

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 2014

Données 2013

2^e campagne nationale

Ce document présente les résultats issus du recueil 2014 des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » réalisé par les établissements volontaires ayant une activité de chirurgie bariatrique, 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 établissement 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/ipaqss-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 : ipaqss@has-sante.fr

Ce rapport a été rédigé par Sandrine Morin (chef de projet) et Christine Sorasith (statisticienne), avec l'aide de Corinne Camier (assistante), sous la responsabilité de Catherine Grenier, chef du service IPAQSS.

Rapport validé par le Collège de la HAS le 25 juin 2015.

Sommaire

Synthèse des résultats des indicateurs – Campagne 2014 – données 2013.....	5
Contexte.....	7
Partie 1. Les résultats et les principaux constats par indicateurs de cette campagne 2014.....	10
Descriptif de la campagne 2014.....	11
Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire ».....	14
Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire ».....	16
Indicateur « Évaluation psychologique/ psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire ».....	18
Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 ».....	20
Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2 ».....	22
Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant ».....	24
Indicateur « Information préopératoire minimale du patient ».....	26
Indicateur « Bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire ».....	28
Récapitulatif des résultats de la campagne 2014	30
Partie 2. Analyses complémentaires.....	31
Agrégation des indicateurs sur deux axes de la prise en charge.....	32
Comparaison des résultats des deux campagnes.....	34
Bilan et perspectives	36
Table des illustrations.....	38
Annexes.....	39
Annexe I. Détails d'analyses complémentaires	39
Annexe II. Répartition et moyenne régionales des établissements volontaires par indicateur	41
Annexe III. Méthodes appliquées pour le recueil et l'analyse des indicateurs nationaux.....	47
Annexe IV. Grilles utilisées pour le recueil des indicateurs.....	50
Références	54

Synthèse des résultats des indicateurs – Campagne 2014 – données 2013

La chirurgie bariatrique connaît un fort développement en France depuis une quinzaine d'années : le recours à cette chirurgie augmente plus rapidement que la prévalence de l'obésité dans l'ensemble de la population. Pourtant, cette chirurgie n'est pas le traitement de première intention dans la prise en charge de l'obésité. Les recommandations françaises et internationales s'accordent pour indiquer le traitement chirurgical pour les patients avec un indice de masse corporelle (IMC) > 40 kg/m² ou > 35 kg/m² associé à des comorbidités après l'échec d'un traitement médical bien conduit pendant 6 mois ou 1 an.

Indicateurs nationaux

Les 7 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 publiées en 2009.

Ils ont pour objectif de soutenir l'amélioration de points clés de la prise en charge préopératoire du patient, comme l'indication de chirurgie posée après une évaluation et une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires du patient, et une information complète du patient pour la réussite à long terme de ce type de chirurgie.

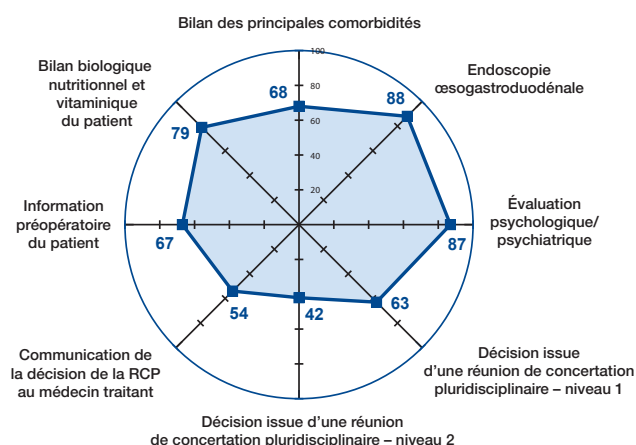
Les indicateurs de ce thème sont optionnels : ils sont recueillis par l'établissement de manière volontaire dans le cadre par exemple, d'une démarche d'amélioration de cette pratique. Aucune diffusion publique des résultats n'est donc demandée puisqu'il s'agit d'un recueil optionnel et non contrôlé en termes de qualité de recueil.

Résultats des indicateurs de processus

La seconde campagne de recueil des indicateurs de ce thème s'est déroulée de juillet à décembre 2014. Pour chaque établissement et pour l'ensemble des indicateurs, les résultats sont calculés à partir d'un échantillon

aléatoire de 60 dossiers de patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique initiale au cours de l'année 2013.

Graphique 1. Résultats des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » – Campagne 2014 – données 2013 (moyennes inter-établissements observées)



Focus sur les établissements participants

509 établissements de santé ont déclaré au moins 1 acte de chirurgie bariatrique dans la base PMSI de 2013 : 152 établissements ont participé à ce second recueil, soit 30 % des établissements pratiquant cette chirurgie. Ils regroupent près de la moitié des actes de chirurgie bariatrique de France en 2013. 149 établissements ont réalisé au moins 10 actes et analysés au moins 10 dossiers correspondants à une chirurgie bariatrique initiale : leurs 7 742 dossiers ont permis le calcul des moyennes inter-établissements observées.

25 établissements sont des centres spécialisés d'obésité (CSO) et 24 sont partenaires d'un CSO. Les résultats des indicateurs sont meilleurs dans ces établissements que dans les autres.

Contexte

Politique nationale des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

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*),

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.

gastroplastie verticale calibrée) ; soit pour diminuer la quantité d'aliments et leur assimilation par l'organisme (bypass gastrique, dérivation biliopancréatique)².

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. En 2013, le nombre de séjours est évalué à 50 084² (ce nombre était de 44 992 en 2012).

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 de l'obésité (CSO) 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. Les établissements partenaires sont des entités avec lesquelles le CSO établit des liens par convention.

Également dans le cadre du PNNS, les recommandations de bonne pratique portant sur la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte^{iii,iv,v} ont été élaborées par la HAS avec les professionnels concernés, et publiées en 2009, accompagnées des critères qualité correspondants. 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 clinique³.

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 réunion de 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 biologique 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).

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

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.

2. Données PMSI 2013.

3. 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).

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 pour poser l'indication de chirurgie ne sont alors pas toujours réunis au sein du dossier du patient 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.

Organisation du recueil

Tous les établissements de santé participant au recueil utilisent la plateforme sécurisée QualHAS⁴. Cette plateforme sert au recueil des données et au calcul des indicateurs, fournit une information structurée et comparative qui permet aux établissements 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.

Ce rapport présente :

- dans une première partie, les résultats des indicateurs et les principaux constats de la deuxième 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 en 2013 pour la première fois d'une chirurgie bariatrique, et des réponses au questionnaire organisationnel rempli par les établissements.
- dans une deuxième partie, les analyses complémentaires suivantes :
 - les résultats de l'agrégation des indicateurs sur deux axes importants de la prise en charge que sont les bilans préopératoires et la réunion de concertation pluridisciplinaire adressée au médecin traitant ;
 - la comparaison des résultats des deux campagnes 2013 et 2014.

Les annexes présentent les tableaux complémentaires présentant les résultats des indicateurs par variable étudiée, les moyennes par région des indicateurs, ainsi que la méthode de recueil et d'analyse.

4. Partenariat HAS –ATI.H.

Partie 1.

Les résultats et les principaux constats par indicateurs de cette campagne 2014

Descriptif de la campagne 2014

Les indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » ont été recueillis de juillet 2014 à janvier 2015 à partir de l'analyse de dossiers de patients opérés en 2013.

L'ensemble des établissements pratiquant ce type de chirurgie était concerné par ces indicateurs quelle que soit la technique chirurgicale mise en œuvre. 509 établissements ont déclaré un acte de chirurgie bariatrique dans la base PMSI 2013, soit 50 084 actes en 2013.

Descriptif des établissements volontaires participants à la campagne 2014

152 établissements ont collecté de manière volontaire les données nécessaires au calcul des indicateurs lors de cette campagne, soit 30 % des établissements pratiquant ce type de chirurgie.

Plus de la moitié des établissements sont de statut privé à but lucratif (56 %), 39 % sont de statut public, 5 % sont des établissements privés à but non lucratifs.

Parmi les 152 établissements, 25 établissements sont des centres spécialisés (16 %), 24 établissements sont des partenaires d'un établissement spécialisé (16 %) [d'après la liste publiée par le ministère accompagnant l'instruction de la DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 et les données de l'observatoire national des centres spécialisés de l'obésité (oNCSO)].

En 2013, le volume d'activité de ces 152 établissements représente 51,3 % de l'ensemble des actes réalisés (25 704 actes sur 50 084). 42 % des établissements volontaires ont réalisé moins de 100 actes sur l'année 2013, 43 % ont réalisé entre 100 et 300 actes, près de 12 % entre 300 et 500 actes. Les 3 % restant ont réalisé entre 500 et 1 500 actes.

