyenne.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire »

- Le taux moyen de la traçabilité des conclusions du bilan des comorbidités est de 61 %. Autrement dit, près de 3 patients sur 5 ont eu une évaluation des 3 comorbidités nécessaire pour poser l'indication chirurgicale.
- Lorsque la chirurgie réalisée est une pose d'anneau gastrique, le bilan des comorbidités n'est complet que dans 50 % des cas, alors qu'il l'est dans 67 % des cas lors d'un *By-pass* et d'une gastrectomie longitudinale (cf. annexe).
- Près d'1 établissement sur 2 a un résultat supérieur à la moyenne (cf. tableau des positionnements). Néanmoins la variabilité des résultats entre les établissements est importante : un quart des établissements ont un résultat supérieur à 98 %, la moitié se situe entre 22 % et 98 %, et le dernier quart des établissements a un résultat inférieur à 22 %. (cf. graphique de variabilité).
- Les établissements spécialisés/partenaires ont un résultat moyen meilleur pour cet indicateur que les autres établissements : 67 % versus 57 %.

9. Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne observée pondérée.

10. Moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement – Cf. Annexe 1 (estimation des références).

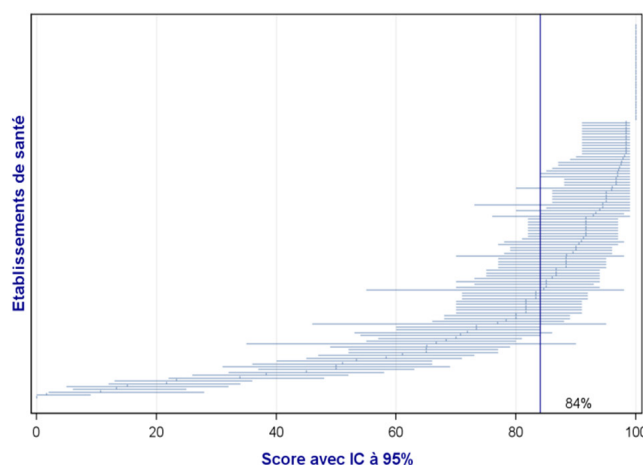
Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire »

2	Fiche descriptive de l'indicateur Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire (ENDO)
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation en préopératoire d'une endoscopie œsogastroduodénale, et, quand la technique bypass est envisagée, la recherche d' <i>Helicobacter pylori</i> (HP) et du contrôle de l'éradication en cas d'HP+.
Numérateur	Nombre de dossiers dans lesquels sont retrouvées, les traces : • d'une endoscopie œsogastroduodénale préopératoire ; • et quand la technique bypass est envisagée : • de la recherche d'<i>Helicobacter pylori</i>, • et du contrôle de son éradication en cas de positivité.
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus.
Critère d'exclusion	-
Comparaison inter-établissement	Oui
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations	Les recommandations indiquent que : « avant toute intervention de chirurgie de l'obésité, il est recommandé de réaliser une endoscopie œsogastroduodénale afin de dépister et traiter une infection à <i>Helicobacter pylori</i> (HP) et de rechercher une autre pathologie digestive associée (ex. : hernie hiatale importante, ulcère, gastrite, etc.) pouvant contre-indiquer certaines procédures ou nécessitant d'être prise en charge avant chirurgie (accord professionnel). Avant chirurgie excluant l'estomac, la réalisation de biopsies systématiques est recommandée à la recherche de lésions préneoplasiques, quelle qu'en soit l'étiologie (infection à HP ou autre) (accord professionnel). La constatation d'une infection à HP nécessite son traitement et le contrôle de son éradication avant chirurgie (accord professionnel). »

Résultats

Tableau 3 et Graphique 3. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2013 - données 2012 – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires

Campagne 2013 - données 2012	
Nbre d'ES	132
Nbre total de dossiers	6 545
Moyenne observée pondérée	84 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Ils se répartissent de la manière suivante :

- Quel que soit le type de chirurgie, le résultat de l'endoscopie est manquant dans 11 % des dossiers.
- Les dossiers de patients opérés par la technique du bypass gastrique représentent 27 % de dossiers analysés. Pour ces derniers, la trace de la recherche d'*Helicobacter pylori* est manquante dans 16 % des cas. Quand la recherche a été faite, le résultat n'est pas retrouvé dans 7 % des dossiers.
- 18 % des patients étaient positifs au test d'HP : la trace du contrôle de l'éradication est manquante dans 28 % des dossiers.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 4. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée (Cf. annexe 1)

Campagne 2013 - données 2012 % d'ES (nombre)			
Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire (ENDO)	46 %* (61)	38 % (50)	16 % (21)

* Lire : 46 % des établissements volontaires ont une moyenne supérieure à la moyenne.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire »

- Le taux moyen de la traçabilité du bilan endoscopique est de 84 %. Autrement dit, près de 4 patients sur 5 ont un bilan endoscopique complet en rapport avec la technique chirurgicale envisagée. Ceci est considéré comme un bon résultat.
- Lorsque la pose d'anneau gastrique ou la sleeve est envisagée, le résultat de l'endoscopie est retrouvé dans 87 % des cas. Pour un bypass gastrique, le bilan endoscopique nécessite des explorations complémentaires relatives à la possible présence d'HP. Les résultats montrent qu'il n'est complet que dans 73 % des cas. Ceci s'explique par l'absence de la recherche d'*Helicobacter pylori* et/ou le contrôle de son éradication (cf. annexe), le résultat de l'endoscopie étant retrouvé dans 91 % des dossiers.
- Près d'un établissement sur 2 a un résultat supérieur à la moyenne (cf. tableau des positionnements). La disparité entre les établissements est importante : trois quarts des ES ont un résultat supérieur à 82 %, et un quart d'entre eux a des résultats entre 0 % et 82 % (cf. graphique de variabilité).
- Les établissements spécialisés/partenaires ont un résultat moyen similaire aux autres établissements : 87 % versus 82 %.

