

Indicateurs pour l'amélioration de la
qualité et de la sécurité des soins

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

Résultats de la campagne 2015 - Données
2014

Rapport long

Ce document présente les résultats issus du recueil 2015 des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » réalisé par les établissements de santé 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 de santé concernés, et contribuent à l'observation de la qualité des soins en France.

Où retrouver les résultats de votre établissement ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement de santé sont accessibles sur la plate-forme QualHAS. Pour y accéder, contacter le service DIM de votre établissement.

Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site Internet :

http://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 : ipagss@has-sante.fr

Ce rapport a été rédigé par Sandrine Morin (chef de projet) et Mélanie Couralet (statisticienne), sous la coordination de Rose Derenne, et sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli, chef du service « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Rapport validé par le Collège de la HAS le 20 juillet 2016.

Sommaire

Avant-propos : Politique nationale des indicateurs qualité et sécurité des soins.....	4
Introduction.....	5
Partie 1. Résultats et principaux constats par indicateurs : campagne 2015, données 2014.....	8
Descriptif de la campagne 2015.....	9
Résultats des indicateurs.....	12
Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » (COM).....	13
Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » (ENDO).....	15
Indicateur « Évaluation psychologique/ psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » (PSY).....	18
Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire »(RCP).....	21
Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » (RCP-MED).....	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 2015.....	30
Partie 2. Analyses complémentaires.....	31
Agrégation des indicateurs sur deux axes de la prise en charge.....	32
Bilan de la participation des établissements de santé au cours des 3 campagnes.....	34
Bilan et perspectives.....	36
Table des illustrations.....	38
Annexes.....	39
Annexe I. Détails d'analyses complémentaires.....	39
Annexe II. Répartitions et moyennes régionales des établissements de santé volontaires par indicateur.....	40
Annexe III. Méthodes de recueil et d'analyse.....	47
Références bibliographiques.....	54

Avant-propos : Politique nationale des indicateurs qualité et sécurité des soins

Depuis 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont mis 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. Ceci s'inscrit dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation au niveau régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique¹). Ce programme de déploiement national des indicateurs est discuté par un comité de pilotage, co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants des directeurs et des présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAM-TS et des représentants des usagers. Ce comité discute également de la nature des indicateurs à développer, des modalités de leur utilisation et de leur diffusion publique en fonction du cadre réglementaire en vigueur.

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 au sein des établissements de santé. Elle constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. Dans ce cadre, la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel. Ceci concerne certains IQSS obligatoires, imputables aux établissements de santé et ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale de recueil. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique nationale sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr). Les résultats des établissements pour ces indicateurs y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, selon qu'ils sont supérieurs (A), égaux (B) ou inférieurs (C) à l'objectif national de performance. Cet objectif national de performance correspond à une valeur fixée pour plusieurs années et pour chaque indicateur diffusé publiquement. Il permet aux établissements de santé de disposer d'un repère correspondant au seuil minimum de qualité à atteindre. L'objectif est défini en concertation avec le comité de pilotage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé et les structures professionnelles concernées par le thème.

Du fait de l'utilisation croissante des indicateurs (diffusion publique aux usagers, tableaux de bord de pilotage, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité (IFAQ), etc...), un contrôle qualité de leur recueil est effectué. Depuis 2013, une orientation nationale de contrôle de l'IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement. Le principe de ce contrôle qualité du recueil des IQSS diffusés publiquement est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, par l'utilisation d'une procédure de contrôle aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année 10% des établissements de santé concernés par région : la moitié des établissements de santé concernés est tirée au sort aléatoirement parmi la liste des établissements de santé concernés par le recueil et l'autre est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas le résultat est annulé. Il est indiqué comme non validé sur le site Scope Santé.

Ce dispositif complet permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements de santé concernant la qualité et la sécurité des soins.

A ces indicateurs obligatoires et diffusés publiquement, s'ajoutent des indicateurs optionnels. Ils sont destinés uniquement aux établissements de santé pour leur pilotage interne de la qualité.

1 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 au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins.

Introduction

Contexte

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 professionnelles 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 adultes avec un indice de masse corporelle (IMC) $> 40 \text{ kg/m}^2$ ou avec un IMC $> 35 \text{ kg/m}^2$ associé à des comorbidités. Il consiste à modifier l'anatomie du système digestif soit pour diminuer la quantité d'aliments consommée (anneau gastrique ajustable, gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy), gastroplastie verticale calibrée) ; soit pour diminuer la quantité d'aliments et leur assimilation par l'organisme (bypass gastrique, dérivation biliopancréatique)¹.

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 2014, le nombre de séjours est évalué à 54 241² (50 084 en 2013, 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 identifiésⁱⁱⁱ. 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 de santé partenaires. Les établissements de santé 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, publiées en 2009 et 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 recueillis depuis 2013.

² Données PMSI 2014

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 » (Compaqh-hpst)

Les indicateurs

Le thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » est composé de plusieurs indicateurs. Axés sur la phase préopératoire, identiques 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 d'exigence croissante (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 bonne pratique de la HAS concernant la prise en charge chirurgicale de l'obésité et les critères de qualité de 2009, et ont été 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 (SOFFCO-MM).

Ce dispositif englobant les recommandations, les critères de qualité et les indicateurs a pour objectif d'optimiser la qualité de la prise en charge dont 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.

Ils sont recueillis depuis 2013 de manière optionnelle (au choix de l'établissement) et annuelle.

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 leur pratique. Aucune contrainte n'existe quant à l'obligation du recueil. Aucune diffusion publique des données n'est réalisée.

Le statut optionnel repose sur plusieurs spécificités :

- Le recueil a commencé en 2013 avec l'analyse des dossiers de 2012 ; le recul par rapport à la parution des recommandations était jugé insuffisant. Il fallait laisser le temps aux établissements de santé d'intégrer les recommandations, d'adapter leur pratique avant de recueillir ces indicateurs sur l'ensemble des établissements de santé et produire des comparaisons nationales.
- Les améliorations à conduire suite à l'analyse de certains indicateurs ne sont pas uniquement du ressort des établissements de santé 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 (ensemble de professionnels, parfois de différents établissements de santé, participants à la prise en charge préopératoire et à la pose de l'indication chirurgicale). 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 de santé dans lequel la chirurgie a lieu. Tout ceci limite la comparaison directe entre établissements de santé à partir des résultats de certains indicateurs. L'organisation autour des CSO peut modifier cette situation.

Toutes ces spécificités ont justifié le caractère optionnel du thème pour les campagnes de 2012 à 2015.

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. Elle fournit une information structurée et comparative qui permet aux établissements de santé de se positionner par rapport aux

⁴ Partenariat HAS-ATIH

autres établissements de santé 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 de santé 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 troisième 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 de santé volontaires, de dossiers de patients adultes ayant bénéficié en 2014 pour la première fois d'une chirurgie bariatrique, et des réponses au questionnaire organisationnel renseigné par les établissements de santé.
- dans une deuxième partie, les analyses complémentaires suivantes :
 - ▶ les résultats 2015 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 ;
 - ▶ le bilan de la participation des établissements de santé de 2013 à 2015.

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

Partie 1.

Résultats et principaux constats par indicateur : campagne 2015, données 2014

Descriptif de la campagne 2015

Les indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » ont été recueillis pour la troisième année consécutive, de juillet 2015 à janvier 2016 à partir de l'analyse de dossiers de patients opérés en 2014.

L'ensemble des établissements de santé pratiquant ce type de chirurgie était concerné par ces indicateurs quelle que soit la technique chirurgicale mise en œuvre. 501 établissements de santé ont déclaré un acte de chirurgie bariatrique dans la base PMSI 2014, soit 54 241 actes en 2014.

Descriptif des établissements de santé volontaires participant à la campagne 2015

Parmi les 501 établissements de santé réalisant ce type de chirurgie, 172 ont recueilli de manière volontaire les données nécessaires au calcul des indicateurs lors de cette campagne, soit 34 % des établissements de santé pratiquant ce type de chirurgie.

Plus de la moitié des établissements de santé sont de statut privé à but lucratif (57 %), 37 % sont de statut public, 6 % sont des établissements de santé privés à but non lucratifs.

Parmi les 172 établissements de santé, 25 sont des centres spécialisés de l'obésité (CSO) et 28 des partenaires d'un CSO [Données déclarées par les établissements de santé et recoupées avec les données de l'observatoire national des centres spécialisés de l'obésité (oNCSO)].