149 établissements avaient réalisé au moins 10 actes, ceci leur a permis d'analyser un nombre suffisant de dossiers pour entrer dans l'analyse agrégée du rapport. 3 établissements ont recueillis les données mais ils avaient moins de 10 actes en 2013 : ils ne figurent pas dans le rapport.

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. Les régions ayant le plus d'établissements participants sont l'Aquitaine (40 %), l'Ile-de France (29 %), le Nord-Pas de Calais (35 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (27 %) et Rhône-Alpes (31 %).

Pour la seconde année consécutive, aucun établissement n'a participé dans les régions de la Guadeloupe et de la Guyane.

Les moyennes observées régionales sont disponibles en [Annexe II](#) du rapport.

Organisation de la prise en charge

Chaque établissement volontaire a complété le questionnaire organisationnel disponible sur la plate-forme Qualhas et composé d'éléments descriptifs de l'activité (cf. [Annexe IV](#)).

L'organisation déclarée au sein des 152 établissements volontaires en 2013 est la suivante⁵ :

5. Données Qualhas.

- dans 32 % des établissements, les actes de chirurgie bariatrique sont réalisés par un seul chirurgien. Ils sont réalisés par deux chirurgiens dans 38% des établissements, par 3 chirurgiens dans 18% des établissements et par 4 chirurgiens ou plus pour les 12 % restant.
- l'ensemble des chirurgiens participe, dans 74 % des établissements, à un réseau pluridisciplinaire formalisé et spécifique de ce traitement chirurgical.

Concernant l'organisation déclarée 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 26 % des établissements ;
- elle est partagée avec des professionnels extérieurs à l'ES, dans 43 % des établissements dans un cadre formalisé et dans 31 % des établissements sans cadre formalisé ;
- moins de 1% des établissements déclarent que la PEC dans l'établissement ne correspond pas aux situations décrites précédemment.

90 % des établissements déclarent que le contenu des dossiers reflète l'organisation mise en place et décrite plus haut. Pour les 10 % restant, ils déclarent une discordance entre l'organisation théorique décrite dans le questionnaire et ce que renvoie l'analyse des éléments du dossier.

Descriptif de la population analysée

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

Parmi les 152 établissements ayant effectué le recueil, les professionnels médicaux ont participé au recueil des indicateurs dans 70% des établissements. Afin de faciliter et soutenir l'amélioration des pratiques, cette participation devrait être plus importante.

Les dossiers, communs à l'analyse de tous les indicateurs et tirés au sort dans la base PMSI de l'établissement, correspondent à des patients adultes opérés, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2013, pour une chirurgie bariatrique initiale⁶.

Les données nécessaires au calcul des indicateurs concernant la phase préopératoire sont donc issues des 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 finalement non opérés. Néanmoins en analysant des dossiers de patients opérés qui se doivent d'être complets, le résultat des indicateurs traduit un niveau de qualité de certaines étapes clés de la prise en charge préopératoire que le patient soit finalement opéré ou non.

7 760 dossiers de chirurgie initiale ont été analysés par les 152 établissements. Leurs caractéristiques sont les suivantes :

- les femmes représentent en moyenne 82 % des dossiers analysés. L'âge moyen est de 40 ans : 54 % des dossiers concernent des patients entre 26 et 45 ans. La durée moyenne de séjour est de 5 jours ;
- parmi ces dossiers, la répartition des techniques utilisées est la suivante :
 - gastrectomie longitudinale (*sleeve gastrectomy*) : 64 %,
 - bypass gastrique : 25 %,
 - anneau gastrique : 10 %,
 - gastroplastie verticale : 0.4 % (technique peu réalisée),
 - dérivation biliopancréatique : 0.01 % (technique réservée aux patients dont l'IMC est supérieur à 50).

La répartition des actes est relativement similaire selon le sexe. La *sleeve gastrectomy* est la technique la plus utilisée quel que soit l'âge (cf. [Annexe I : Tableau 18](#)). L'analyse des dossiers montre qu'environ 80 % des établissements participants réalisent 3 techniques.

6. Actes thérapeutiques retenus pour cibler la population attendue (codes CCAM 2014): HFFCA001: Court-circuit [bypass] gastrique pour obésité morbide, par laparotomie, HFFC003: 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,

Calcul et présentation des résultats des indicateurs

Le recueil de ces indicateurs est fondé sur l'analyse d'un échantillon aléatoire de 60 dossiers (nombre maximum de dossiers à analyser). Cet échantillon permet le calcul de l'ensemble des indicateurs. Pour chaque indicateur, est recherché, dans le dossier, l'ensemble des éléments demandés (cf. [Annexe IV](#)). Quand l'ensemble des éléments est présent, le dossier est considéré comme étant 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'est pas représentatif de la situation nationale, mais apporte des éléments de comparaison par rapport aux établissements intéressés pour améliorer cette pratique. Seuls les résultats des établissements volontaires ayant inclus au moins 10 dossiers entrent dans le calcul des moyennes et dans l'analyse des éléments manquants, du fait des contraintes statistiques (cf. [Annexe III](#)).

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 biologique 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 la moyenne inter-établissement de l'indicateur (ceux ayant inclus au moins 10 dossiers) ;
- le nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements entrant dans le calcul ;
- la moyenne brute inter-établissements observée, accompagnée du résultat minimal et maximal obtenu par les établissements volontaires ayant inclus au moins 10 dossiers ;
- le graphique de variabilité des résultats (intervalle de confiance) inter-établissements, quand une comparaison inter-établissements est possible ;
- les éléments manquants dans les dossiers, et source de non-conformité ;
- la répartition des établissements par rapport à la moyenne observée de l'indicateur quand une comparaison inter-établissements est possible. Il n'existe pas d'objectif national de performance : cet objectif n'est défini que pour les indicateurs soumis à diffusion publique ;
- les principaux constats.

Lors de cette campagne, 3 établissements (2 centres hospitaliers et un établissement privé) ont inclus moins de 10 dossiers (entre 4 et 7 dossiers). Deux d'entre eux n'avaient pas d'activité en chirurgie bariatrique en 2012, ce sont donc de nouveaux établissements dans ce domaine. Le troisième avait 2 séjours en 2012⁷. Ces établissements ne sont pas inclus dans notre analyse.

Par conséquent, les résultats présentés ci-après sont issus de l'analyse de 149 établissements volontaires.

Facteurs influençant les résultats des indicateurs

Les variables telles que le type d'établissements (spécialisés/partenaires *versus* autres)⁸, l'âge, le sexe, le type d'acte chirurgical réalisé, ont été testées comme facteurs susceptibles d'influencer la qualité mesurée par les indicateurs.

L'analyse d'une éventuelle corrélation entre ces facteurs et le résultat de l'indicateur montre un effet du statut de centre spécialisé de l'obésité et d'établissement partenaire, ainsi que du type d'acte réalisé, sur la qualité mesurée par les indicateurs (cf. [Annexe I : Tableau 19 et Tableau 20](#)). Les constats sont présentés ci-après par indicateur.

En revanche, il n'y a pas d'effet ni de l'âge ni du sexe sur les résultats de ces indicateurs (cf. [Annexe I : Tableau 18](#)).

7. Données PMSI 2012.

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.

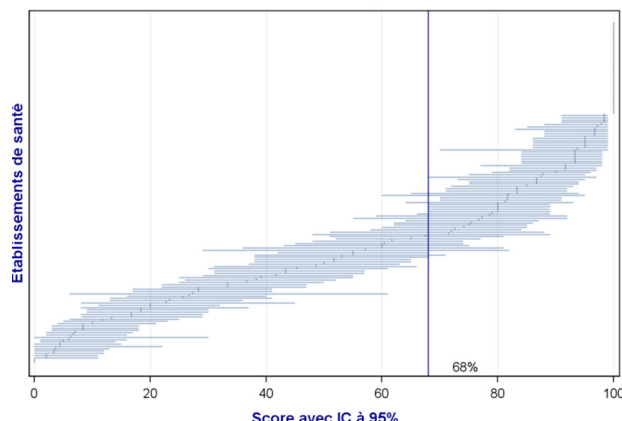
Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire »

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 du 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 : Pour poser l'indication de chirurgie bariatrique, « 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 2014 - données 2013 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires⁹

Données 2013	
Nbre d'ES	149
Nbre total de dossiers	7 742
Moyenne observée	68 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments doivent être présents dans chaque dossier (cf. [Annexe IV](#)) pour avoir un résultat de 100 % à l'indicateur. Pour cet indicateur, les éléments manquants et leur proportion sont décrites ci-après.