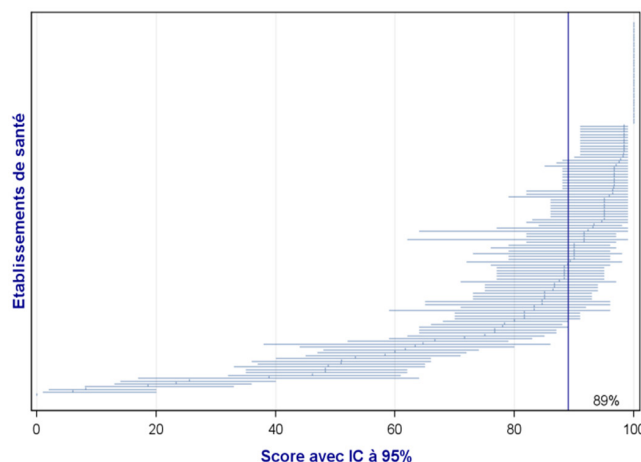
Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire »

3	Fiche descriptive de l'indicateur Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire (PSY)
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue l'évaluation psychologique/psychiatrique préopératoire tracée dans le dossier sous la forme d'une conclusion comportant notamment celle sur les contre-indications psychiatriques.
Numérateur	Nombre de dossiers dans lesquels sont retrouvées les conclusions de l'évaluation psychologique/psychiatrique du patient antérieure à l'intervention, comportant notamment celle sur les contre-indications psychiatriques.
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus.
Critère d'exclusion	-
Comparaison inter-établissement	Oui
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations	Les recommandations indiquent que : « L'évaluation psychologique et psychiatrique préopératoire doit concerner tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique. Elle doit permettre (grade C) : • d'identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie (troubles mentaux sévères, comportements d'addiction, etc.) ; • d'évaluer la motivation du patient, sa capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et à participer à un programme de suivi postopératoire à long terme ; • d'évaluer les déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité ; • d'évaluer les connaissances du patient (en matière d'obésité et de chirurgie). Le patient doit avoir les ressources intellectuelles et les connaissances suffisantes pour fournir un consentement éclairé ; • d'évaluer la qualité de vie ; • de déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien socio-familial ; • de proposer des prises en charge adaptées avant chirurgie et d'orienter le suivi en postopératoire. Cette évaluation doit être menée par un psychiatre ou un psychologue, membre de l'équipe pluridisciplinaire. Si une prise en charge psychothérapeutique avant l'intervention est nécessaire, elle peut être réalisée par un psychiatre ou un psychologue non membre de l'équipe pluridisciplinaire mais en concertation avec celle-ci (accord professionnel). »

Résultats

Tableau 5 et Graphique 4. Indicateur « Évaluation psychologique / psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2013 - données 2012 – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires

Campagne 2013 - données 2012	
Nbre d'ES	132
Nbre total de dossiers	6 545
Moyenne observée pondérée	89 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Ils se répartissent de la manière suivante :

- l'évaluation psychiatrique préopératoire est absente dans 10 % des dossiers.
- quand l'évaluation est présente, elle ne contient pas de conclusion sur la présence ou non d'une contre-indication dans 4 % des dossiers.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 6. Indicateur « Évaluation psychologique / psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée (Cf. annexe 1)

Campagne 2013 - données 2012 % d'ES (nombre)			
Évaluation psychologique/ psychiatrique lors de la phase d'évaluation (PSY)	36 %* (48)	45 % (59)	19 % (25)

* Lire : 36 % des établissements volontaires ont une moyenne supérieure à la moyenne.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire »

- Le taux moyen de la traçabilité de l'évaluation psychologique/psychiatrique est de 89 %. Autrement dit, près 9 patients sur 10 ont bénéficié d'une évaluation psychologique/psychiatrique recherchant les contre-indications. Ceci constitue un très bon résultat.
- Ce résultat est le même quel que soit le type d'intervention (cf. annexe).
- Près de 8 établissements sur 10 ont atteint ou dépassé la moyenne (cf. tableau des positionnements). Néanmoins la disparité entre les établissements persiste : 3 quarts des ES ont un résultat compris entre 88 % et 100 %. Pour 1 quart d'entre eux, leurs résultats varient de 0 % à 88 %. (cf. graphique de variabilité).
- Les établissements spécialisés/partenaires ont un résultat moyen supérieur à celui des autres établissements : 94 % *versus* 86 %.

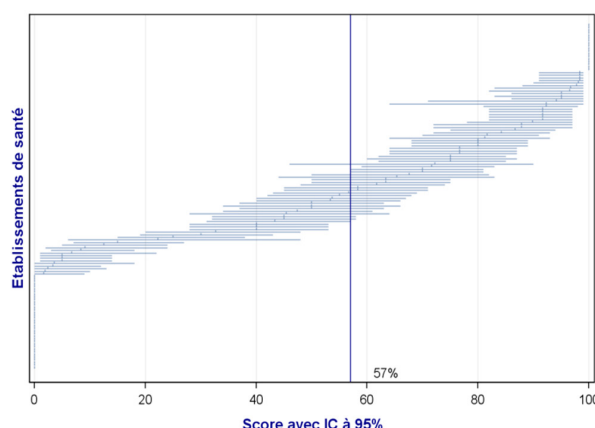
Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 »

4	Fiche descriptive de l'indicateur Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire : 2 niveaux (RCP-OBE)
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue l'élaboration de la stratégie de prise en charge dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire organisée conformément aux recommandations. Indicateur à 2 niveaux d'exigence croissante.
Numérateur	Niveau 1 Nombre de dossiers dans lesquels est retrouvée la trace d'une concertation datée, comprenant l'identité du patient ainsi que la stratégie de prise en charge proposée.
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus.
Critère d'exclusion	-
Comparaison inter-établissement	Oui
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations	Les recommandations indiquent que : « La prise en charge des patients en vue d'une intervention de chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant et éventuellement avec les associations de patients. Ces équipes sont constituées au minimum d'un chirurgien, d'un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste), d'une diététicienne, d'un psychiatre ou d'un psychologue et d'un anesthésiste-réanimateur... (accord professionnel). » « La décision d'intervention doit être prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire. Il est recommandé que la concertation ait lieu au cours d'une réunion physique. Néanmoins, en cas d'impossibilité d'une réunion physique (par exemple en cas d'éloignement géographique des intervenants, etc.), d'autres modalités de concertation sont possibles (échanges par téléphone, visioconférence, Internet, etc.). Il est également souhaitable de demander l'avis du médecin traitant du patient. Les conclusions de la concertation pluridisciplinaire [...] doivent être transcrites dans le dossier du patient (accord professionnel). » L'instruction n° DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du PNNS et du PO par les ARS précise : « Les indications opératoires sont prises dans le cadre des réunions de RCP... La traçabilité est assurée par un compte rendu pour chaque RCP. »