En 2014, le volume d'activité de ces 172 établissements de santé représentait 48 % de l'ensemble des actes réalisés (26 188 actes sur 54 241). 51 % des établissements de santé volontaires ont réalisé en 2014 moins de 100 actes, 39 % ont réalisé entre 100 et 300 actes, 10 % entre 300 et 720 actes.

Les résultats des 169 établissements de santé qui avaient réalisé au moins 10 actes, ont été utilisés dans l'analyse agrégée du rapport. 3 établissements de santé (2 centres hospitaliers et un établissement privé) ont inclus moins de 10 dossiers (entre 5 et 9 dossiers). Pour l'un, il avait pour ce recueil moins de dossiers qu'en 2013 (9 contre 11 dossiers en 2013). Pour les 2 autres, ils participaient pour la première fois au recueil, néanmoins leurs nombres d'actes étaient toujours inférieurs à 10 lors des années précédentes. Leurs résultats d'indicateurs n'ont pas été utilisés dans cette analyse (cf. méthode).

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 variable d'une région à l'autre (cf. Tableau 22. Participations régionales). Pour la troisième 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

Afin de décrire l'organisation en 2014, les 172 établissements de santé volontaires ont complété le questionnaire organisationnel composé d'éléments descriptifs de l'activité (cf. Annexe IV).

Dans 28 % des établissements de santé, les actes de chirurgie bariatrique sont réalisés par un seul chirurgien. Ils sont réalisés par deux chirurgiens dans 44% des établissements de santé, par 3 chirurgiens dans 17% des établissements de santé et par 4 chirurgiens ou plus pour les 11 % restant.

Dans 63% des établissements de santé, l'ensemble des patients candidats à la chirurgie bariatrique sont pris en charge au sein d'un réseau pluridisciplinaire spécifique à l'obésité et formalisé. Dans 7% des établissements de santé, la prise en charge au sein d'un réseau pluridisciplinaire spécifique à l'obésité et formalisé bénéficie à une partie des patients. Dans les 30% restant, la prise en charge n'est pas réalisée au sein d'un réseau pluridisciplinaire spécifique de l'obésité et formalisé.

La prise en charge préopératoire du patient adulte obèse est réalisée uniquement au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement de santé dans 26 % des établissements de santé ; elle est partagée dans un cadre formalisé avec des professionnels extérieurs à l'établissement de santé dans 45 %

des établissements de santé, et sans cadre formalisé dans 28 % des établissements de santé. La prise en charge ne correspond pas aux situations décrites précédemment pour près de 1 % des établissements de santé.

93 % des établissements de santé déclarent que le contenu des dossiers reflète l'organisation mise en place et décrite dans leur questionnaire organisationnel. Pour les 7 % restant, ils déclarent une discordance entre l'organisation théorique décrite dans le questionnaire et ce que renvoie l'analyse des dossiers.

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 172 établissements de santé ayant effectué le recueil, les professionnels médicaux ont participé au recueil des indicateurs dans 72 % d'entre eux. 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 1er janvier et le 31 décembre 2014, pour une chirurgie bariatrique initiale⁵.

Les données nécessaires au calcul des indicateurs sont 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.

16 % des établissements de santé ont eu recours à un ou plusieurs dossiers extérieurs à celui de l'établissement pour renseigner les données nécessaires au calcul des indicateurs.

8 521 dossiers de chirurgie initiale ont été analysés par les 172 établissements de santé. Leurs caractéristiques sont les suivantes :

- 81 % sont des femmes. L'âge moyen est de 40 ans. La durée moyenne de séjour est de 5 jours ;
- seuls 8% des dossiers (647) étaient codés dans le PMSI avec au moins un diagnostic associé lié à l'obésité (E66 dans la CIM-10)
- l'indice de masse corporelle (IMC) en phase préopératoire noté dans les dossiers (la valeur la plus élevée quand plusieurs valeurs étaient tracées) se répartit de la manière suivante :
 - $30 \leq \text{IMC} < 35$: 1%
 - $35 \leq \text{IMC} < 40$: 28%
 - $40 \leq \text{IMC} < 45$: 42%
 - $45 \leq \text{IMC} < 50$: 18%
 - $50 \leq \text{IMC}$: 11% (IMC maximum noté à 105)
 - aucune valeur d'IMC tracée dans 0,3% des dossiers.
- parmi ces dossiers, la répartition des techniques utilisées est la suivante :
 - gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy) : 69 % ;
 - bypass gastrique : 23,5 % ;
 - anneau gastrique : 7 % ;
 - gastroplastie verticale : 0,5 % (technique peu réalisée) ;
 - dérivation biliopancréatique : 0,06 % (technique réservée aux patients dont l'IMC est supérieur à 50) ;

⁵ Actes thérapeutiques retenus pour cibler la population attendue (codes CCAM 2014): HFCA001: Court-circuit [bypass] gastrique pour obésité morbide, par laparotomie, HFCC003: Court-circuit [bypass] gastrique pour obésité morbide, par coelioscopie, HFFA001: Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par laparotomie, HFFA011: Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité morbide, par laparotomie, HFFC004: Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie, HFFC018: Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité morbide, par coelioscopie, HFMA009: Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par laparotomie, HFMA010: Gastroplastie verticale calibrée pour obésité morbide, par laparotomie, HFMC006: Gastroplastie verticale calibrée pour obésité morbide, par coelioscopie, HFMC007: Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par coelioscopie, HGCA009: Court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par laparotomie, HGCC027: Court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie,

L'analyse des dossiers montre qu'environ 38% des établissements de santé participants réalisent 3 techniques.

Au final, l'analyse ci-après porte sur 169 établissements de santé et 8 501 dossiers.

Facteurs influençant les résultats des indicateurs

Les variables telles que le type d'établissements de santé (centres spécialisés de l'obésité/partenaires versus autres)⁶ et 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 20 et Tableau 21).

Les constats sont présentés ci-après par indicateur.

⁶Du 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 de santé privés et publics.

Résultats des indicateurs

Présentation des résultats

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. Il est à noter que 2 indicateurs ne font pas l'objet d'une comparaison inter-établissements de santé : 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).

Pour chaque indicateur sont présentés :

- la fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur, ...) ;
- la moyenne inter-établissements observée ;
- le nombre d'établissements de santé volontaires entrant dans le calcul de la moyenne inter-établissements observée de l'indicateur (ceux ayant inclus au moins 10 dossiers) ;
- le nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements de santé entrant dans le calcul ;
- les éléments manquants dans les dossiers, et source de non-conformité ;
- les résultats minimum, maximum obtenus par les établissements de santé volontaires ayant inclus au moins 10 dossiers, la médiane, le premier quartile (où se situent 25 % des établissements de santé) ; le troisième quartile (où se situent 75 % des établissements de santé) ;
- la représentation graphique de la répartition des résultats (intervalle de confiance) des établissements de santé. Elle permet de visualiser la variabilité inter-établissements, quand une comparaison inter-établissements de santé est possible ;
- le classement des établissements de santé (nombre et pourcentage) par rapport à la moyenne observée et permet d'objectiver le nombre et le pourcentage d'établissements de santé pour lesquels une marge d'amélioration existe ;
- les principaux constats tirés de ces différents résultats.

Les résultats des indicateurs par région sont rapportés pour information en annexe I.

La méthode détaillée du recueil, du calcul et de l'analyse des indicateurs est présentée en annexe III.

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

Description

Proportion de dossiers de chirurgie bariatrique initiale dans lesquels est tracé le bilan des 3 principales comorbidités avant l'intervention chirurgicale.	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation du bilan des 3 principales comorbidités avant l'intervention chirurgicale.
Références professionnelles	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) ».
Comparaison inter-établissements de santé Diffusion publique	Comparaison inter-établissements possible Pas de diffusion publique des résultats
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
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
Critères d'exclusion	-

Analyse des informations recueillies

Tableau 1. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Résultats de la campagne 2015 - données 2014

Campagne 2015 - Données 2014	
Moyenne observée	73 %
Nb d'établissements de santé volontaires	169
Nb total de dossiers analysés	8 501

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 14 % des dossiers ;
- celle du diabète est absente dans 16 % des dossiers ;
- et celle du syndrome des apnées-hypopnées obstructives du sommeil est absente dans 13 % des dossiers.