- la conclusion concernant l'évaluation préopératoire de l'HTA est absente dans 18 % des dossiers analysés ;
- la conclusion concernant l'évaluation préopératoire du diabète est absente dans 20 % des dossiers analysés ;
- la conclusion concernant l'évaluation préopératoire du syndrome des apnées-hypopnées obstructives du sommeil est absente dans 21 % des dossiers analysés.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 2. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2014 - données 2013 - Répartition des établissements par rapport à la moyenne inter-établissements observée

Positionnement par rapport à la moyenne observée en 2013 % d'établissements (nombre)			
Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire (COM)	46 %* (69)	21 % (31)	33 % (49)

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

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 68 %. Autrement dit, près de 7 patients sur 10 ont eu une évaluation des 3 comorbidités nécessaire pour poser l'indication chirurgicale.
- Ce taux est différent selon le type d'acte de chirurgie réalisée. Lorsqu'il s'agit d'une pose d'anneau gastrique, le bilan des comorbidités est complet dans seulement 57 % des cas. Ce taux est meilleur dans le cas d'un bypass, (75 %) ou d'une *sleeve gastrectomy* (68 %) (cf. [Annexe I](#)).
- La variabilité des résultats entre les établissements est importante : bien que la moitié des établissements ait un résultat supérieur à 83 %, un quart des établissements se situent entre 39 % et 83 %, et le dernier quart des établissements ont un résultat inférieur à 39 % (cf. graphique de variabilité).
- Les établissements spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat meilleur pour cet indicateur que les autres établissements : 77 % *versus* 64 %.

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

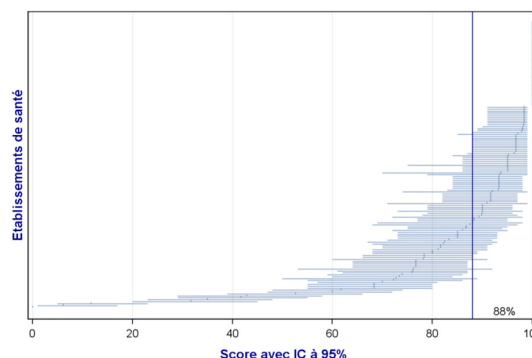
Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire »

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 2014 – données 2013 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires

Données 2013	
Nbre d'ES	149
Nbre total de dossiers	7 742
Moyenne observée	88 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments doivent être présents dans chaque dossier (cf. [Annexe IV](#)) pour avoir un résultat de 100 % à l'indicateur. Pour cet indicateur, les éléments manquants et leur proportion sont décrites ci-après.

Quel que soit le type d'acte de chirurgie, le résultat de l'endoscopie est manquant dans 8 % des dossiers analysés.

Les dossiers de chirurgie par bypass représentent 25 % de dossiers analysés (1 926 dossiers sur 7 742). Le bilan endoscopique avant de réaliser un bypass gastrique comprend d'autres étapes, qui sont parfois manquantes :

- la trace de la recherche d'*Helicobacter pylori* est manquante dans 11 % des dossiers de bypass analysés.
- le résultat de la recherche d'*HP* n'est pas retrouvé dans 5 % des dossiers dans lesquels la recherche d'*Helicobacter pylori* a été tracée (1 712 dossiers).
- 16,5 % des patients opérés par la technique bypass étaient positifs au test d'*HP*. Parmi ces patients positifs au test d'*HP*, la trace du contrôle de l'éradication est manquante dans 40 % des dossiers.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 4. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2014 - données 2013 - Répartition des établissements par rapport à la moyenne observée

Positionnement par rapport à la moyenne observée en 2013 % d'établissements (nombre)			
Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire (ENDO)	45 %* (67)	44 % (65)	11 % (17)

* Lire : 45 % des établissements volontaires ont une moyenne individuelle supérieure à la moyenne des établissements volontaires.

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 88 %. Autrement dit, près de 9 patients sur 10 ont un bilan endoscopique complet en rapport avec la technique chirurgicale réalisée.
- L'analyse par acte montre que pour la pose d'anneau gastrique, le résultat de l'endoscopie est retrouvé dans 87 % des cas. Le taux est de 92% lorsqu'il s'agit d'une *sleeve gastrectomy*. Pour un patient bénéficiant d'un bypass gastrique, l'indicateur intègre en plus du résultat de l'endoscopie celui de la recherche d'*Helicobacter pylori* et de son éradication si besoin : ce bilan est complet dans 78 % des cas (le résultat de l'endoscopie seule est retrouvé dans 94 % des dossiers de bypass).
- La variabilité des résultats entre les établissements est peu importante pour les trois quarts d'entre eux (résultat supérieur à 85 %). Elle est toutefois très importante pour le quart des établissements restant ayant des résultats compris entre 0 % et 85 % (cf. graphique de variabilité).
- Les établissements spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat similaire aux autres établissements : 90 % *versus* 88 %.

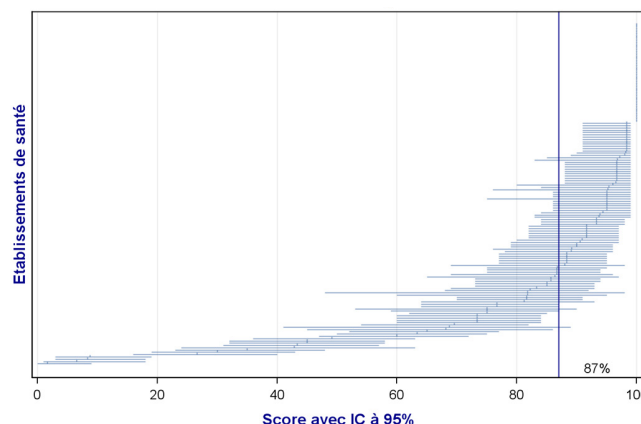
Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire »

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 2014 – données 2013 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires

Données 2013	
Nbre d'ES	149
Nbre total de dossiers	7 742
Moyenne observée	87 %
Minimum	2 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments doivent être présents dans chaque dossier (cf. [Annexe IV](#)) pour avoir un résultat de 100 % à l'indicateur. Pour cet indicateur, les éléments manquants et leur proportion sont décrites ci-après :

- l'évaluation psychiatrique préopératoire est absente dans 9 % des dossiers analysés ;
- quand l'évaluation est présente, la conclusion sur la présence ou non d'une contre-indication n'est pas tracée dans 4 % des dossiers analysés.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 6. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2014 - données 2013 - Répartition des établissements par rapport à la moyenne observée

Positionnement par rapport à la moyenne observée en 2013 % d'établissements (nombre)			
Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation (PSY)	45 %* (68)	40 % (59)	15 % (22)

* Lire : 45 % des établissements volontaires ont une moyenne individuelle supérieure à la moyenne des établissements volontaires.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire »

- Le taux moyen de la traçabilité de l'évaluation psychologique/psychiatrique est de 87 %. Autrement dit, près 9 patients sur 10 ont bénéficié d'une évaluation psychologique/psychiatrique recherchant les contre-indications.
- Ce résultat varie en fonction du type d'intervention : il est de l'ordre de 90 % pour le bypass gastrique et la *sleeve gastrectomy*, et de 84 % pour l'anneau gastrique (cf. [Annexe I](#)).
- Le résultat élevé de cet indicateur s'explique par le fait que trois quarts des ES ont un résultat supérieur à 86 %. Pour le quart restant, une variabilité importante est présente : les résultats varient entre 2 % et 86 % (cf. graphique de variabilité).
- Les établissements spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat supérieur à celui des autres établissements : 94 % *versus* 84 %.

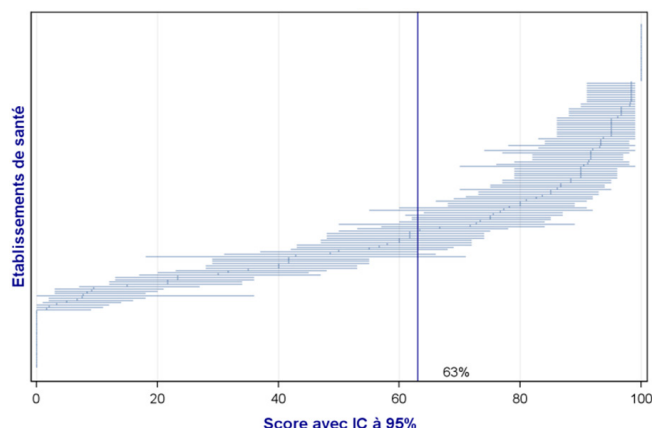
Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 »

Fiche descriptive de l'indicateur Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (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 réunion de 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 réunion de 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 réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Campagne 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires

Données 2013	
Nbre d'ES	149
Nbre total de dossiers	7 742
Moyenne observée	63 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments doivent être présents dans chaque dossier (cf. [Annexe IV](#)) pour avoir un résultat de 100 % à l'indicateur. Pour cet indicateur, les éléments manquants et leur proportion sont décrites ci-après :

- la RCP n'est pas tracée dans 27 % des dossiers ;
- 10 % des dossiers présentent une trace incomplète pour le niveau 1. Parmi ces dossiers, la part des éléments manquants est la suivante :
 - date de la concertation manquante : 65 %,
 - identité du patient manquante : 13 %,
 - stratégie de prise en charge manquante : 58 %.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 8. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Campagne 2014 - données 2013 – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée

Positionnement par rapport à la moyenne observée en 2013 % d'établissements (nombre)			
Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire : niveau 1 (RCP-OBE1)	52 %* (78)	14 % (21)	34 % (50)

* Lire : 52 % des établissements volontaires ont une moyenne individuelle supérieure à la moyenne des établissements volontaires.