Résultats

Tableau 7 et Graphique 5. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Campagne 2013 - données 2012 – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires

Campagne 2013 - données 2012	
Nbre d'ES	132
Nbre total de dossiers	6 545
Moyenne observée pondérée	57 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Ils se répartissent de la manière suivante :

- la RCP n'est pas tracée dans 37% des dossiers ;
- 13 % présentent une trace incomplète pour le niveau 1 :
 - date de la concertation manquante : 15 %,
 - identité du patient manquante : 1 %,
 - stratégie de prise en charge manquante : 8 %.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 8. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée (Cf. annexe 1)

Campagne 2013 - données 2012 % d'ES (nombre)			
Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 (RCP-OBE1)	41 %* (54)	17 % (22)	42 % (56)

* Lire : 41 % des établissements volontaires ont une moyenne supérieure à la moyenne.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 »

- Le taux moyen de la traçabilité de niveau 1 de la décision prise en concertation pluridisciplinaire est de 57 %. Autrement dit, moins de 3 patients sur 5 ont leur cas discuté en RCP et leur dossier contenant une information permettant un minimum de coordination. Ceci constitue un résultat faible.
- Il est à souligner que 37 % des dossiers ne contiennent aucune discussion en concertation pluridisciplinaire (soit 2 dossiers sur 5). Le passage en RCP et sa traçabilité de niveau 1 sont réalisés dans seulement 49 % des cas quand la pose d'un anneau gastrique est envisagée, dans 50 % pour une sleeve. Il est de 53 % lors d'un bypass (cf. annexe).
- Seul 2 établissements sur 5 ont un résultat supérieur à la faible moyenne (cf. tableau des positionnements). La variabilité des résultats entre les établissements est très importante. À l'exception d'un quart des ES dont les résultats se situent au-dessus de 98 %, le reste des ES ont un résultat très hétérogène : la moitié d'entre eux ont un résultat entre 0 % et 72 % (cf. graphique de variabilité).
- Les établissements spécialisés/partenaires ont un résultat moyen nettement supérieur aux autres établissements : 71 % versus 47 %. Cette différence est principalement due à la trace de la RCP retrouvée dans 81 % des dossiers des établissements spécialisés/partenaires contre seulement 55 % dans les autres établissements.

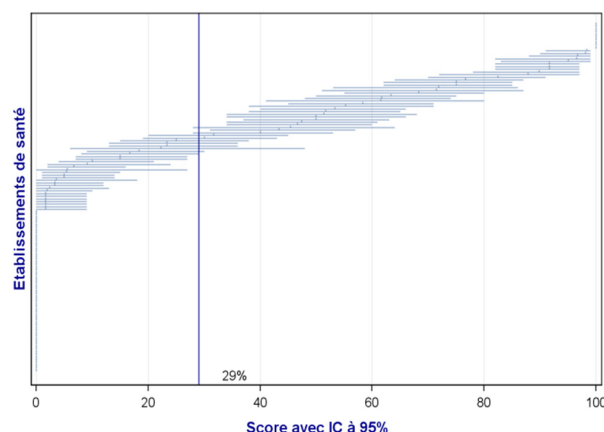
Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 2 »

4	Fiche descriptive de l'indicateur Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire : 2 niveaux (RCP-OBE)
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue l'élaboration de la stratégie de prise en charge dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire (RCP) organisée conformément aux recommandations. Indicateur à 2 niveaux d'exigence croissante.
Numérateur	Niveau 2 Nombre de dossiers conformes au niveau 1 et précisant en plus les noms et les spécialités des personnes participant à la RCP.
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus.
Critère d'exclusion	-
Comparaison inter-établissement	Oui
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations	Les recommandations indiquent que : « La prise en charge des patients en vue d'une intervention de chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant et éventuellement avec les associations de patients. Ces équipes sont constituées au minimum d'un chirurgien, d'un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste), d'une diététicienne, d'un psychiatre ou d'un psychologue et d'un anesthésiste-réanimateur... (accord professionnel). » « La décision d'intervention doit être prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire. Il est recommandé que la concertation ait lieu au cours d'une réunion physique. Néanmoins, en cas d'impossibilité d'une réunion physique (par exemple en cas d'éloignement géographique des intervenants, etc.), d'autres modalités de concertation sont possibles (échanges par téléphone, visioconférence, Internet, etc.). Il est également souhaitable de demander l'avis du médecin traitant du patient. Les conclusions de la concertation pluridisciplinaire [...] doivent être transcrites dans le dossier du patient (accord professionnel). »

Résultats

Tableau 9 et Graphique 6. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Campagne 2013 - données 2012 – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires

Campagne 2013 - données 2012	
Nbre d'ES	132
Nbre total de dossiers	6 545
Moyenne observée pondérée	29 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Ils se répartissent de la manière suivante :

- la RCP n'est pas tracée dans 37% des dossiers ;
- 33 % présentent une trace incomplète pour le niveau 2 :
 - date de la concertation manquante : 15 %,
 - identité du patient manquante : 1 %,
 - stratégie de prise en charge manquante : 8 %,
 - nom des participants manquant : 33 %,
 - spécialité des participants manquante : 46 %.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 10. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée (Cf. annexe 1)

Campagne 2013 - données 2012 % d'ES (nombre)			
Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 2 (RCP-OBE2)	30 %* (40)	8 % (10)	62 % (82)

* Lire : 30 % des établissements volontaires ont une moyenne supérieure à la moyenne.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 2 »

- Le taux moyen de la traçabilité de niveau 2 de la décision prise en concertation pluridisciplinaire, plus exigeante quant aux éléments composant le compte-rendu de la RCP, est de 29 %. Autrement dit, moins d'un patient sur 3 a son cas discuté en RCP et son dossier contenant une information permettant la coordination autour du patient. Ceci constitue un résultat très faible et attendu du fait de l'exigence accrue de traçabilité.
- Les résultats de cet indicateur sont faibles quel que soit le type d'intervention (cf. annexe).
- La variabilité inter-établissements se répartit de manière différente par rapport au premier niveau d'exigence (cf. graphique de variabilité) : la moitié des établissements présentent un résultat inférieur à 10 %. Un quart des établissements ont un résultat variant entre 10 % et 53 % et un quart présente un résultat variant entre 53 % et 100 %.
- Il n'y a plus de différences entre les établissements spécialisés/partenaires et les autres établissements : 28 % *versus* 30 %.