Distribution des établissements de santé en fonction de leur résultat

Tableau 2. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Statistiques descriptives et variabilité en 2015

Campagne 2015-Données 2014		Variabilité inter-établissements ⁷
Nombre d'établissements de santé volontaires	169	Graphique : Représentation de la variabilité du score Indicateur : COM_C
Résultat minimum	0 %	
Résultat maximum	100 %	
1er quartile	47%	
Médiane	90%	
3ème quartile	100%	

Tableau 3. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Campagne 2015 - données 2014 - Répartition des établissements de santé par rapport à la moyenne inter-établissements observée

Positionnement par rapport à la moyenne observée (73%) en 2015 % d'établissements de santé (nombre)			
Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire (COM)	54%* (92)	17 % (29)	29 % (48)

* Lire : 54 % des établissements de santé volontaires ont une moyenne individuelle supérieure à la moyenne des établissements de santé 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 73 %. Autrement dit, près de 7 patients sur 10 ont eu une évaluation des 3 comorbidités nécessaires 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 69 % des cas. Ce taux est meilleur dans le cas d'un bypass gastrique (79 %) ou d'une sleeve gastrectomy (74 %) (cf. Annexe I).
- La variabilité des résultats entre les établissements de santé est importante : bien que la moitié des établissements de santé ait un résultat supérieur à 90%, un quart des établissements de santé se situent entre 47 % et 90 %, et le dernier quart des établissements de santé ont un résultat inférieur à 47 % (cf. graphique de variabilité).
- Les établissements de santé spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat supérieur pour cet indicateur que les autres établissements de santé : 77 % versus 72 %.

⁷ Chaque barre horizontale représente le score d'un établissement de santé et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne pondérée

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

Description

Proportion de dossiers de chirurgie bariatrique initiale dans lesquels est tracé le bilan endoscopique œsogastroduodénale avant l'intervention chirurgicale.	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation en préopératoire d'une endoscopie œsogastroduodénale, et, quand la technique bypass gastrique est envisagée, la recherche d' <i>Helicobacter pylori</i> (HP) et du contrôle de l'éradication en cas d'HP+.
Références professionnelles	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). »
Comparaison inter-établissements de santé Diffusion publique	Comparaison inter-établissements possible Pas de diffusion publique des résultats
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
Numérateur	Nombre de dossiers dans lesquels sont retrouvées, les traces : - d'une endoscopie œsogastroduodénale préopératoire ; - et quand la technique bypass gastrique 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
Critères d'exclusion	-

Analyse des informations recueillies

Tableau 4. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Résultats de la campagne 2015 – données 2014

Campagne 2015 - Données 2014	
Moyenne observée	93 %
Nb d'établissements de santé volontaires	169
Nb total de dossiers analysés	8 501

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 5 % des dossiers analysés.

Les dossiers de chirurgie par bypass représentent 25 % de dossiers analysés (2002 dossiers sur 8501). Les éléments à évaluer pour les dossiers de bypass gastrique sont plus nombreux. Les éléments manquants sont les suivants :

- la trace de la recherche d'*Helicobacter pylori* (HP) est manquante dans 7 % des dossiers ;
- le résultat de la recherche d'HP est absent dans 3 % des dossiers.
- 17,5 % des patients opérés par la technique du bypass gastrique étaient positifs au test d'HP. Parmi ces patients positifs au test d'HP, la trace du contrôle de l'éradication est manquante dans 27 % des dossiers.

Distribution des établissements de santé en fonction de leur résultat

Tableau 5. « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation pré-opératoire » - Campagne 2015 – données 2014 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires

Campagne 2015-Données 2014		Variabilité inter-établissements ⁸
Nombre d'établissements de santé volontaires	169	Graphique : Représentation de la variabilité du score Indicateur : ENDO_C Score avec IC à 95%
Résultat minimum	25 %	
Résultat maximum	100 %	
1er quartile	92%	
Médiane	98%	
3ème quartile	100%	

Tableau 6. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation pré-opératoire » - Campagne 2015 - données 2014 - Répartition des établissements de santé par rapport à la moyenne inter-établissements observée

Positionnement par rapport à la moyenne observée (93%) en 2015 % d'établissements de santé (nombre)			
Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire (ENDO)	38 %* (64)	49 % (83)	13 % (22)

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

⁸ Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne pondérée

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 93 %. 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 91 % des cas. Le taux est de 95% 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 85% des cas (le résultat de l'endoscopie seule est retrouvé dans 97 % des dossiers de bypass gastrique).
- La variabilité des résultats entre les établissements de santé est peu importante pour les trois quarts d'entre eux (résultat supérieur à 92 %). Elle est toutefois très importante pour le quart des établissements de santé restant ayant des résultats compris entre 25 % et 92 % (cf. Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires).
- Les établissements de santé spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat supérieur à celui des autres établissements de santé : 96 % versus 91 %.

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

Description

Proportion de dossiers de chirurgie bariatrique initiale dans lesquels est tracé l'évaluation psychologique/psychiatrique avant l'intervention chirurgicale.	
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.
Références professionnelles	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). »
Comparaison inter-établissements de santé Diffusion publique	Comparaison inter-établissements possible Pas de diffusion publique des résultats
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
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.
Critères d'exclusion	-

Analyse des informations recueillies

Tableau 7. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Résultats de la campagne 2015 – données 2014

Campagne 2015 - Données 2014	
Moyenne observée	91 %
Nb d'établissements de santé volontaires	169
Nb total de dossiers analysés	8 501

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 6 % des dossiers analysés ;
- quand l'évaluation est présente, la conclusion sur la présence ou non d'une contre-indication n'est pas tracée dans 3 % des dossiers analysés.

Distribution des établissements de santé en fonction de leur résultat

Tableau 8. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » –campagne 2015 – données 2014 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires

Campagne 2015-Données 2014		Variabilité inter-établissements ⁹
Nombre d'établissements de santé volontaires	169	Graphique : Représentation de la variabilité du score Indicateur : PSY_C
Résultat minimum	0 %	
Résultat maximum	100 %	
1er quartile	88%	
Médiane	97%	
3ème quartile	100%	

Tableau 9. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2015 - données 2014 - Répartition des établissements de santé par rapport à la moyenne observée

Positionnement par rapport à la moyenne observée (91%) en 2015 % d'établissements de santé (nombre)			
Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation (PSY)	48%* (64)	50 % (84)	12 % (21)

* Lire : 48% des établissements de santé volontaires ont une moyenne individuelle supérieure à la moyenne des établissements de santé volontaires.

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

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

- Le taux moyen de traçabilité de l'évaluation psychologique/psychiatrique est de 91 %. Autrement dit, près 9 patients sur 10 ont bénéficié d'une évaluation psychologique/psychiatrique recherchant notamment les contre-indications.
- Ce résultat varie en fonction du type d'intervention : il est de l'ordre de 93 % pour le bypass gastrique, de 91% pour la sleeve gastrectomy, et de 87 % pour l'anneau gastrique (cf. Annexe I).
- Le résultat élevé de cet indicateur s'explique par le fait que trois quarts des établissements de santé ont un résultat supérieur à 88%. Pour le quart restant, une variabilité importante est présente : les résultats varient entre 0 % et 88 % (cf. Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires).
- Les établissements de santé spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat supérieur à celui des autres établissements de santé : 94 % versus 90 %.

Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire » (RCP)

Description

Proportion de dossiers de chirurgie bariatrique initiale dans lesquels est tracée la réunion de concertation pluridisciplinaire permettant d'élaborer la stratégie de prise en charge.	
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.
Références professionnelles	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 ».
Comparaison inter-établissements de santé	Comparaison inter-établissements possible
Diffusion publique	Pas de diffusion publique des résultats
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
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. Niveau 2 : Nombre de dossiers conformes au niveau 1 précisant en plus les noms et les spécialités des personnes participant à la RCP.
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus
Critères d'exclusion	-

Analyse des informations recueillies

Tableau 10. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire » - Résultats de la campagne 2015 - données 2014

Campagne 2015 - Données 2014		
	Résultat du niveau 1	Résultat du niveau 2
Moyenne observée	68%	50%
Nombre d'établissements de santé volontaires	169	
Nombre total de dossiers analysés	8 501	

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 étaient :

- La RCP n'est pas tracée dans 23 % des dossiers (1924 dossiers) ;
- 7 % des dossiers contiennent une trace incomplète pour le niveau 1 (625 dossiers) :
 - la date de la réunion de concertation est manquante dans 66 % de ces dossiers (416 dossiers),
 - l'identité du patient absente dans 14 % de ces dossiers (91 dossiers),
 - la stratégie de prise en charge manquante pour 43 % des dossiers (209 dossiers).