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

- Le taux moyen de la traçabilité de niveau 1 de la décision prise en réunion de concertation pluridisciplinaire est de 63 %. Autrement dit, environ 3 patients sur 5 ont leur cas discuté en RCP et leur dossier contient une information permettant un minimum de coordination.
- Il est à souligner que 27 % des dossiers ne contiennent aucune discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (soit près d'1 dossier sur 4).
- Le passage en RCP et sa traçabilité de niveau 1 sont réalisés dans seulement 62 % des cas quand la pose d'un anneau gastrique ou une *sleeve gastrectomy* sont réalisées. Il est de 74 % lors d'un bypass (cf. [Annexe I](#)).
- La variabilité des résultats entre les établissements est très importante. À l'exception de la moitié des ES dont les résultats sont homogènes et se situent au-dessus de 84 %, l'autre moitié des ES ont un résultat très hétérogène : un quart d'entre eux ont un résultat variant entre 22 % et 84 %. Le dernier quart des ES ont un résultat inférieur à 22 % (cf. graphique de variabilité).
- Les établissements spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat supérieur aux autres établissements : 69 % *versus* 60 %.

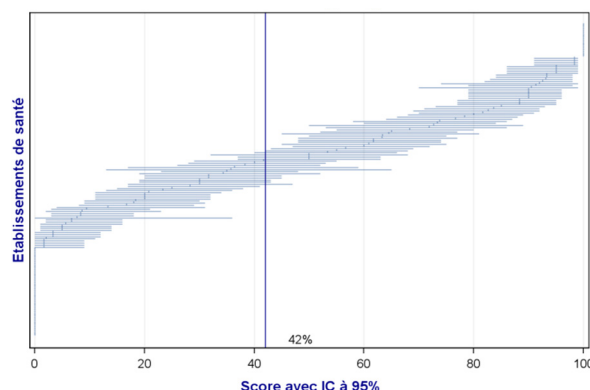
Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2 »

Fiche descriptive de l'indicateur Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (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) ». 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 9 et Graphique 6. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Campagne 2014 - données 2013 – Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires

Données 2013	
Nbre d'ES	149
Nbre total de dossiers	7 742
Moyenne observée	42 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments doivent être présents dans chaque dossier (cf. [Annexe IV](#)) pour avoir un résultat de 100 % à l'indicateur. Pour cet indicateur, les éléments manquants et leur proportion sont décrites ci-après.

- la RCP n'est pas tracée dans 27 % des dossiers ;
- 31 % des dossiers présentent une trace incomplète pour le niveau 2. Parmi ces dossiers la part des éléments manquants est la suivante :
 - date de la concertation manquante : 20 %,
 - identité du patient manquante : 4 %,
 - stratégie de prise en charge manquante : 18 %,
 - au moins un nom des participants manquant : 57 %,
 - au moins une spécialité de participants manquante : 84 %.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 10. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Campagne 2014 - données 2013 – Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée

Positionnement par rapport à la moyenne observée en 2013 % d'établissements (nombre)			
Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire : niveau 2 (RCP-OBE2)	38 %* (57)	12 % (18)	50 % (74)

* Lire : 38 % des établissements volontaires ont une moyenne individuelle supérieure à la moyenne des établissements volontaires.

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

- Le taux moyen de la traçabilité de niveau 2 de la décision prise en réunion de concertation pluridisciplinaire, plus exigeante quant aux éléments composant le compte-rendu de la RCP, est de 42 %. Autrement dit, environ 2 patients sur 5 ont leur cas discuté en RCP et leur dossier contient une information permettant la coordination autour du patient.
- Quel que soit le type d'actes, les résultats de cet indicateur sont similaires (cf. [Annexe I](#)).
- La variabilité inter-établissements est plus importante par rapport au premier niveau d'exigence (cf. graphique de variabilité) : la moitié des établissements présentent un résultat inférieur à 30 %. La deuxième moitié des établissements se compose de la manière suivante : un quart des établissements ont un résultat variant entre 30 % et 88 % et le quart restant présente un résultat supérieur à 88 %.
- Pour cet indicateur plus exigeant, il n'y a pas de différence de résultat entre les établissements spécialisés/partenaires et les autres établissements : pour tous, le résultat est à 42 %.

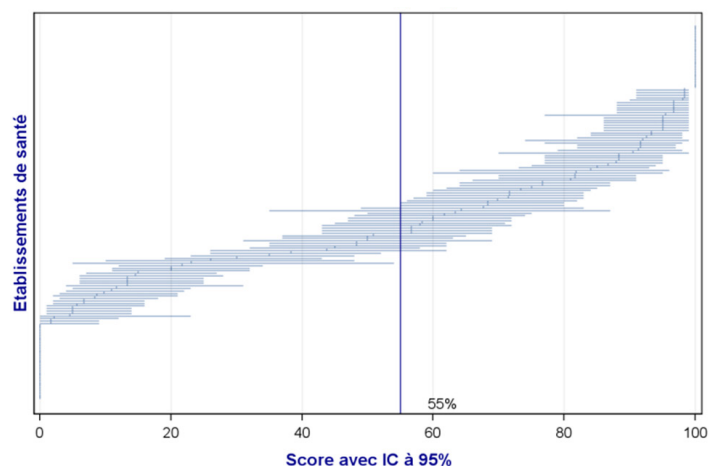
Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant »

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 réunion de 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 réunion de 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 2014 - données 2013 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires

Données 2013	
Nbre d'ES	149
Nbre total de dossiers	7 742
Moyenne observée	54 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %



Plusieurs éléments doivent être présents dans chaque dossier (cf. [Annexe IV](#)) pour avoir un résultat de 100 % à l'indicateur. Pour cet indicateur, les éléments manquants et leur proportion sont décrites ci-après.

- la RCP n'est pas tracée dans 27 % des dossiers ;
- la RCP est tracée mais la stratégie de prise en charge décidée n'est pas communiquée au médecin traitant dans 19 % des dossiers.

Comparaison à la moyenne observée

Tableau 12. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Campagne 2014 – données 2013 - Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée

Positionnement par rapport à la moyenne observée en 2013 % d'établissements (nombre)			
Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant (RCP-MED)	47 %* (70)	13 % (20)	40 % (59)

* Lire : 47 % des établissements volontaires ont une moyenne individuelle supérieure à la moyenne des établissements volontaires.

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 au médecin traitant de la décision issue de la RCP est de 54 %. Autrement dit, un patient sur deux a son médecin traitant informé de la stratégie décidée. En effet pour 27 % des patients, il n'y a pas de trace dans le dossier de réunion de concertation pluridisciplinaire, lors de laquelle la stratégie de prise en charge doit être décidée. De plus, 19 % des décisions prises en RCP n'ont pas été transmises, alors qu'elles étaient bien tracées dans le dossier du patient.
- Le résultat de cet indicateur n'est que de 37 % pour une pose d'anneau gastrique. Il est, respectivement, de 48 % et 43 % pour un bypass gastrique et une *sleeve gastrectomy* (cf. [Annexe I](#)).
- La variabilité des résultats entre les établissements est très importante (cf. graphique de variabilité) : elle s'étend pour la moitié des établissements entre 6 % et 95 %. Un quart des ES ont un résultat à moins de 6. Le quart restant des établissements présente à l'opposé un résultat très élevé, au-dessus de 95 %.
- Les établissements spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat nettement supérieur aux autres établissements pour cet indicateur : 68 % *versus* 47 %.

Indicateur « Information préopératoire minimale du patient »

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 » – Statistiques descriptives de la campagne 2014 - données 2013 concernant les établissements volontaires

Données 2013	
Nbre d'ES	149
Nbre total de dossiers	7 742
Moyenne observée	67 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %

Plusieurs éléments doivent être présents dans chaque dossier (cf. [Annexe IV](#)) pour avoir un résultat de 100 % à l'indicateur. Pour cet indicateur, les éléments manquants et leur proportion sont décrites ci-après.