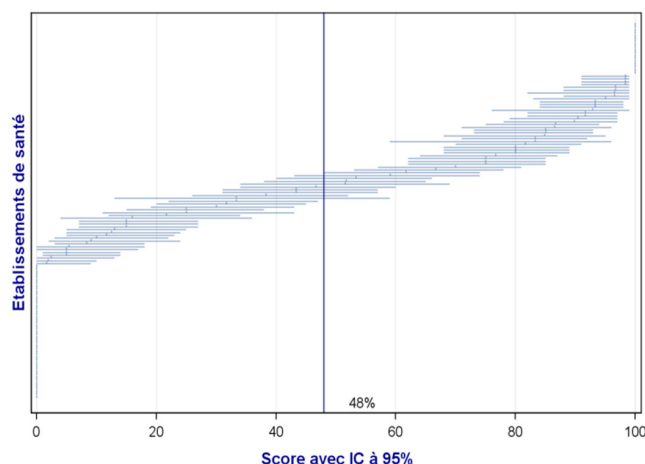
Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant »

5	Fiche descriptive de l'indicateur Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant (RCP-MED)
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la communication au médecin traitant de la stratégie de prise en charge, décidée lors de la concertation pluridisciplinaire (RCP).
Numérateur	Nombre de dossiers dans lesquels est retrouvée la trace de la communication au médecin traitant de la stratégie de prise en charge décidée en concertation pluridisciplinaire.
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus.
Critère d'exclusion	-
Comparaison inter-établissement	Oui
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations	Les recommandations indiquent que : « Les conclusions de la concertation pluridisciplinaire doivent être communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant ; elles doivent être transcrites dans le dossier du patient (accord professionnel). »

Résultats

Tableau 11 et Graphique 7. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Campagne 2013 - données 2012 – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires

Campagne 2013 - données 2012	
Nbre d'ES	132
Nbre total de dossiers	6 545
Moyenne observée pondérée	48 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Ils se répartissent de la manière suivante :

- la RCP n'est pas tracée dans 37 % des dossiers ;
- la RCP est présente dans le dossier mais elle n'est pas communiquée au médecin traitant dans 20 % des dossiers.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 12. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée (Cf. annexe 1)

Campagne 2013 - données 2012 % d'ES (nombre)			
Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant (RCP-MED)	39 %* (52)	8 % (10)	53 % (70)

* Lire : 39 % des établissements volontaires ont une moyenne supérieure à la moyenne.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant »

- Le taux moyen de la traçabilité de la communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant est de 48 %. Autrement dit, près d'un patient sur 2 a son médecin traitant informé de la stratégie décidée. Ceci constitue un résultat moyen.
- Du fait de l'absence de compte-rendu de la RCP, la coordination avec l'aval est inexistante pour 37 % des patients. 20 % des décisions prises en RCP n'ont pas été transmises.
- Le résultat de cet indicateur n'est que de 37 % quand la pose d'anneau gastrique est envisagée. Il est, respectivement, de 48 % et 43 % pour un bypass gastrique et une sleeve (cf. annexe).
- Près de 2 établissements sur 5 ont un résultat supérieur à la moyenne, et la disparité des résultats entre les établissements est grande (cf. graphique de variabilité). Un quart des ES ont un résultat à 0 %, la moitié est très hétérogène avec un résultat entre 0 % et 92 %. Le dernier quart des ES présente un résultat au-dessus de 92 %.
- Les établissements spécialisés/partenaires ont un résultat moyen nettement supérieur aux autres établissements pour cet indicateur: 62 % *versus* 39 %.

Indicateur « Information préopératoire minimale du patient »

6	Fiche descriptive de l'indicateur Information préopératoire minimale du patient (INFO)
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue l'information minimale délivrée au patient au cours de la phase préopératoire.
Numérateur	Nombre de dossiers dans lesquels est retrouvée une trace de l'information préopératoire, précisant les bénéfices attendus, les risques et contraintes de la chirurgie, la nécessité de modifier son comportement alimentaire et le suivi post-opératoire.
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus.
Critère d'exclusion	-
Comparaison inter-établissement	Non
Type d'indicateur	• Indicateur de processus. • Ajustement sur le risque : non.
Recommandations	Les recommandations indiquent que : « La chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires (accord professionnel), chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes : • (...) patients bien informés au préalable (accord professionnel). » « L'information du patient doit porter sur (accord professionnel) : • les risques de l'obésité ; • les différents moyens de prise en charge de l'obésité ; • les différentes techniques chirurgicales (...) ; • les limites de la chirurgie (notamment en termes de perte de poids) ; • les bénéfices et inconvénients de la chirurgie sur la vie quotidienne, les relations sociales et familiales ; • la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention ; • la nécessité d'un suivi médical et chirurgical la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives ; (...). Il est recommandé de fournir au patient une information écrite en plus d'une information orale. Il est nécessaire de s'assurer que le patient a bien compris cette information. L'information initiale doit être réitérée et complétée autant que de besoin avant et après l'intervention (accord professionnel) ».