La RCP impliquant plusieurs professionnels, nécessite une traçabilité complète des participants. Cette traçabilité est suivie dans le niveau 2, en plus des éléments précédents :

- 28 % des dossiers présentent une trace incomplète pour le niveau 2 (2204 dossiers) :
 - au moins un nom de participants manquant dans 66 % de ces dossiers (1449 dossiers) ;
 - au moins une spécialité de participants manquante dans 84 % des dossiers (1850 dossiers).

Distribution des établissements de santé en fonction de leur résultat

Tableau 11. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire » - Campagne 2015 - données 2014 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires

Campagne 2015 - Données 2014		
Nombre d'établissements de santé volontaires	169	
	Résultat du niveau 1	Résultat du niveau 2
Résultat minimum	0%	0%
Résultat maximum	100%	100%
1er quartile	40%	4%
Médiane	87%	52%
3ème quartile	98%	92%
Variabilité inter-établissements ¹⁰	Graphique : Représentation de la variabilité du score Indicateur : RCP_OBE1_C1	Graphique : Représentation de la variabilité du score Indicateur : RCP_OBE2_C2

¹⁰ Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Tableau 12. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire » - Campagne 2015 - données 2014 - Positionnement des établissements de santé par rapport à la moyenne observée

Positionnement par rapport à la moyenne observée en 2015 % d'établissements de santé (nombre)			
Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire : niveau 1 (RCP-OBE1)	56 %* (95)	14 % (24)	30 % (50)
Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire : niveau 2 (RCP-OBE2)	44% (74)	13% (22)	43% (43)

* Lire : 56 % des établissements de santé volontaires ont une moyenne individuelle supérieure à la moyenne des établissements de santé volontaires.

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

- Le taux moyen de traçabilité de la décision prise en réunion de concertation pluridisciplinaire est de 68 %, pour le premier niveau d'exigence. Pour le deuxième niveau, plus exigeant quant aux éléments composant le compte-rendu de la RCP, le taux moyen est de 50 %. Autrement dit, 1 patient sur 2 bénéficie d'une discussion de sa prise en charge en RCP et dont le compte-rendu contribue à une bonne coordination autour du patient.
- 23 % des dossiers ne contiennent aucune discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (soit près d'1 dossier sur 5).
- Le passage en RCP et sa traçabilité de niveau 1 sont réalisés dans 69 % des cas quand la pose d'un anneau gastrique ou une sleeve gastrectomy sont réalisées. Il est de 77 % lors d'un bypass gastrique (cf. Annexe I). Pour le niveau 2, quel que soit le type d'acte, les résultats de cet indicateur sont similaires, autour de 50% (cf. Annexe I).
- La variabilité des résultats entre les établissements de santé est importante pour le niveau 1. À l'exception de la moitié des établissements de santé dont les résultats sont homogènes et de valeur au-dessus de 87 %, l'autre moitié des établissements de santé ont un résultat très hétérogène (cf. Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires). Pour le second niveau, la variabilité est plus importante : un quart des établissements de santé ont un résultat inférieur à 4 %, un autre quart présente un résultat supérieur à 92 %.
- Pour le premier niveau d'exigence de l'indicateur, les établissements de santé spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat meilleur que les autres établissements de santé : 76 % versus 64 %. Pour le second niveau plus exigeant, les résultats sont similaires entre les établissements de santé spécialisés/ partenaires (48%) et les autres établissements de santé (50%).

Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » (RCP-MED)

Description

Proportion de dossiers de chirurgie bariatrique initiale dans lesquels la communication de la stratégie de prise en charge au médecin traitant est tracée.	
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).
Références professionnelles	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). »
Comparaison inter-établissements de santé Diffusion publique	Comparaison inter-établissements possible Pas de diffusion publique des résultats
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
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.
Critères d'exclusion	-

Analyse des informations recueillies

Tableau 13. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Résultats de la campagne 2015 - données 2014

Campagne 2015 - Données 2014	
Moyenne observée	62 %
Nb d'établissements de santé volontaires	169
Nb total de dossiers analysés	8 501

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 23 % des dossiers.
- La RCP est tracée mais la stratégie de prise en charge décidée n'est pas communiquée au médecin traitant dans 11% des dossiers.
- La RCP a été transmise au médecin traitant après la chirurgie ou à une période non connue, dans 4% des dossiers.

Distribution des établissements de santé en fonction de leur résultat

Tableau 14. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Campagne 2015 - données 2014 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires

Campagne 2015-Données 2014		Variabilité inter-établissements ¹¹
Nombre d'établissements de santé volontaires	169	Graphique : Représentation de la variabilité du score Indicateur : RCP_MED_C
Résultat minimum	0 %	
Résultat maximum	100 %	
1er quartile	13%	
Médiane	82%	
3ème quartile	97%	

Tableau 15. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Campagne 2015 – données 2014 - Positionnement des établissements de santé par rapport à la moyenne observée

Positionnement par rapport à la moyenne observée (62%) en 2015 % d'établissements de santé (nombre)			
Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant (RCP-MED)	54%* (91)	13 % (22)	33 % (56)

* Lire : 54 % des établissements de santé volontaires ont une moyenne individuelle supérieure à la moyenne des établissements de santé volontaires.

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

- Le taux moyen de traçabilité de la communication au médecin traitant, de la décision issue de la RCP est de 62 %. Autrement dit, 6 patients sur dix ont leur médecin traitant informé de la stratégie décidée. Pour 23% 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, 11 % des décisions prises en RCP ne sont pas transmises, alors qu'elles étaient bien tracées dans le dossier du patient. 4% ont été transmises soit après la chirurgie soit à une période non connue.
- Le résultat de cet indicateur est de 72 % pour un bypass gastrique, 64 % pour une pose d'anneau gastrique et de 59 % et une sleeve gastrectomy (cf. Annexe I).
- La variabilité des résultats entre les établissements de santé est très importante (cf. Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires) : elle s'étend pour la moitié des établissements de santé entre 13 % et 97 %. Un quart des établissements de santé ont un résultat à moins de 13%. Le quart restant des établissements de santé présente à l'opposé un résultat très élevé, au-dessus de 97 %.
- Les établissements de santé spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat nettement supérieur aux autres établissements de santé pour cet indicateur : 75 % versus 55 %.

¹¹ Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95%. La barre verticale est la moyenne pondérée

Indicateur « Information préopératoire minimale du patient » (INFO)

Description

Proportion de dossiers de chirurgie bariatrique initiale dans lesquels est retrouvée la trace de l'information délivrée au patient au cours de la phase préopératoire.	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue l'information minimale délivrée au patient au cours de la phase préopératoire.
Références professionnelles	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) ».
Comparaison inter-établissements de santé Diffusion publique	Pas de comparaison inter-établissements possible Pas de diffusion publique des résultats
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
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
Critères d'exclusion	-

Analyse des informations recueillies

Tableau 16. Indicateur « Information préopératoire minimale du patient » – Résultats de la campagne 2015 - données 2014

Campagne 2015 - Données 2014	
Moyenne observée	74 %
Nb d'établissements de santé volontaires	169
Nb total de dossiers	8 501
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 3,5 % des dossiers analysés.
- Quand l'information est délivrée au patient, sa traçabilité est incomplète dans 22 % des dossiers. Les éléments d'information manquants se répartissent de la manière suivante :
 - les bénéfices attendus sont manquants dans 26 % de ces dossiers
 - les risques et contraintes de la chirurgie sont manquants dans 14 % de ces dossiers,
 - la nécessité de modifier son comportement alimentaire et son mode de vie avant et après l'intervention manquante est manquante dans 73 % de ces dossiers
 - l'information sur le suivi postopératoire est manquante dans 66 % de ces dossiers.

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 ne sont pas toujours délivrées 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 de santé puissent le suivre en interne mais sans production de comparaison.

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

- Le taux moyen de traçabilité de l'information préopératoire minimale du patient est de 74 %. 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.
- 3,5 % des dossiers ne contiennent pas de trace d'information du patient.
- L'information sur le suivi postopératoire, la nécessité de modifier son comportement alimentaire et son mode de vie avant et après l'intervention sont les éléments manquants principaux dans l'information donnée au patient.