- la trace de l'information au patient est manquante dans 7 % des dossiers analysés.
- quand l'information est délivrée au patient, elle est incomplète dans 26 % des dossiers. Parmi ces dossiers la part des éléments d'information manquants est la suivante :
 - bénéfices attendus manquants : 36 %,
 - 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 : 71 %,
 - information sur le suivi postopératoire manquante : 50 %.

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 67 %. 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 7 % des dossiers ne contiennent pas de trace d'information du patient. La nécessité de modifier son comportement alimentaire et son mode de vie avant et après l'intervention est l'élément manquant principal dans l'information donnée au 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, sous forme d'une remise ou non de documents, réitérée au cours de la prise en charge préopératoire, etc.).
- 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 des indicateurs de cette phase préopératoire, l'indicateur a été conservé afin que les établissements puissent le suivre en interne mais sans production de comparaison.

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

Fiche descriptive de l'indicateur Bilan biologique 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 biologique 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 biologique nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase préopératoire »
– Statistiques descriptives de la campagne 2014 - données 2013 concernant les établissements volontaires

Données 2013	
Nbre d'ES	149
Nbre total de dossiers	7 742
Moyenne observée	79 %
Minimum	0 %
Maximum	100 %

Plusieurs éléments doivent être présents dans chaque dossier (cf. grille de recueil [Annexe IV](#)) pour avoir un résultat de 100 % à l'indicateur. Pour cet indicateur, les éléments manquants et leur proportion sont décrites ci-après :

- seul le bilan biologique nutritionnel préopératoire est manquant : 2 % ;
- seul le bilan biologique vitaminique préopératoire est manquant : 10 % ;
- les 2 bilans sont manquants : 12 %.

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

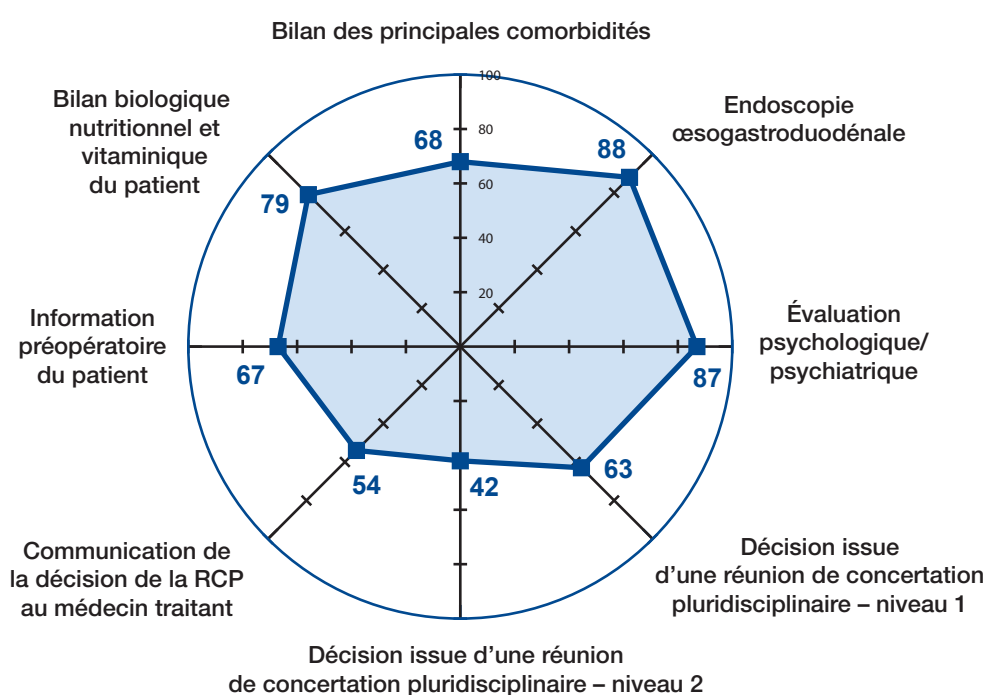
Le taux moyen de la traçabilité de l'information préopératoire minimale du patient est de 79 %. Autrement dit, près de 8 patients sur 10 bénéficient de ces bilans biologiques nutritionnels et vitaminiques. 12 % des dossiers ne contiennent aucune trace de bilan.

Absence de comparaison inter-établissements pour l'indicateur « Bilan biologique 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 sans production de comparaison.

Récapitulatif des résultats de la campagne 2014

Graphique 1. Résultats des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » pour la campagne 2014 – Données 2013 (moyennes inter-établissements observées)



- Près de 7 patients sur 10 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 7 patients sur 10.
- Le bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient est réalisé lors de la phase préopératoire pour 8 patients sur 10.
- Le bilan endoscopique est réalisé pour près de 9 patients sur 10.
- 8 patients sur 10 bénéficient d'un bilan nutritionnel et vitaminique
- 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.
- La stratégie chirurgicale est discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire et dans les conditions requises pour 2 patients sur 5. Seul 1 patient sur 2 bénéficie d'une RCP communiquée au médecin traitant pour une prise en charge coordonnée.

Partie 2.

Analyses complémentaires

Agrégation des indicateurs sur deux axes de la prise en charge

Les 7 indicateurs composant le thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale » concernent les étapes clés applicables à tous les patients quel que soit leur indice de masse corporelle et la technique chirurgicale envisagée. Chaque indicateur évalue une étape, les résultats ont été présentés de manière individuelle dans la partie précédente afin de montrer pour chacun les points satisfaisants et ceux nécessitant la mise en place d'amélioration.

Il est néanmoins intéressant de s'assurer que l'ensemble des éléments demandés sont présents dans le dossier afin que les points clés de la prise en charge préopératoire dans le cadre d'une chirurgie bariatrique soient respectés. En cela, l'agrégation des indicateurs est intéressante comme lecture complémentaire.

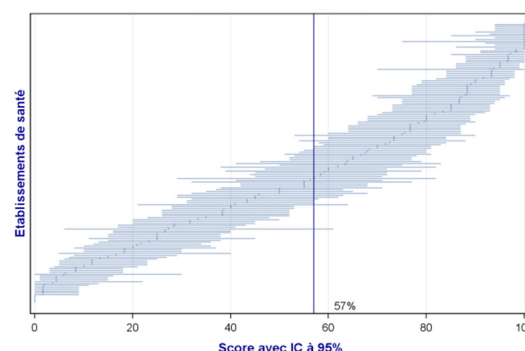
Parmi les 7 indicateurs, 5 permettent la comparaison inter-établissements : l'agrégation¹⁰ produite ne concerne que ces indicateurs. Elle a été réalisée afin de mettre en exergue deux grandes étapes : les bilans et la réunion de concertation pluridisciplinaire communiquée au médecin traitant (Graphiques 8 et 9).

- Pour l'étape « les éléments du bilan préopératoire sont tous présents pour chaque patient » : 57 % des patients ont bénéficié d'un bilan des comorbidités, d'un examen endoscopique adapté et d'une évaluation psychiatrique dans la phase préopératoire à la chirurgie bariatrique, soit moins de 6 patients sur 10.
- Pour l'étape « l'élaboration de la stratégie de prise en charge dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) organisée conformément aux recommandations est transmise au médecin traitant » : 35 % des patients ont leur médecin traitant qui a reçu le compte-rendu (CR) de RCP complet, soit moins de 4 patients sur 10. Ce résultat de l'indicateur agrégé de qualité de la RCP était attendu puisque les résultats des indicateurs individuels sont déjà peu élevés.

L'agrégation des indicateurs montre que peu de patients bénéficient de l'ensemble des étapes clés. Les actions d'amélioration doivent donc concerner le contrôle que chaque patient a bien bénéficié des bilans recommandés afin de pouvoir poser l'indication de chirurgie. Il est également important que les professionnels structurent les CR des RCP, qui sont des éléments forts de la coordination autour du patient et les adressent au médecin traitant avant la chirurgie.