Résultats

Tableau 13. Indicateur « Information préopératoire minimale du patient » – Campagne 2013 - données 2012 – Statistiques descriptives concernant les établissements volontaires

Campagne 2013 - données 2012	
Nbre d'ES	132
Nbre total de dossiers	6 545
Moyenne observée pondérée	66 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %

Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Ils se répartissent de la manière suivante :

- la trace de l'information au patient est manquante dans 10 % des dossiers.
- l'information délivrée mais est incomplète dans 30 % des dossiers :
 - bénéfices attendus manquants : 13 % ;
 - risques et contraintes de la chirurgie manquants : 6 % ;
 - nécessité de modifier son comportement alimentaire et son mode de vie avant et après l'intervention manquante : 24 % ;
 - information sur le suivi postopératoire manquante : 20 %.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Information préopératoire minimale du patient »

Le taux moyen de la traçabilité de l'information préopératoire minimale du patient est de 66 %. Autrement dit, près de 7 patients sur 10 reçoivent une information comportant les éléments importants pour la réussite à long terme de ce type de chirurgie. Seulement 10 % des dossiers ne contiennent pas de trace d'information du patient.

Absence de comparaison inter-établissements pour l'indicateur « Information préopératoire minimale du patient »

- L'information préopératoire du patient sur les effets et les contraintes de ce type de chirurgie est un enjeu majeur de la réussite postopératoire à long terme. Elle peut revêtir différentes formes suivant les professionnels et les organisations (assurée par le chirurgien uniquement ou par l'équipe pluridisciplinaire, en une fois ou au cours du temps, réitérée au cours de la prise en charge préopératoire, sous forme d'une remise ou non de documents...). L'ensemble des informations demandées pour cet indicateur n'est pas toujours délivré par la même personne ni rassemblées sur un même support, la traçabilité de l'information délivrée au patient en est impactée.
- La construction de l'indicateur ne permet donc pas pour le moment la comparaison inter-établissements.
- Du fait de son rôle majeur dans la prise en charge préopératoire et dans un souci de cohérence d'ensemble de ces indicateurs de cette phase préopératoire, l'indicateur a été conservé sans production de comparaison afin que les établissements puissent le suivre en interne.

Indicateur « Bilan nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire »

7	Fiche descriptive de l'indicateur Bilan nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire (NUT)
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation du bilan biologique nutritionnel et vitaminique en phase préopératoire.
Numérateur	Nombre de dossiers dans lesquels est retrouvée la trace d'un bilan nutritionnel et vitaminique précédant l'intervention.
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus.
Critère d'exclusion	-
Comparaison inter-établissement	Non
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations	Les recommandations indiquent que : « Avant la chirurgie de l'obésité, il est recommandé de préciser le statut nutritionnel et vitaminique des patients : dosages d'albumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, vitamine B1, B9, B12. Des dosages supplémentaires pourront être réalisés en cas de point d'appel clinique ou biologique (grade C). En cas de déficit, ceux-ci devront être corrigés avant l'intervention et des facteurs favorisants recherchés (accord professionnel). »

Résultats

Tableau 14. Indicateur « Bilan nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase préopératoire » – Campagne 2013 - données 2012 – Statistiques descriptives concernant les établissements volontaires

Campagne 2013 - données 2012	
Nbre d'ES	132
Nbre total de dossiers	6 545
Moyenne observée pondérée	74 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %

Plusieurs éléments composent l'indicateur et sont sources de non-conformité. Ils se répartissent de la manière suivante :

- seul le bilan nutritionnel préopératoire est manquant : 1 % ;
- seul le bilan vitaminique préopératoire est manquant : 11 % ;
- les 2 bilans sont manquants : 14 %.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Bilan nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire »

Le taux moyen de la traçabilité de l'information préopératoire minimale du patient est de 74 %. Autrement dit, plus de 7 patients sur 10 bénéficient de ces bilans. 14 % des dossiers ne contiennent aucune trace de bilan.

Absence de comparaison inter-établissements pour l'indicateur « Bilan nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire »

- Le bilan biologique nutritionnel et vitaminique peut être réalisé par différentes personnes au cours de la prise en charge préopératoire. Son exhaustivité est importante pour une prise en charge de qualité, néanmoins pour des raisons de coûts, certains dosages ne sont pas réalisés car non remboursés par l'assurance maladie.
- Afin de soutenir la réalisation de ces bilans dans la phase préopératoire et conserver une cohérence d'ensemble dans le groupe d'indicateurs, il a été décidé que les établissements recueilleraient cet indicateur dans sa forme simplifiée (uniquement la présence des bilans ou des conclusions) afin de pouvoir le suivre en interne.

Bilan et perspectives

Dans le cadre d'une politique d'amélioration de l'état général des français porté par le Programme National Nutrition Santé et renforcé par le Plan Obésité, des mesures concernant la prise en charge des patients souffrant d'obésité sont mises en place¹¹, notamment dans l'organisation de l'offre de soins pour les patients atteints d'obésité sévère. Intervenant en seconde intention, le traitement chirurgical doit se concevoir dans la continuité de la prise en charge globale, dans un parcours de soins coordonné avec un suivi avant et après. Les recommandations de la HAS de 2009 définissent entre autre ce que doit être une bonne prise en charge préopératoire et postopératoire.

Cette première campagne de recueil des indicateurs du thème de la « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire », pilotée par la HAS, a permis aux professionnels participants impliqués dans cette prise en charge chirurgicale de dresser un état des lieux de leur pratique concernant le bilan multidisciplinaire minimum attendu pour poser l'indication chirurgicale. Ces indicateurs s'intéressent aux éléments *minima* nécessaires à une prise en charge de qualité, sans entrer dans les détails pour certains.

Démarche volontaire, cet ensemble d'indicateurs a intéressé plus du quart des établissements participant à cette prise en charge chirurgicale : l'activité de ces établissements représente la moitié des actes réalisés en France. Les contraintes techniques de la plateforme QUALHAS (utilisation du Finess, du PMSI) ne permettent pas de comparer directement les organisations structurées en réseau. Néanmoins ces organisations peuvent travailler à partir des résultats des établissements et valoriser le travail mené sur le territoire. Comme pour les autres thèmes, les établissements ont la possibilité de compléter ou de réaliser l'analyse de dossiers dans la partie hors-protocole disponible sur QUALHAS, outil destiné uniquement aux professionnels des établissements leur permettant d'évaluer leur pratique en dehors de période officielle d'ouverture.