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

Description

Proportion de dossiers de chirurgie bariatrique initiale dans lesquels est retrouvée la trace d'un bilan biologique nutritionnel et vitaminique au cours de la phase préopératoire.	
Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation du bilan biologique nutritionnel et vitaminique en phase préopératoire.
Références professionnelles	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 favorisant recherchés (accord professionnel). »
Comparaison inter-établissements de santé Diffusion publique	Pas de comparaison inter-établissements possible Pas de diffusion publique des résultats
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
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
Critères d'exclusion	-

Analyse des informations recueillies

Tableau 17. Indicateur « Bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase préopératoire » – Résultats de la campagne 2015 - données 2014

Campagne 2015 - Données 2014	
Moyenne observée	82 %
Nb d'établissements de santé volontaires	169
Nb total de dossiers évalués	8 501
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.

- Seul le bilan biologique nutritionnel préopératoire est manquant : 2 %.
- Seul le bilan biologique vitaminique préopératoire est manquant : 8 %
- Les 2 bilans sont manquants : 9 %.

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

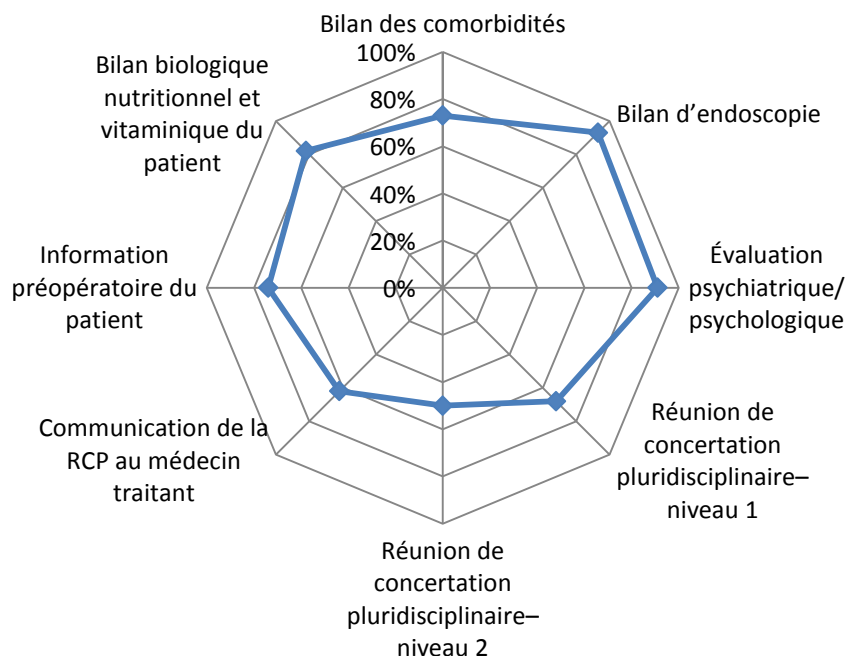
- Le bilan biologique nutritionnel et vitaminique peut être prescrit, réalisé par différentes personnes au cours de la prise en charge préopératoire. Son exhaustivité est importante pour une prise en charge de qualité, néanmoins pour des raisons de coûts, certains dosages ne sont pas réalisés car non 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 de santé 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.

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 82 %. Autrement dit, près de 8 patients sur 10 bénéficient de ces bilans biologiques nutritionnels et vitaminiques.
- 9 % des dossiers ne contiennent aucune trace de bilan.

Récapitulatif des résultats de la campagne 2015

Graphique 1. Résultats des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » pour la campagne 2015 – Données 2014 (moyennes inter-établissements de santé observées)



- Le bilan complet des principales comorbidités est réalisé pour près de 7 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 1 patient sur 2. Seuls 3 patients sur 5 bénéficient d'une RCP communiquée au médecin traitant pour une prise en charge coordonnée.
- 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 biologique nutritionnel et vitaminique du patient est réalisé lors de la phase préopératoire pour 8 patients sur 10.

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.

Le résultat de chaque indicateur évaluant une étape, a été rendu de manière individualisée dans la partie précédente afin de montrer pour chacun les points satisfaisants et ceux nécessitant la mise en place d'actions d'amélioration. Il est néanmoins nécessaire 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. L'agrégation des indicateurs permet cette lecture complémentaire.

Parmi les 7 indicateurs, 5 permettent la comparaison inter-établissements : l'agrégation¹² produite ne concerne que ces indicateurs¹³. Elle a été réalisée afin de mettre en exergue deux grandes étapes : la réalisation des bilans et la tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire dont le résultat est communiquée au médecin traitant (Graphiques 1 et 2).

- ▶ Pour l'étape « les éléments du bilan préopératoire sont tous présents pour chaque patient » : 65 % 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 plus 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 pluri- disciplinaire (RCP) organisée conformément aux recommandations est transmise au médecin traitant » : pour 43 % des patients leur médecin traitant a reçu le compte-rendu de RCP complet, soit près 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.

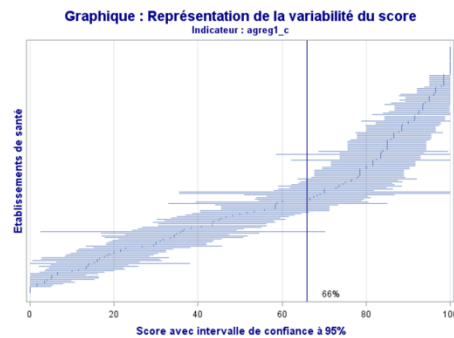
L'agrégation des indicateurs montre que peu de patients bénéficient de l'ensemble des étapes clés. Les actions d'amélioration doivent porter en priorité sur la vérification de la réalisation des bilans recommandés afin de pouvoir poser l'indication de chirurgie. Il est également important que les professionnels structurent les comptes-rendus des RCP, qui sont des éléments forts de la coordination autour du patient et les adressent au médecin traitant avant la chirurgie.

¹² 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.

¹³ Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire (COM) ; Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire (ENDO) ; Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire (PSY) ; Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP-OBE) ; Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant (RCP-MED).

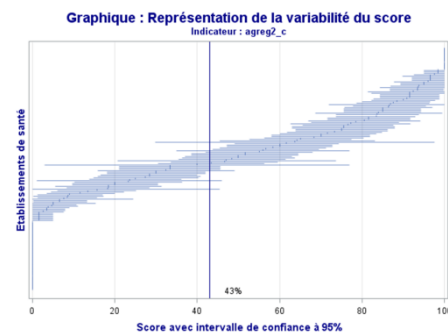
Graphique 2. Indicateur agrégé « tous éléments du bilan préopératoire présents pour chaque patient »

- Moyenne inter-établissements : **65 %**
- Variabilité inter-établissements importante :
 - un quart des établissements de santé ont un résultat supérieur à 93 % ;
 - la moitié a un résultat compris entre 36 % et 93 % ;
 - et le quart restant a un résultat inférieur à 36 %.



Graphique 3. 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 : **43 %**
- Variabilité des résultats inter-établissements moins forte :
 - les résultats de la moitié des établissements de santé se concentrent entre 0 % et 33 % ;
 - un quart d'entre eux varient entre 33 % et 85 % ;
 - et le quart restant se situe au-dessus de 85 %.

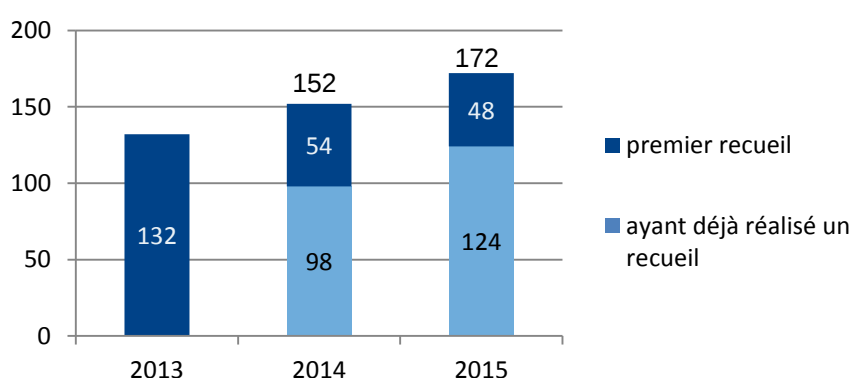


Bilan de la participation des établissements de santé au cours des 3 campagnes

Les indicateurs concernant la prise en charge préopératoire pour une chirurgie bariatrique ont été proposés au recueil volontaire 3 années consécutives, de 2013 à 2015.

En 2013, lors de la première campagne, 132 établissements de santé avaient volontairement réalisé le recueil des indicateurs. Lors de la 2^{ème} campagne, les établissements de santé ont été plus nombreux à répondre : 152 en 2014. Parmi ces 152 établissements de santé, 98 avaient déjà répondu au premier recueil soit 65% des effectifs. En 2015, ils étaient 172 à participer, dont 72% avaient déjà réalisé un recueil les années précédentes.