Graphique 8. Indicateur agrégé « éléments du bilan préopératoire tous présents pour chaque patient »

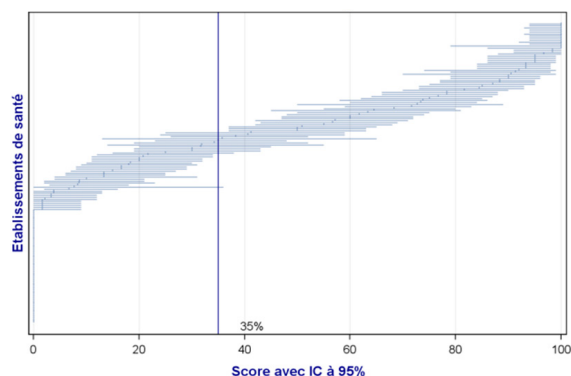
- Moyenne inter-établissements : **57 %**
- Variabilité inter-établissements importante :
 - un quart des établissements ont un résultat supérieur à 88 % ;
 - la moitié a un résultat compris entre 27 % et 88 % ;
 - et le quart restant a un résultat inférieur à 27 %.



10. L'agrégation produite s'appuie sur la méthode « all or none » : tous les éléments retenus doivent être présents pour que le dossier soit considéré comme complet.

Graphique 9. Indicateur agrégé « élaboration de la stratégie de prise en charge dans le cadre d'une réunion de concentration pluridisciplinaire (RCP) organisée conformément aux recommandations et transmise au médecin traitant »

- Moyenne inter-établissements : **35 %**
- Variabilité des résultats inter-établissements moins forte :
 - les résultats de la moitié des établissements se concentrent entre 0 % et 13 % ;
 - un quart d'entre eux varient entre 13 % et 75 % ;
 - et le quart restant se situe au-dessus de 75 %.



Comparaison des résultats des deux campagnes

En 2013 lors de la première campagne, 132 établissements avaient volontairement réalisé le recueil des indicateurs. Lors de la 2^e campagne, les établissements ont été plus nombreux à répondre : 152 en 2014. Parmi ces 152 établissements, 98 avaient déjà répondu au premier recueil.

Sur ces 2 campagnes, les caractéristiques des établissements participants et des dossiers de patients analysés sont similaires sur l'ensemble des variables descriptives disponibles. En effet, la répartition en termes de catégories d'ES, de classes d'âge, de genre des patients opérés, de techniques chirurgicales utilisées, ainsi que la moyenne de la durée du séjour, sont quasiment similaires dans les 2 populations.

La lecture des résultats des deux campagnes permet de constater qu'en 2014, les résultats des indicateurs sont meilleurs qu'en 2013, et plus particulièrement pour les indicateurs concernant la trace des éléments d'une RCP dans le dossier et sa transmission au médecin traitant (Tableau 15) : cette amélioration des résultats lors de la campagne 2014 est-elle due à l'amélioration des résultats des établissements ayant déjà participé au premier recueil et bénéficié d'une première démarche d'amélioration ou à un très bon niveau qualité des établissements nouvellement entrant dans le second recueil ?

Pour répondre à cette question, les résultats des établissements ayant participé aux 2 campagnes ont tout d'abord été analysés. Ces 98 établissements représentent 65 % des effectifs en 2014. L'analyse de leurs résultats montre une marge d'amélioration sur chacun des indicateurs de même ampleur que celle résultante de la comparaison des 2 campagnes (Tableau 16).

Ensuite les résultats des établissements ayant répondu aux 2 campagnes ont été comparés à ceux des 51 nouveaux participants au 2^e recueil. Les résultats montrent que les 98 établissements ayant déjà répondu au premier recueil sont sensiblement meilleurs que les 51 établissements participant pour la première fois au 2^e recueil : ils présentent un écart significatif de 7 à 10 points de plus pour les indicateurs, excepté sur l'évaluation par endoscopie où le résultat est le même pour ces deux sous populations d'établissements (Tableau 17).

La hausse des résultats en 2014 est donc due :

- principalement à l'amélioration des résultats les 98 établissements ayant participé à la 1^{re} campagne, s'expliquant par une appropriation des indicateurs due à la 1^{re} campagne et la mise en œuvre d'actions d'amélioration ;
- et à un bon niveau qualité des 51 établissements ayant nouvellement recueillis cette année (Tableau 17). Ceci montre que l'appropriation des recommandations se poursuit.

Tableau 15. Résultats des indicateurs des deux campagnes (moyennes brutes)

Campagnes	Total des ES	Bilan des comorbidités	Bilan d'endoscopie	Évaluation psychiatrique/psychologique	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2	Communication de la RCP au médecin traitant
2013	132	64 %	85 %	86 %	49 %	27 %	42 %
2014	149	68 %	88 %	87 %	63 %	42 %	54 %

Tableau 16. Comparaison des résultats des indicateurs des 98 établissements participants aux deux campagnes en 2013 et 2014 (moyennes brutes)

Campagnes	Bilan des comorbidités	Bilan d'endoscopie	Évaluation psychiatrique/psychologique	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2	Communication de la RCP au médecin traitant
2013	67 %	84 %	87 %	55 %	31 %	46 %
2014	71 %	88 %	90 %	65 %	45 %	56 %
Écart	4 %	4 %	3 %	10 %	14 %	10 %

Tableau 17. Comparaison des résultats des indicateurs de la campagne 2014 sur les 98 établissements participants aux deux campagnes et les 51 nouveaux établissements entrants

Campagne	Population	Bilan des comorbidités	Bilan d'endoscopie	Évaluation psychiatrique/psychologique	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2	Communication de la RCP au médecin traitant
2014	98 anciens	71 %	88 %	90 %	65 %	45 %	56 %
	51 nouveaux	63 %	89 %	83 %	58 %	35 %	49 %
	Écart	8 %	-1 %	7 %	7 %	10 %	7 %

Bilan et perspectives

Dans le cadre de la politique d'amélioration de l'état général des Français portée par le Programme National Nutrition Santé et renforcée 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 dernier recours, 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. Pour cela, les recommandations de la HAS de 2009 définissent entre autre ce que doit être une bonne prise en charge préopératoire et postopératoire.

Les indicateurs du thème de la « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire » basés sur ces recommandations ont été recueillis en 2014 lors de la seconde campagne de recueil des indicateurs, consécutive à la première. Pilotées par la HAS, ces campagnes de recueil donnent la possibilité aux professionnels 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.

► Le taux de participation des établissements volontaires à ce deuxième recueil est toujours satisfaisant et en augmentation.

30 % des établissements de santé réalisant ce type de chirurgie ont recueilli volontairement ces indicateurs. 98 établissements sur les 152 ont fait ce recueil pour la seconde année consécutive, 54 ont réalisé ce recueil pour la première fois. 7 742 dossiers ont pu être analysés.

Démarche de recueil volontaire, cet ensemble d'indicateurs a donc intéressé sur les deux années 36 % des établissements participant à cette prise en charge chirurgicale (186 sur 509) : il est à noter que ces établissements réalisent en volume la moitié des actes de cette chirurgie en France.

Les indicateurs concernent les éléments minimaux nécessaires à une prise en charge de qualité. Leurs résultats calculés suite à l'analyse de dossiers de 2013, réalisée en 2014, permettent de poser les constats suivants :

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

Tous les résultats des indicateurs sont en augmentation cette année, amélioration due principalement aux efforts réalisés par les établissements ayant réalisé les 2 recueils de suite. Mais certains résultats montrent toujours une marge d'amélioration réelle.

- Près de 7 patients sur 10 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 7 patients sur 10.
- Le bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient est réalisé lors de la phase préopératoire pour 8 patients sur 10.
- Le bilan endoscopique est réalisé pour près de 9 patients sur 10.
- 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.
- La stratégie chirurgicale est discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire et dans les conditions requises pour 2 patients sur 5. Seul 1 patient sur 2 bénéficie d'une RCP communiquée au médecin traitant pour une prise en charge coordonnée.

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

Si ces résultats peuvent sembler dans l'ensemble satisfaisants, il est important de souligner que l'agrégation des indicateurs sur 2 grandes étapes de la prise en charge met en avant des résultats décevants :

- seuls 6 patients sur 10 bénéficient à la fois d'un bilan complet des principales comorbidités, d'un bilan endoscopique et d'évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire. Ces éléments sont pourtant jugés indispensables pour poser une indication chirurgicale pertinente.
- quant à la coordination avec le médecin traitant, moins de 4 patients sur 10 ont une RCP élaborée dans les conditions requises transmise à leur médecin traitant. Le médecin traitant ayant une place centrale dans le suivi de ces patients opérés, cette communication est primordiale et doit être renforcée.

► Le type de chirurgie influence 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 dans l'obésité (CSO)/partenaires ont de meilleurs résultats que ceux des autres établissements.

Les établissements spécialisés/partenaires obtiennent des résultats nettement supérieurs aux autres pour la majorité des indicateurs, mais l'ensemble des résultats sont en augmentation et l'écart tend à se réduire cette année :

- 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 : 77 % *versus* 64 %.
- pour la « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant », leur résultat moyen est de 68 % *versus* 47 %.
- pour l'indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 », ils obtiennent un résultat moyen nettement supérieur aux autres établissements : 69 % *versus* 60 %. En revanche, il n'y a plus de différence pour le niveau 2 d'exigence supérieure.