Les résultats issus de l'analyse de dossiers de 2012 permettent de poser les constats suivants :

► Le taux de participation des établissements est satisfaisant

Près d'un quart des établissements de santé réalisant ce type de chirurgie ont recueilli volontairement ces indicateurs. Il est à noter que ces établissements réalisent en volume près de la moitié des actes de cette chirurgie en France. 6 545 dossiers ont pu être analysés. Les professionnels médicaux ont participé à l'analyse des dossiers dans 75 % des établissements.

► La pertinence des indicateurs de qualité et de sécurité des soins proposée pour l'amélioration de la qualité de la phase préopératoire est confirmée.

- La variabilité inter-établissements des résultats est présente pour chacun des indicateurs mais de manière beaucoup plus marquée pour certains. Les résultats montrent une marge d'amélioration réelle.
- Près de 3 patients sur 5 ont reçu les informations minimales primordiales à la réussite à long terme de ce type de chirurgie.
- Le bilan complet des principales comorbidités n'est réalisé que pour près de 3 patients sur 5.
- Le bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient est réalisé lors de la phase préopératoire pour 7 patients sur 10.
- Le bilan endoscopique est réalisé pour près de 4 patients sur 5.
- L'évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire est faite pour près de 9 patients sur 10 mais la variabilité inter-établissements est importante.

11. Voir l'instruction de la DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011.

- La stratégie chirurgicale n'est pas discutée en concertation pluridisciplinaire pour près de 2 patients sur 5. Quand elle est réalisée, sa traçabilité permettant une coordination de qualité entre les professionnels est correcte pour près de 3 patients sur 10. Les patients bénéficiant d'une RCP communiquée au médecin traitant pour une prise en charge coordonnée ne sont que de 1 sur 2.

Ces résultats soulignent que des marges d'amélioration existent.

► Le type de chirurgie influencerait la complétude de la prise en charge préopératoire

Les recommandations pour la prise en charge préopératoire minimale et les éléments constituant les indicateurs s'appliquent à tous les types d'actes. Pourtant l'analyse par type de chirurgie montre des différences de pratiques : des éléments composant la prise en charge sont plus souvent manquants quand l'intervention envisagée est une pose d'anneau gastrique, technique moins invasive que les autres, mais nécessitant comme pour les autres une préparation optimale du patient.

► Les résultats des établissements spécialisés/partenaires sont meilleurs que ceux des autres établissements

Les établissements spécialisés/partenaires obtiennent des résultats nettement supérieurs aux autres pour la majorité des indicateurs :

- pour l'indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire », les établissements spécialisés/partenaires ont un résultat moyen meilleur que les autres établissements : 67 % *versus* 57 %.
- pour l'indicateur « Évaluation psychologique/ psychiatrique lors de la phase d'évaluation pré-opératoire », leur résultat moyen est de 94 % *versus* 86 %.
- pour l'indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 », ils obtiennent un résultat moyen nettement supérieur aux autres établissements : 71 % *versus* 47 %. En revanche, il n'y a plus de différence pour le niveau 2 d'exigence supérieure.
- pour la « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant », leur résultat moyen est de 62 % *versus* 39 %.

Seul l'indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » ne présente pas de différence entre ces deux grands types d'établissements.

► La pertinence clinique des indicateurs est attestée

La participation des établissements et des professionnels confirme l'intérêt de ces indicateurs. Les résultats montrant une grande hétérogénéité des pratiques entre établissements, et les variables explicatives identifiées (technique chirurgicale, type d'établissement) soutiennent l'importance du suivi de ces indicateurs.

► Des axes d'amélioration ont été identifiés

- La prise en charge préopératoire décrite dans les recommandations doit être mise en œuvre quelle que soit la technique chirurgicale envisagée.
- L'information du patient doit être renforcée afin de permettre une réussite à long terme de ce type de chirurgie.
- La discussion des dossiers de patients en réunion de concertation pluridisciplinaire doit être systématisée.

Afin de soutenir la diffusion et l'ancrage de ces indicateurs au sein des établissements, le thème n'est pas entré dans le cycle de recueil biennal habituel des IQSS. Il a été à nouveau mis à disposition des établissements de juillet à décembre 2014.

Table des illustrations

Graphique 1. Moyennes observées des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale »	5
Tableau 1 et Graphique 2. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires	13
Tableau 2. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée	13
Tableau 3 et Graphique 3. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires	15
Tableau 4. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée	15
Tableau 5 et Graphique 4. Indicateur « Évaluation psychologique / psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires	17
Tableau 6. Indicateur « Évaluation psychologique / psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée	17
Tableau 7 et Graphique 5. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires	19
Tableau 8. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée	19
Tableau 9 et Graphique 6. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires	21
Tableau 10. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée	21
Tableau 11 et Graphique 7. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires	23
Tableau 12. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée pondérée	23
Tableau 13. Indicateur « Information préopératoire minimale du patient » – Statistiques descriptives concernant les établissements volontaires	25
Tableau 14. Indicateur « Bilan nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase préopératoire » – Statistiques descriptives concernant les établissements volontaires	27
Tableau 15. Répartition en pourcentage des actes selon l'âge et le genre	34
Tableau 16. Indicateurs de la phase préopératoire et technique chirurgicale utilisée	34
Tableau 17. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Moyennes des établissements volontaires par région	35
Tableau 18. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Moyennes des établissements volontaires par région	36
Tableau 19. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Moyennes des établissements volontaires par région	37
Tableau 20. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire - niveau 1 » – Moyennes des établissements volontaires par région	38
Tableau 21. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire - niveau 2 » – Moyennes des établissements volontaires par région	39
Tableau 22. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Moyennes des établissements volontaires par région	40

Annexe I. Méthodes appliquées pour le recueil et l'analyse des indicateurs nationaux

Le « Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plateforme QUALHAS - Campagne nationale IPAQSS 2013 », disponible sur le site de la HAS, précise les méthodes statistiques utilisées pour la production des résultats comparatifs.