Graphique 4. Participation des établissements de santé au cours des 3 campagnes



Sur les 3 campagnes, ce sont au total 234 établissements de santé qui ont recueilli de manière volontaire ces indicateurs.

Tableau 18. Nombre de recueils par établissement de santé

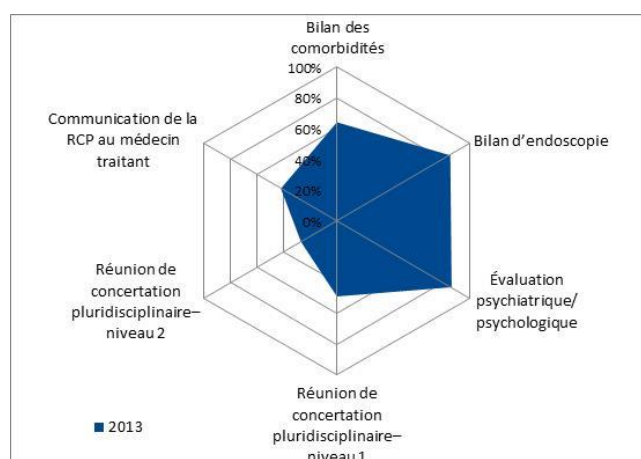
Sur les 3 campagnes, nombre d'établissements de santé volontaires ayant réalisé	
1 recueil	88
2 recueils	70
3 recueils	76

La lecture des résultats permet de constater une amélioration des résultats au cours des différentes campagnes, et plus particulièrement pour les indicateurs concernant la trace des éléments d'une RCP dans le dossier et sa transmission au médecin traitant (Tableau 19). La hausse des résultats est due :

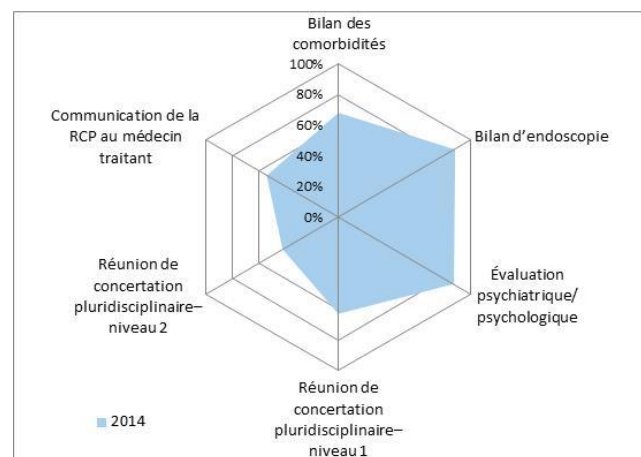
- à l'amélioration des résultats des établissements de santé ayant déjà fait au moins un recueil précédemment, s'expliquant par une appropriation des indicateurs et la mise en œuvre d'actions d'amélioration ;
- et aux bons résultats des établissements de santé s'impliquant pour la première fois officiellement dans le recueil de ces indicateurs. Ceci montre que l'appropriation des recommandations se poursuit.

Tableau 19. Résultats des indicateurs des trois campagnes (moyennes observées)

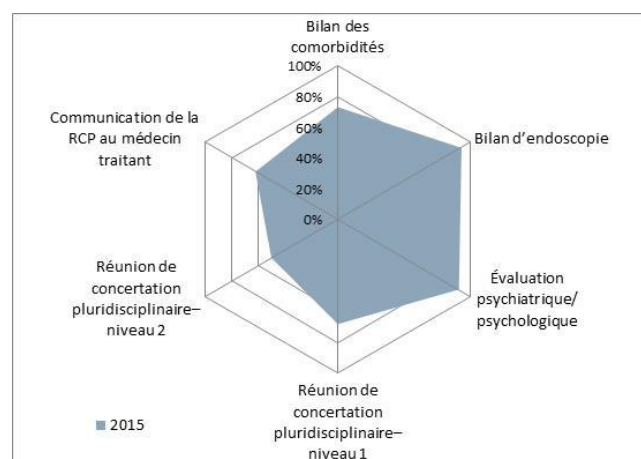
Campagne 2013 - données 2012	
Bilan des comorbidités	64 %
Bilan d'endoscopie	85 %
Évaluation psychiatrique/ psychologique	86 %
Réunion de concertation pluridisciplinaire– niveau 1	49 %
Réunion de concertation pluridisciplinaire– niveau 2	27 %
Communication de la RCP au médecin traitant	42 %



Campagne 2014 - données 2013	
Bilan des comorbidités	68 %
Bilan d'endoscopie	88 %
Évaluation psychiatrique/ psychologique	87 %
Réunion de concertation pluridisciplinaire– niveau 1	63 %
Réunion de concertation pluridisciplinaire– niveau 2	42 %
Communication de la RCP au médecin traitant	54 %



Campagne 2015 - données 2014	
Bilan des comorbidités	73 %
Bilan d'endoscopie	93 %
Évaluation psychiatrique/ psychologique	91 %
Réunion de concertation pluridisciplinaire– niveau 1	68 %
Réunion de concertation pluridisciplinaire– niveau 2	50%
Communication de la RCP au médecin traitant	62 %



Bilan et perspectives

Principaux résultats du recueil

Dans le cadre de la politique d'amélioration de l'état de santé 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 place, 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. Dans ce cadre, 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 2015 pour la troisième année consécutive. 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 de santé volontaires à ce troisième recueil est satisfaisant pour un recueil basé sur le volontariat et en constante augmentation.

172 établissements de santé volontaires soit 34% des établissements de santé de santé réalisant ce type de chirurgie, ont recueilli ces indicateurs en 2015. Il est à noter que ces établissements de santé ont réalisé, en volume, près de la moitié des actes de cette chirurgie en France en 2014.

Sur les 172 établissements de santé ayant participé à ce 3ème recueil, 124 avaient déjà réalisé au moins 1 recueil précédemment, soit 72%. 8 501 dossiers ont pu être analysés.

Démarche de recueil volontaire, cet ensemble d'indicateurs a donc intéressé sur les 3 années 46 % des établissements de santé participant à cette prise en charge chirurgicale (234 sur 501).

Les indicateurs concernent les éléments minimaux nécessaires à une prise en charge de qualité. Leurs résultats calculés à partir de l'analyse de dossiers de 2014 par les établissements de santé volontaires, permettent de poser les constats suivants :

► L'intérêt de ces indicateurs de qualité et de sécurité des soins proposée pour l'amélioration de la qualité de la phase préopératoire est maintenu.

Tous les résultats des indicateurs sont en augmentation, due principalement aux actions d'amélioration réalisées par les établissements de santé ayant déjà réalisé au moins 1 recueil. Mais certains résultats montrent toujours une marge de progression 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 est réalisé 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 1 patient sur 2. Parmi eux, 3 patients sur 5 bénéficient d'une RCP communiquée au médecin traitant pour une prise en charge coordonnée.

Si ces résultats peuvent sembler dans l'ensemble satisfaisants, il est important de souligner que l'agrégation des indicateurs, importante pour avoir une vision d'ensemble, sur 2 grandes étapes de la prise en charge met en avant des résultats plus mitigés :

- Près de 6 patients sur 10 ont bénéficié 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, 4 patients sur 10 ont une RCP élaborée dans les conditions requises et transmises 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.

► **L'hétérogénéité de la prise en charge préopératoire est en partie liée au type de chirurgie.**

Les recommandations de bonne pratique 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 toujours des différences de pratiques suivant si l'acte est une pose d'anneau gastrique ou la réalisation d'une sleeve gastrectomy ou d'un bypass gastrique.

► **Les résultats des établissements de santé spécialisés dans l'obésité (CSO)/partenaires ont de meilleurs résultats que les autres établissements de santé.**

Parmi les 172 établissements de santé participant, 25 sont des CSO et 28 des partenaires d'un CSO.

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

- pour l'indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire », les établissements de santé spécialisés/partenaires ont un résultat moyen meilleur que les autres établissements de santé : 77 % versus 72 % ;
- pour la « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant », leur résultat moyen est de 75 % versus 55 % ;
- pour l'indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 », ils obtiennent un résultat moyen nettement supérieur aux autres établissements de santé : 76 % versus 64 %. En revanche, il n'y a plus de différence pour le niveau 2 d'exigence supérieure.