En conclusion, 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.

► Les axes d'amélioration identifiés sont en majorité ceux de la campagne 2013

- 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.
- Mais il est également important que les établissements s'intéressent à l'évaluation de la prise en charge au niveau du patient et non plus par étape afin de vérifier que l'ensemble des éléments demandés sont présents pour poser la bonne indication et assurer une coordination de qualité pour permettre la réussite à long terme de ce type de chirurgie.

Afin de toucher encore plus d'établissements dans l'objectif d'amélioration de la pertinence de la chirurgie bariatrique et le suivi des patients, les indicateurs sont à nouveau mis à disposition des établissements de juillet à décembre 2015.

Table des illustrations

Graphique 1. Résultats des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » pour la campagne 2014 – Données 2013 (moyennes inter-établissements observées).....	5	Tableau 13. Indicateur « Information préopératoire minimale du patient » – Statistiques descriptives de la campagne 2014 - données 2013 concernant les établissements volontaires... 27	27
Tableau 1 et Graphique 2. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2014 - données 2013 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires.....	15	Tableau 14. Indicateur « Bilan nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase préopératoire » – Statistiques descriptives de la campagne 2014 - données 2013 concernant les établissements volontaires.....	29
Tableau 2. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2014 - données 2013 - Répartition des établissements par rapport à la moyenne inter-établissements observée.....	15	Graphique 8. Indicateur agrégé « éléments du bilan préopératoire tous présents pour chaque patient »	32
Tableau 3 et Graphique 3. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Campagne 2014 – données 2013 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires.....	17	Graphique 9. Indicateur agrégé « élaboration de la stratégie de prise en charge dans le cadre d'une concentration pluridisciplinaire (RCP) organisée conformément aux recommandations et transmise au médecin traitant »	33
Tableau 4. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2014 - données 2013 - Répartition des établissements par rapport à la moyenne observée.....	17	Tableau 15. Résultats des indicateurs des deux campagnes (moyennes brutes)	34
Tableau 5 et Graphique 4. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2014 – données 2013 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires.....	19	Tableau 16. Comparaison des résultats des indicateurs des 98 établissements participants aux deux campagnes en 2013 et 2014 (moyennes brutes)	35
Tableau 6. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2014 - données 2013 - Répartition des établissements par rapport à la moyenne observée	19	Tableau 17. Comparaison des résultats des indicateurs de la campagne 2014 sur les 98 établissements participants aux deux campagnes et les 51 nouveaux établissements entrants.	35
Tableau 7 et Graphique 5. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Campagne 2014 – données 2013 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires.....	21	Tableau 18. Répartition en pourcentage des actes selon l'âge et le genre – Campagne 2014 - données 2013.....	39
Tableau 8. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Campagne 2014 - données 2013 - Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée	21	Tableau 19. Résultats des indicateurs de la phase préopératoire en fonction de la technique chirurgicale utilisée – Campagne 2014 - données 2013	39
Tableau 9 et Graphique 6. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Campagne 2014 – données 2013 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires.....	23	Tableau 20. Résultats des indicateurs de la phase préopératoire en fonction du type d'établissements – Campagne 2014 - données 2013.....	40
Tableau 10. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Campagne 2014 - données 2013 - Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée.....	23	Tableau 21. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013	41
Tableau 11 et Graphique 7. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Campagne 2014 - données 2013 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements volontaires.....	25	Tableau 22. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013	42
Tableau 12. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Campagne 2014 – données 2013 - Positionnement des établissements par rapport à la moyenne observée	25	Tableau 23. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013.....	43
		Tableau 24. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013..	44
		Tableau 25. Indicateur « Décision issue d'une concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013..	45
		Tableau 26. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013.....	46

Annexes

Annexe I. Détails d'analyses complémentaires

Tableau 18. Répartition en pourcentage des actes selon l'âge et le genre – Campagne 2014 - données 2013

Types d'acte (nombre de dossiers)	Anneau gastrique (794)	Bypass gastrique (1 926)	Gastrectomie longitudinale (sleeve) (4 989)	Dérivation biliopancréatique (6)	Gastroplastie verticale (27)
18 - 25 ans	18	17	65	0,0	0,2
26 - 35 ans	12	23	64	0,0	0,6
36 à 45 ans	9	27	64	0,1	0,2
46 - 55 ans	8	27	64	0,2	0,2
Plus de 55 ans	6	28	65	0,0	0,5
Homme	8	24	68	0,3	0,4
Femme	11	25	64	0,0	0,4

Tableau 19. Résultats des indicateurs de la phase préopératoire en fonction de la technique chirurgicale utilisée – Campagne 2014 - données 2013

	Types d'acte (nombre de dossiers)	Anneau gastrique (794)	Bypass gastrique (1 926)	Gastrectomie longitudinale (sleeve) (4 989)	Dérivation biliopancréatique (6)	Gastroplastie verticale (27)
Moyenne en % de l'indicateur	Bilan des comorbidités	57	75	68	83	41
	Bilan d'endoscopie	87	78	92	83	52
	Évaluation psychiatrique/ psychologique	85	90	87	83	52
	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1	62	74	61	50	85
	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2	40	44	43	50	37
	Communication de la RCP au médecin traitant	50	60	53	67	44

Tableau 20. Résultats des indicateurs de la phase préopératoire en fonction du type d'établissements – Campagne 2014 - données 2013

Moyenne en % de l'indicateur	Type d'établissements (nombre de dossiers)	Établissements spécialisés /partenaires (49)	Autres établissements (100)
	Bilan des comorbidités	77	64
	Bilan d'endoscopie	90	88
	Évaluation psychiatrique/psychologique	94	84
	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1	69	60
	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2	42	42
	Communication de la RCP au médecin traitant	68	47

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

Tableau 21. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013

Nombre d'établissements volontaires composant la référence = 149		Moyenne observée = 68 %
Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	34
Aquitaine	12	80
Auvergne	2	58
Basse Normandie	5	60
Bourgogne	3	73
Bretagne	3	90
Centre	3	92
Champagne Ardenne	3	61
Corse	1	83
Franche Comté	1	100
Haute Normandie	4	98
Ile de France	27	59
Languedoc Roussillon	9	65
Limousin	3	90
Lorraine	3	65
Martinique	1	88
Midi Pyrénées	5	87
Nord Pas de Calais	12	66
Océan Indien	5	89
PACA	14	70
Pays de la Loire	4	94
Picardie	6	69
Poitou Charentes	5	75
Rhône Alpes	13	45

Tableau 22. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013

Nombre d'établissements volontaires composant la référence = 149		Moyenne observée = 88 %
Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	91
Aquitaine	12	94
Auvergne	2	93
Basse Normandie	5	96
Bourgogne	3	89
Bretagne	3	93
Centre	3	94
Champagne Ardenne	3	88
Corse	1	90
Franche Comté	1	35
Haute Normandie	4	95
Ile de France	27	89
Languedoc Roussillon	9	81
Limousin	3	84
Lorraine	3	65
Martinique	1	88
Midi Pyrénées	5	87
Nord Pas de Calais	12	82
Océan Indien	5	87
PACA	14	92
Pays de la Loire	4	91
Picardie	6	98
Poitou Charentes	5	88
Rhône Alpes	13	85

**Tableau 23. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire »
– Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013**

Nombre d'établissements volontaires composant la référence = 149		Moyenne observée = 87 %
Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	100
Aquitaine	12	92
Auvergne	2	93
Basse Normandie	5	92
Bourgogne	3	93
Bretagne	3	97
Centre	3	81
Champagne Ardenne	3	76
Corse	1	87
Franche Comté	1	100
Haute Normandie	4	98
Ile de France	27	82
Languedoc Roussillon	9	82
Limousin	3	98
Lorraine	3	85
Martinique	1	75
Midi Pyrénées	5	84
Nord Pas de Calais	12	87
Océan Indien	5	92
PACA	14	87
Pays de la Loire	4	98
Picardie	6	92
Poitou Charentes	5	94
Rhône Alpes	13	86

Tableau 24. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013

Nombre d'établissements volontaires composant la référence = 149		Moyenne observée = 63 %
Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	100
Aquitaine	12	65
Auvergne	2	93
Basse Normandie	5	74
Bourgogne	3	33
Bretagne	3	95
Centre	3	42
Champagne Ardenne	3	33
Corse	1	93
Franche Comté	1	98
Haute Normandie	4	66
Ile de France	27	61
Languedoc Roussillon	9	68
Limousin	3	86
Lorraine	3	67
Martinique	1	0
Midi Pyrénées	5	58
Nord Pas de Calais	12	45
Océan Indien	5	56
PACA	14	62
Pays de la Loire	4	90
Picardie	6	74
Poitou Charentes	5	81
Rhône Alpes	13	58