► Recueil et restitution des données

Chaque année, la HAS organise une campagne nationale de recueil d'indicateurs. Pour chaque campagne, plusieurs thématiques sont concernées, et peuvent être transversales ou de spécialité, en alternance une année sur deux. Chaque thème est lui-même composé d'un ou de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

Outils

Le recueil des données se fait via l'utilisation d'outils informatiques développés par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Ils permettent à la fois le recueil et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement de santé (ES) et se composent de :

- LOTAS : logiciel de tirage au sort des séjours analysés qui servent au calcul des indicateurs - les spécifications du logiciel sont construits à partir des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) ;
- QUALHAS : plate-forme Internet sécurisée à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux ES des résultats individuels dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs.

Plusieurs niveaux de validation sont prévus par le système et permettent un contrôle *a priori* des données saisies : identification des opérateurs de saisie au sein des ES, étape de « verrouillage » qui donne accès à la lecture des résultats individuels, et enfin étape de « validation » qui rend impossible toute modification ultérieure des données saisies.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil QUALHAS et ont été saisies par les établissements.

Modalités de recueil

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge coordonnée d'un patient et la continuité des soins. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge du patient. Le contenu du dossier patient est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Ce dossier contient des informations de différents types : compte-rendu d'hospitalisation, observations médicales, feuilles de soins, prescriptions, résultats des examens, etc.

La sélection des séjours (dossiers) à évaluer est réalisée par tirage au sort à partir des bases nationales de séjours hospitaliers issus du PMSI pour les différents champs d'activité : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR), santé mentale (PSY) et hospitalisation à domicile (HAD), sur une période donnée et avec des critères de sélection spécifiques pour chaque recueil d'IQSS.

Le recueil des IQSS, réalisé par l'ES, consiste en un audit rétrospectif portant sur un échantillon aléatoire de séjours (dossiers) :

- soit sur l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs de spécialités ;
- soit sur une période de l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs transversaux.

Selon les thèmes, 60 ou 80 séjours maximum doivent être analysés par ES.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et une précision statistique suffisante de l'indicateur estimé à partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

- soit sous la forme d'un score de qualité, constitué de plusieurs critères, compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des critères calculés pour chaque dossier de l'échantillon ($\times 100$) [exemple : Tenue du dossier patient (TDP)] ;
- soit sous la forme de proportions ou pourcentages ou taux pour les variables binaires [exemple : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)] ;
- soit sous la forme d'une médiane de durée pour les délais [exemple : Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale en heures pour la prise en charge initiale des AVC (IMA)].

► Méthodes de comparaison

Estimation des références

Deux types de mesure de valeurs centrales sont produites comme référence :

- une moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par ES (total des séjours comptabilisés dans le PMSI sur la période considérée). Chaque ES se voit ainsi attribuer un poids en fonction de son activité sur la période considérée : plus son activité est importante, plus son poids sera important et il participera donc d'autant plus au calcul de la moyenne.

Pour les indicateurs de type score, un seuil minimum de 31 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient pris en compte dans les résultats comparatifs.

Pour les indicateurs de type proportion, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient intégrés dans les comparatifs ;

- une médiane corrigée pour les indicateurs de type délai. Les délais aberrants statistiquement (délais strictement supérieurs à une borne) sont supprimés du calcul de la référence pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse. Pour les indicateurs de type délai, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer a été retenu pour que les résultats de l'ES soient intégrés dans la comparaison inter-ES.

Pour plus de précisions sur l'estimation des références, cf. Guide méthodologique.

Types de référence

La plate-forme QUALHAS permet à chaque ES de se comparer à quatre types de références.

- Trois références dans l'espace :
 - une « **référence nationale** » ;
 - une « **référence régionale** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur région ;
 - une « **référence par catégorie d'ES** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.
- Un « **objectif national de performance** » a été défini dès 2009 par le Ministère chargé de la santé comme seuil à atteindre par les ES. Chaque année, une instruction DGOS relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par les ES, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, redéfinit la liste des indicateurs et les objectifs nationaux de performance correspondants.

► Méthodes de présentation des résultats

Deux présentations sont proposées. Les ES sont comparés par rapport :

- à la moyenne pondérée (de tous les ES), via des pictogrammes de couleur vert, jaune et orange ;
- à l'objectif national de performance, via des classes « + », « = » et « - ».

Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un ES par rapport à la moyenne de référence est décliné en pictogramme de couleur vert, jaune et orange. Ces 3 couleurs représentent 3 classes ou niveaux de qualité décroissants.

Indicateurs de type score ou proportion

Les 3 premières classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à la moyenne de référence retenue pour l'indicateur analysé.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».



ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à la moyenne de référence : la position de l'ES est dite « **significativement supérieure à la moyenne pondérée de référence** ».



ES dont l'IC à 95 % coupe la référence : la position de l'ES est dite « **non significativement différente de la moyenne pondérée de référence** ».



ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à la moyenne de référence : la position de l'ES est dite « **significativement inférieure à la moyenne pondérée de référence** ».

Indicateurs de type délai

La méthode de comparaison dans le cadre d'un indicateur de délai reste à définir.

Positionnement par rapport à l'objectif national de performance

Indicateurs de type score ou proportion

Trois classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à l'objectif de performance.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».

Classe « + »

ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **significativement supérieure à l'objectif national de performance** ».

Classe « = »

ES dont l'IC à 95 % coupe l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **non significativement différente de l'objectif national de performance** ».

Classe « - »

ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES « **est significativement inférieure à l'objectif national de performance** ».

Indicateurs de type délai

Il n'existe pas d'objectif national de performance sur les indicateurs de délais.