Mais l'ensemble des résultats, quel que soit le type d'établissements, sont en augmentation depuis 3 ans.

En conclusion, la participation croissante des établissements de santé et des professionnels confirme l'intérêt de ces indicateurs. Les résultats montrent encore une grande hétérogénéité des pratiques entre établissements de santé, et les variables explicatives identifiées (technique chirurgicale, type d'établissement) soutiennent l'importance du suivi de ces indicateurs pour améliorer le service rendu aux patients.

Axes d'amélioration - Perspectives

Les axes d'amélioration identifiés de natures différentes sont ceux déjà identifiés suite aux résultats des recueils précédents :

- La prise en charge préopératoire décrite dans les recommandations doit être mise en œuvre quelle que soit la technique chirurgicale envisagée. Néanmoins la question du remboursement par l'assurance-maladie de l'ensemble des dosages nécessaires est un élément toujours en cours de discussion.
- L'information du patient doit être renforcée afin de favoriser la réussite à long terme de ce type de chirurgie.
- La discussion des dossiers de patients en réunion de concertation pluridisciplinaire doit être systématisée.
- Il est important que les établissements de santé portent attention à l'évaluation de la prise en charge au niveau du patient plutôt que par étape, afin de vérifier que l'ensemble des éléments demandés sont présents pour poser la bonne indication et assurer une coordination de qualité permettant la réussite à long terme de ce type de chirurgie.

A l'issue de ces 3 campagnes, sera menée une réflexion sur le déploiement du recueil de ces indicateurs à l'ensemble des établissements de santé réalisant ce type de chirurgie.

Table des illustrations

Tableau 1 : Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Résultats de la campagne 2015 - données 2014	13
Tableau 2 : Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Statistiques descriptives et variabilité en 2015	14
Tableau 3. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Campagne 2015 - données 2014 - Répartition des établissements de santé par rapport à la moyenne inter-établissements observée.....	14
Tableau 4 : Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation pré- opératoire »- Résultats de la campagne 2015 – données 2014.....	15
Tableau 5 : « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation pré- opératoire » - Campagne 2015 – données 2014 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires.....	16
Tableau 6 : Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation pré- opératoire » – Campagne 2015 - données 2014 - Répartition des établissements de santé par rapport à la moyenne inter-établissements observée.....	16
Tableau 7 : Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Résultats de la campagne 2015 – données 2014.....	19
Tableau 8 : Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – campagne 2015 – données 2014 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires	19
Tableau 9. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Campagne 2015 - données 2014 - Répartition des établissements de santé par rapport à la moyenne observée	19
Tableau 10. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire »- Résultats de la campagne 2015 - données 2014	22
Tableau 11. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire »- Campagne 2015 - données 2014 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires.....	22
Tableau 12. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire »– Campagne 2015 - données 2014 – Positionnement des établissements de santé par rapport à la moyenne observée	23
Tableau 13. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Résultats de la campagne 2015 - données 2014	24
Tableau 14. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Campagne 2015 - données 2014 - Statistiques descriptives et variabilité entre les établissements de santé volontaires.....	25
Tableau 15. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Campagne 2015 – données 2014 - Positionnement des établissements de santé par rapport à la moyenne observée	25
Tableau 16 : Indicateur « Information préopératoire minimale du patient » – Résultats de la campagne 2015 - données 2014.....	26
Tableau 17. Indicateur « Bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase préopératoire »– Résultats de la campagne 2015 - données 2014	28
Graphique 1. Résultats des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » pour la campagne 2015 – Données 2014 (moyennes inter-établissements de santé observées).....	30
Graphique 2. Indicateur agrégé « tous éléments du bilan préopératoire présents pour chaque patient ».....	33
Graphique 3. Indicateur agrégé « élaboration de la stratégie de prise en charge dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) organisée conformément aux recommandations et transmise au médecin traitant »	33
Graphique 4. Participation des établissements de santé au cours des 3 campagnes	34
Tableau 18. Nombre de recueils par établissement	34
Tableau 19. Résultats des indicateurs des trois campagnes (moyennes observées)	35
Tableau 20. Résultats des indicateurs de la phase préopératoire en fonction de la technique chirurgicale utilisée – Campagne 2015 - données 2014	39
Tableau 21. Résultats des indicateurs de la phase préopératoire en fonction du type d'établissements – Campagne 2015 - données 2014	39
Tableau 22. Participations régionales.....	40
Tableau 23. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire »– Moyennes des établissements de santé volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014	41
Tableau 24. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014.....	42
Tableau 25. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014.....	43
Tableau 26. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014	44
Tableau 27. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014	45
Tableau 28. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014	46

Annexes

Annexe I. Détails d'analyses complémentaires

Tableau 20. Résultats des indicateurs de la phase préopératoire en fonction de la technique chirurgicale utilisée – Campagne 2015 - données 2014

	Types d'acte (nombre de dossiers)	Anneau gastrique (565)	Bypass gastrique (2 002)	Gastrectomie longitudinale (sleeve) (5 910)	Dérivation bilio- pancréatique (5)	Gastro- plastie verticale (39)
Moyenne en % de l'indicateur	Bilan des comorbidités	69	79	74	60	67
	Bilan d'endoscopie	91	85	95	60	95
	Évaluation psychia- trique/ psychologique	87	93	91	80	95
	Réunion de concerta- tion pluridisciplinaire - niveau 1	69	77	68	40	38
	Réunion de concertation pluridisciplinaire - niveau 2	50	52	52	40	33
	Communication de la RCP au médecin traitant	64	72	59	40	36

Tableau 21. Résultats des indicateurs de la phase préopératoire en fonction du type d'établissements – Campagne 2015 - données 2014

	Type d'établissements (nombre de dossiers)	Établissements spécialisés/partenaires (53)	Autres établissements (116)
Moyenne en % de l'indicateur	Bilan des comorbidités	77	72
	Bilan d'endoscopie	96	91
	Évaluation psychiatrique/psychologique	94	90
	Réunion de concertation pluridisciplinaire – ni- veau 1	76	64
	Réunion de concertation pluridisciplinaire – ni- veau 2	48	50
	Communication de la RCP au médecin traitant	75	55

Annexe II. Répartitions et moyennes régionales des établissements de santé volontaires par indicateur

Tableau 22. Participations régionales

Nombre total d'établissements de santé (ES) participant à la campagne 2015- données 2014	Nombre total d'ES ayant déclaré au moins 1 acte de chirurgie bariatrique en 2014
172	501

Régions	Nombre d'ES participant à la campagne 2015- données 2014	Nombre d'ES ayant déclaré au moins 1 acte de chirurgie bariatrique en 2014	Participation régionale (en %)
Alsace	4	11	36
Aquitaine	10	26	38
Auvergne	3	10	30
Basse Normandie	5	13	38
Bourgogne	3	15	20
Bretagne	7	17	41
Centre-Val de Loire	5	18	28
Champagne Ardenne	3	13	23
Corse	2	4	50
Franche Comté	2	7	29
Guadeloupe	0	2	0
Guyane	0	2	0
Haute Normandie	7	14	50
Ile de France	27	96	28
Languedoc Roussillon	11	27	41
Limousin	4	7	57
Lorraine	3	12	25
Martinique	2	3	67
Midi Pyrénées	9	17	53
Nord Pas de Calais	14	38	37
Océan Indien	3	5	60
PACA	15	53	28
Pays de la Loire	4	12	33
Picardie	6	13	46
Poitou Charentes	5	14	36
Rhône Alpes	14	46	30
Service de santé des armées	4	6	67

Tableau 23. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire »– Moyennes des établissements de santé volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014

Nombre d'établissements de santé volontaires composant la référence	Moyenne observée
169	73 %

Régions	Nombre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements de santé volontaires par région (en %)
Alsace	4	76
Aquitaine	10	75
Auvergne	2	58
Basse Normandie	5	63
Bourgogne	3	74
Bretagne	7	80
Centre	5	50
Champagne Ardenne	3	66
Corse	2	82
Franche Comté	2	61
Haute Normandie	7	87
Ile de France	26	71
Languedoc Roussillon	11	77
Limousin	4	68
Lorraine	3	71
Martinique	2	67
Midi Pyrénées	9	70
Nord Pas de Calais	14	80
Océan Indien	3	67
PACA	15	80
Pays de la Loire	4	99
Picardie	6	62
Poitou Charentes	5	80
Rhône Alpes	14	65
Service de santé des armées	3	70