Tableau 25. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013

Nombre d'établissements volontaires composant la référence = 149		Moyenne observée = 42 %
Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	48
Aquitaine	12	34
Auvergne	2	66
Basse Normandie	5	33
Bourgogne	3	19
Bretagne	3	63
Centre	3	0
Champagne Ardenne	3	12
Corse	1	13
Franche Comté	1	0
Haute Normandie	4	41
Ile de France	27	33
Languedoc Roussillon	9	58
Limousin	3	84
Lorraine	3	55
Martinique	1	0
Midi Pyrénées	5	39
Nord Pas de Calais	12	29
Océan Indien	5	30
PACA	14	61
Pays de la Loire	4	65
Picardie	6	68
Poitou Charentes	5	65
Rhône Alpes	13	35

Tableau 26. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2014 - données 2013

Nombre d'établissements volontaires composant la référence = 149		Moyenne observée = 54 %
Régions	Nbre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements volontaires par région (en %)
Alsace	2	88
Aquitaine	12	48
Auvergne	2	96
Basse Normandie	5	58
Bourgogne	3	48
Bretagne	3	66
Centre	3	83
Champagne Ardenne	3	33
Corse	1	13
Franche Comté	1	100
Haute Normandie	4	42
Ile de France	27	47
Languedoc Roussillon	9	53
Limousin	3	84
Lorraine	3	65
Martinique	1	0
Midi Pyrénées	5	52
Nord Pas de Calais	12	49
Océan Indien	5	56
PACA	14	53
Pays de la Loire	4	79
Picardie	6	78
Poitou Charentes	5	77
Rhône Alpes	13	37

Annexe III. 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 (x 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 IV. Grilles utilisées pour le recueil des indicateurs

GRILLE DE RECUEIL POUR LE THÈME OBE – CAMPAGNE 2014

Inclusion / Informations générales		
OBE1	Numéro FINESS enquêté	□□□□□□□□
OBE2	Nom de l'établissement enquêté	
Identification – Niveau interne à la structure		
OBE3	Service (ou pôle)	□□□□□
Identification – Tirage au sort et date de saisie		
OBE4	Date de la saisie	□□ / □□ / □□
OBE5	Numéro du tirage au sort	□□□
Identification – Caractéristiques du séjour patient		
OBE6	Âge du patient	□□□
OBE7	Sexe du patient	☐ Femme ☐ Homme
OBEDUREE	Durée du séjour	□□
OBEACTE	Code CCAM de l'acte réalisé	□□□□□□□□
OBE8	Dossier retrouvé	☐ Retrouvé ☐ Non retrouvé (exclusion du thème) ☐ Incohérence PMSI (exclusion du thème) ☐ Dossier exclu car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées
OBE9	Dossier correspondant à une intervention INITIALE de chirurgie bariatrique	☐ Oui ☐ Non (exclusion du thème)
OBE10	Date de la chirurgie	□□ / □□ / □□ ☐ Non retrouvée
OBE11	Type de chirurgie	☐ Anneau gastrique ☐ Bypass gastrique ☐ Gastrectomie longitudinale (<i>sleeve gastrectomy</i>) ☐ Dérivation biliopancréatique ☐ Gastroplastie verticale
OBE12	Données collectées contenu dans un dossier informatisé	☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement
OBE13	Si informatisation partielle, préciser	☐ CR de consultations ☐ Examens demandés ☐ Relevé de RCP

Bilan des comorbidités			
Conclusion concernant la recherche des comorbidités suivantes, évaluées en vue de poser l'indication de chirurgie et de la prise en charge avant l'intervention chirurgicale présente dans le dossier :			
COM 1	HTA	☐ Oui	☐ Non
COM 2	Diabète	☐ Oui	☐ Non
COM 3	Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil	☐ Oui	☐ Non
Endoscopie et recherche d'HP			
ENDO 1	Trace du résultat d'une endoscopie œsogastroduodénale antérieure à l'intervention	☐ Oui	☐ Non
En cas de bypass			
ENDO 2	Trace de la recherche d'HP antérieure à l'intervention	☐ Oui	☐ Non
ENDO 2.1	Si oui, le patient est porteur d'une infection à HP (HP+)	☐ Oui ☐ Ne sais pas	☐ Non
ENDO 2.2	Si oui trace du contrôle de l'éradication	☐ Oui	☐ Non
Bilans nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire			
NUT 1	Bilan nutritionnel préopératoire dans le dossier	☐ Oui	☐ Non
NUT 2	Bilan vitaminique préopératoire dans le dossier	☐ Oui	☐ Non
Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire			
PSY 1	Trace de l'évaluation psychologique/psychiatrique préopératoire	☐ Oui	☐ Non
PSY 1.1	Si oui, elle comprend au moins une conclusion sur la présence ou non de contre-indication psychiatrique à la chirurgie	☐ Oui	☐ Non
Information préopératoire du patient			
INFO 1	Trace dans le dossier de l'information préopératoire du patient	☐ Oui	☐ Non
INFO 1.1	Les bénéfices attendus	☐ Oui	☐ Non
INFO 1.2	Les risques et contraintes de la chirurgie	☐ Oui	☐ Non
INFO 1.3	La nécessité de modifier son comportement alimentaire et son mode de vie AVANT et APRES l'intervention	☐ Oui	☐ Non
INFO 1.4	Le suivi postopératoire	☐ Oui	☐ Non

Réunion de Concertation pluridisciplinaire		
RCP 1	Trace dans le dossier d'une concertation pluridisciplinaire antérieure à la chirurgie	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, cette trace comporte notamment :	
RCP 1.1	La date de la concertation	☐ Oui ☐ Non
RCP 1.2	L'identité du patient	☐ Oui ☐ Non
RCP 1.3	La stratégie de prise en charge	☐ Oui ☐ Non
RCP 1.4	le nom des participants	☐ Oui pour chaque participant ☐ Oui pour une partie des participants ☐ Non
RCP 1.5	la spécialité des participants	☐ Oui pour chaque participant ☐ Oui pour une partie des participants ☐ Non
RCPMED1	Trace que la stratégie de prise en charge décidée en RCP a été communiquée au médecin traitant	☐ Oui ☐ Non
RCPMED1.1	Si non, il est tracé dans le dossier que le patient souhaite que son médecin traitant ne soit pas informé de sa chirurgie ou que le patient n'a pas déclaré de médecin traitant	☐ Oui ☐ Non

QUESTIONNAIRE D'ORGANISATION DU THÈME OBE – CAMPAGNE 2014

Questionnaire établissement		
Q1	Votre établissement est un :	☐ centre spécialisé (comme défini dans l'instruction de la DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011) ☐ établissement partenaire d'un établissement spécialisé ☐ autre
Q2	Combien de chirurgiens réalisent des chirurgies bariatriques dans l'établissement ?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Plus
Q3	Les chirurgiens intervenant dans l'établissement pour cette chirurgie font partie d'un réseau pluridisciplinaire spécifique formalisé	☐ Oui ☐ Non
Q3bis	si oui indiquez le nom du réseau :	 ☐ Pas de nom
Q4	La situation décrite en Q3 concerne :	☐ tous les chirurgiens exerçant dans l'établissement ☐ la majeure partie des chirurgiens exerçant dans l'établissement ☐ peu de chirurgiens
Q5	Organisation de la PEC chirurgicale du patient adulte obèse	☐ La PEC est faite uniquement dans l'ES au sein de l'équipe pluridisciplinaire ☐ La PEC est partagée avec des professionnels extérieurs à l'ES sans cadre formalisé ☐ La PEC est partagée avec des professionnels extérieurs à l'ES dans un cadre formalisé ☐ La PEC dans l'établissement ne correspond pas aux situations décrites précédemment
Q6	Les dossiers audités correspondent au processus décrit en Q5	☐ Oui en totalité ☐ Oui mais partiellement ☐ Non
Q7	Pour l'audit de dossiers vous avez eu recours à un ou plusieurs dossiers extérieurs à celui de l'établissement	☐ Oui ☐ Non

Références

- I. Haute Autorité de Santé. Chirurgie de l'obésité : ce qu'il faut savoir avant de se décider - 2009 Juillet.
- II. 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). Ils sont au nombre de 37 en 2015.
- III. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Interventions initiales – réinterventions. Recommandation de bonnes pratiques - Recommandations. 2009 Janvier.
- 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. 2009 Juin.
- V. 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. 2009 Juin.



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