Annexe II. Détails d'analyses complémentaires

Tableau 15. Répartition en pourcentage des actes selon l'âge et le genre – Campagne 2013 - données 2012

	Types d'acte				
	Anneau gastrique	Bypass gastrique	Gastrectomie longitudinale (sleeve)	Dérivation biliopancréatique	Gastroplastie verticale
18 - 25 ans	25	22	51	0,0	1,6
26 - 35 ans	20	25	54	0,0	1,1
36 à 45 ans	16	28	55	0,2	0,7
46 - 55 ans	12	31	55	0,4	0,7
Plus de 55 ans	9	32	58	0,4	0,4
Homme	14	24	61	0,2	0,7
Femme	17	28	53	0,2	0,9

Tableau 16. Indicateurs de la phase préopératoire et technique chirurgicale utilisée – Campagne 2013 - données 2012

		Types d'acte				
		Anneau gastrique (1 088 dossiers)	Bypass gastrique (1 799 dossiers)	Gastrectomie longitudinale (sleeve) (3 589 dossiers)	Dérivation bilio-pancréatique (11 dossiers)	Gastroplastie verticale (58 dossiers)
Moyenne en % de l'indicateur	Bilan des comorbidités	47	67	67	55	33
	Endoscopie	87	73	89	82	72
	Évaluation psychiatrique	88	89	85	73	74
	Réunion de concertation pluridisciplinaire niveau 1	49	53	50	55	29
	Réunion de concertation pluridisciplinaire niveau 2	23	23	31	9	14
	Communication de la RCP au médecin traitant	38	48	43	55	21

Annexe III. Répartition et moyenne régionales des établissements volontaires par indicateur

Tableau 17. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2013 - données 2012 – Moyennes des établissements volontaires par région (en %)

Nbre d'ES volontaires composant la référence = 132		Moyenne observée pondérée = 61 %
Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	99
Aquitaine	13	67
Basse Normandie	4	57
Bourgogne	4	90
Bretagne	4	70
Centre	2	28
Champagne Ardenne	2	82
Corse	1	88
Franche Comté	1	7
Haute Normandie	5	49
Ile de France	21	73
Languedoc Roussillon	12	34
Limousin	3	78
Lorraine	4	73
Midi Pyrénées	6	70
Nord Pas de Calais	14	57
Océan Indien	4	61
PACA	12	73
Pays de la Loire	2	95
Picardie	3	84
Poitou Charentes	5	50
Rhône Alpes	8	28

Tableau 18. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2013 - données 2012 – Moyennes des établissements volontaires par région (en %)

Nbre d'ES volontaires composant la référence = 132	Moyenne observée pondérée = 84 %
---	---

Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	94
Aquitaine	13	84
Basse Normandie	4	95
Bourgogne	4	94
Bretagne	4	82
Centre	2	91
Champagne Ardenne	2	97
Corse	1	88
Franche Comté	1	22
Haute Normandie	5	94
Ile de France	21	95
Languedoc Roussillon	12	72
Limousin	3	62
Lorraine	4	73
Midi Pyrénées	6	84
Nord Pas de Calais	14	65
Océan Indien	4	94
PACA	12	91
Pays de la Loire	2	65
Picardie	3	87
Poitou Charentes	5	94
Rhône Alpes	8	83

Tableau 19. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2013 - données 2012 – Moyennes des établissements volontaires par région (en %)

Nbre d'ES volontaires composant la référence = 132	Moyenne observée pondérée = 89 %
---	---

Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	97
Aquitaine	13	92
Basse Normandie	4	83
Bourgogne	4	98
Bretagne	4	88
Centre	2	86
Champagne Ardenne	2	100
Corse	1	93
Franche Comté	1	98
Haute Normandie	5	79
Ile de France	21	86
Languedoc Roussillon	12	89
Limousin	3	95
Lorraine	4	59
Midi Pyrénées	6	85
Nord Pas de Calais	14	85
Océan Indien	4	91
PACA	12	96
Pays de la Loire	2	100
Picardie	3	97
Poitou Charentes	5	97
Rhône Alpes	8	94

Tableau 20. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire - niveau 1 » – Campagne 2013 - données 2012 – Moyennes des établissements volontaires par région (en %)

Nbre d'ES volontaires composant la référence = 132	Moyenne observée pondérée = 57 %
---	---

Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	84
Aquitaine	13	30
Basse Normandie	4	40
Bourgogne	4	47
Bretagne	4	62
Centre	2	42
Champagne Ardenne	2	78
Corse	1	0
Franche Comté	1	95
Haute Normandie	5	44
Ile de France	21	47
Languedoc Roussillon	12	64
Limousin	3	32
Lorraine	4	74
Midi Pyrénées	6	62
Nord Pas de Calais	14	46
Océan Indien	4	30
PACA	12	71
Pays de la Loire	2	79
Picardie	3	73
Poitou Charentes	5	60
Rhône Alpes	8	79

Tableau 21. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire - niveau 2 » – Campagne 2013 - données 2012 – Moyennes des établissements volontaires par région (en %)

Nbre d'ES volontaires composant la référence = 132	Moyenne observée pondérée = 29 %
---	---

Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	0
Aquitaine	13	18
Basse Normandie	4	0
Bourgogne	4	21
Bretagne	4	6
Centre	2	0
Champagne Ardenne	2	0
Corse	1	0
Franche Comté	1	2
Haute Normandie	5	9
Ile de France	21	22
Languedoc Roussillon	12	41
Limousin	3	29
Lorraine	4	50
Midi Pyrénées	6	50
Nord Pas de Calais	14	37
Océan Indien	4	18
PACA	12	59
Pays de la Loire	2	0
Picardie	3	45
Poitou Charentes	5	37
Rhône Alpes	8	19

Tableau 22. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Campagne 2013 - données 2012 – Moyennes des établissements volontaires par région (en %)

Nbre d'ES volontaires composant la référence = 132	Moyenne observée pondérée = 48 %
---	---

Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	74
Aquitaine	13	18
Basse Normandie	4	35
Bourgogne	4	73
Bretagne	4	57
Centre	2	77
Champagne Ardenne	2	77
Corse	1	0
Franche Comté	1	30
Haute Normandie	5	50
Ile de France	21	33
Languedoc Roussillon	12	63
Limousin	3	12
Lorraine	4	53
Midi Pyrénées	6	62
Nord Pas de Calais	14	30
Océan Indien	4	32
PACA	12	57
Pays de la Loire	2	79
Picardie	3	75
Poitou Charentes	5	57
Rhône Alpes	8	42

Références



- I. Haute Autorité de Santé. Chirurgie de l'obésité : ce qu'il faut savoir avant de se décider - Juillet 2009.
- II. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Interventions initiales – réinterventions. Recommandation de bonnes pratiques - Recommandations. Janvier 2009.
- III. Haute Autorité de Santé. Chirurgie de l'obésité : prise en charge pré et postopératoire du patient. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. Juin 2009.
- IV. Haute Autorité de Santé. Chirurgie de l'obésité : prise en charge pré et postopératoire du patient. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques : guide d'utilisation. Juin 2009.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00