Tableau 24. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014

Nombre d'établissements de santé volontaires composant la référence	Moyenne observée
169	93 %

Régions	Nombre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements de santé volontaires par région (en %)
Alsace	4	98
Aquitaine	10	95
Auvergne	2	85
Basse Normandie	5	99
Bourgogne	3	99
Bretagne	7	87
Centre	5	87
Champagne Ardenne	3	92
Corse	2	94
Franche Comté	2	81
Haute Normandie	7	97
Ile de France	26	95
Languedoc Roussillon	11	86
Limousin	4	92
Lorraine	3	95
Martinique	2	94
Midi Pyrénées	9	86
Nord Pas de Calais	14	93
Océan Indien	3	91
PACA	15	94
Pays de la Loire	4	93
Picardie	6	95
Poitou Charentes	5	95
Rhône Alpes	14	92
Service de santé des armées	3	93

Tableau 25. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014

Nombre d'établissements de santé volontaires composant la référence	Moyenne observée
169	91 %

Régions	Nombre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements de santé volontaires par région (en %)
Alsace	4	100
Aquitaine	10	94
Auvergne	2	94
Basse Normandie	5	96
Bourgogne	3	97
Bretagne	7	96
Centre	5	74
Champagne Ardenne	3	83
Corse	2	63
Franche Comté	2	94
Haute Normandie	7	92
Ile de France	26	91
Languedoc Roussillon	11	95
Limousin	4	96
Lorraine	3	97
Martinique	2	92
Midi Pyrénées	9	92
Nord Pas de Calais	14	81
Océan Indien	3	90
PACA	15	94
Pays de la Loire	4	95
Picardie	6	89
Poitou Charentes	5	99
Rhône Alpes	14	91
Service de santé des armées	3	85

Tableau 26. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014

Nombre d'établissements de santé volontaires composant la référence	Moyenne observée
169	68 %

Régions	Nombre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements de santé volontaires par région (en %)
Alsace	4	75
Aquitaine	10	55
Auvergne	2	93
Basse Normandie	5	92
Bourgogne	3	52
Bretagne	7	56
Centre	5	61
Champagne Ardenne	3	41
Corse	2	49
Franche Comté	2	82
Haute Normandie	7	68
Ile de France	26	62
Languedoc Roussillon	11	86
Limousin	4	87
Lorraine	3	79
Martinique	2	59
Midi Pyrénées	9	54
Nord Pas de Calais	14	71
Océan Indien	3	62
PACA	15	76
Pays de la Loire	4	96
Picardie	6	77
Poitou Charentes	5	85
Rhône Alpes	14	60
Service de santé des armées	3	54

Tableau 27. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014

Nombre d'établissements de santé volontaires composant la référence	Moyenne observée
169	50 %

Régions	Nombre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements de santé volontaires par région (en %)
Alsace	4	65
Aquitaine	10	43
Auvergne	2	93
Basse Normandie	5	51
Bourgogne	3	32
Bretagne	7	29
Centre	5	27
Champagne Ardenne	3	31
Corse	2	0
Franche Comté	2	18
Haute Normandie	7	50
Ile de France	26	52
Languedoc Roussillon	11	62
Limousin	4	70
Lorraine	3	78
Martinique	2	51
Midi Pyrénées	9	42
Nord Pas de Calais	14	53
Océan Indien	3	58
PACA	15	62
Pays de la Loire	4	48
Picardie	6	63
Poitou Charentes	5	85
Rhône Alpes	14	23
Service de santé des armées	3	45

Tableau 28. Indicateur « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant » – Moyennes des établissements volontaires par région – Campagne 2015 - données 2014

Nombre d'établissements de santé volontaires composant la référence	Moyenne observée
169	62 %

Régions	Nombre d'ES volontaires avec un nombre de dossiers inclus ≥ 10	Moyenne des établissements de santé volontaires par région (en %)
Alsace	4	73
Aquitaine	10	50
Auvergne	2	95
Basse Normandie	5	78
Bourgogne	3	44
Bretagne	7	68
Centre	5	50
Champagne Ardenne	3	40
Corse	2	0
Franche Comté	2	45
Haute Normandie	7	80
Ile de France	26	55
Languedoc Roussillon	11	63
Limousin	4	86
Lorraine	3	64
Martinique	2	47
Midi Pyrénées	9	48
Nord Pas de Calais	14	73
Océan Indien	3	61
PACA	15	63
Pays de la Loire	4	94
Picardie	6	63
Poitou Charentes	5	88
Rhône Alpes	14	57
Service de santé des armées	3	28

Annexe III. Méthodes de recueil et d'analyse

Le «Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plate-forme QualHAS », 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. Pour chaque campagne, plusieurs thèmes sont concernés, avec des thématiques transversales et de pratique clinique, 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 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 établissements de santé 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 établissements de santé, 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. 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'établissement de santé, 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 établissement de santé.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des établissements de santé 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'établissement de santé. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

► Mode de présentation des IQSS par établissement de santé

Les résultats des indicateurs de qualité par établissement de santé 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 produits comme référence :

- une moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissement de santé (total des séjours comptabilisés dans le PMSI sur la période considérée). Chaque établissement de santé 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 établissement de santé 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 établissement de santé 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'établissement de santé soient intégrés dans la comparaison inter établissement de santé.

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

Types de référence

La plate-forme QualHAS permet à chaque établissement de santé de se comparer à quatre types de références.

- Trois références dans l'espace :

Une «**référence nationale**» ;

Une «**référence régionale**» : les établissements de santé ont accès au résultat moyen ou médian de leur région ;

Une «**référence par catégorie d'établissement de santé**» : les établissements de santé ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.

- Un «**objectif national de performance**» a été défini dès 2009 par le ministère de la santé comme seuil à atteindre par les établissements de santé. Chaque année, une instruction DGOS relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par les établissements de santé, 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 établissements de santé sont comparés par rapport :

- à la moyenne pondérée (de tous les établissements de santé), 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 établissement de santé par rapport à la moyenne de référence est décliné en pictogrammes de couleur vert, jaune et orange. Ces 3 couleurs représentent 3 classes ou niveaux de qualité décroissants.

Indicateurs de type score ou proportion

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

Une quatrième classe non affichée est créée pour les établissements de santé «Non répondants ».



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



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



établissement de santé dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à la moyenne de référence : la position de l'établissement de santé 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'établissement de santé à l'objectif national de performance.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les établissements de santé «Non répondants ».

Classe «+ »

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

Classe «= »

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

Classe «- »

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

Calcul des évolutions des indicateurs - campagnes 2015

Pour les indicateurs dont les calculs sont identiques par rapport à la campagne précédente, une information sur leur évolution est fournie dans la fiche de résultats. Il s'agit de mesurer si le résultat de l'indicateur s'est amélioré de façon statistiquement significative par rapport au recueil précédent.

Pour cela, deux tests statistiques sont mobilisés en fonction du nombre de dossiers à partir desquels sont calculés les indicateurs :

- pour les établissements de santé ayant évalué entre 10 et 30 dossiers sur au moins une des deux années : test exact de Fisher ;
- pour les établissements de santé ayant évalué plus de 30 dossiers sur les 2 années : test de Student.

Les règles de cotation sont les suivantes :

- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est supérieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est positive. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↗ »

- si l'évolution est statistiquement non significative : l'évolution est stable. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « → »

- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est inférieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est négative. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↘ »

Annexe IV. Grilles utilisées pour le recueil des indicateurs

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
OBE DUREE	Durée du séjour	
OBE ACTE	Code CCAM de l'acte réalisé	
OBE DA	Obésité : diagnostic associé CIM-10	
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 (sleeve gastrectomy) 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	Non Ne sait pas
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
RCPMED1.22	Si oui, la communication au médecin traitant est antérieure à la chirurgie	Oui Non Ne sais pas

QUESTIONNAIRE D'ORGANISATION DU THÈME OBE		
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 CSO (convention active) ☐ autre
Q2	Combien de chirurgiens réalisent des chirurgies bariatriques dans l'établissement ?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Plus
Q3	La prise en charge des patients candidats à la chirurgie bariatrique s'effectue au sein d'un réseau pluridisciplinaire spécifique à l'obésité et formalisé	☐ Oui ☐ Non
Q3bis	si oui indiquez le nom du réseau :	 Pas de nom
Q4	La situation décrite en Q3 concerne :	☐ Tous les patients quel que soit le chirurgien ☐ Les patients pris en charge par une partie des 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 bibliographiques

- 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.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr