

**NOTE DE
CADRAGE**

Mesure de la récupération de 5 complications post-opératoires chez des patients hospitalisés

Document de travail - 3 décembre 2020**Date de la saisine** : 20 juin 2019**Demandeur** : Collège de la HAS (auto-saisine)**Service(s)** : DAQSS/SEvOQSS**Personne(s) chargée(s) du projet** : Catherine Auger, Karen Assmann, Linda Banaei-Bouchareb, Claire Morgand, Laetitia May-Michelangeli

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Le projet de développement d'un indicateur de mesure de la récupération de 5 complications post-opératoires graves chez des patients hospitalisés au moins 48 heures s'inscrit dans un processus d'auto-saisine de la Haute Autorité de santé.

1.2. Contexte

1.2.1. Sécurité du patient et indicateurs de qualité et sécurité des soins

La sécurité du patient, indissociable de la qualité des prises en charge, est un sujet central des politiques de santé. La récente stratégie de transformation du système de soins « Ma santé 2022 »¹ stipule que la qualité pour le patient doit être la boussole de nos organisations².

Bien qu'ayant attiré l'attention politique au cours des trois dernières décennies la sécurité des patients dans les secteurs des soins de santé reste toujours, selon l'OCDE, « une boîte noire ». Ceci, en raison d'une culture punitive persistante et des craintes des professionnels de la santé en résultant³. Pourtant, mesurer la sécurité, à la fois quand les choses tournent mal et quand les soins sont sûrs et fiables, est un levier puissant pour améliorer, la qualité des pratiques, la sécurité et le résultat pour le patient.

¹ Ma santé 2022 : mise en œuvre. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/article/ma-sante-2022-mise-en-oeuvre>

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-de-madame-agnes-buzyn-lancement-de-la-strategie-de-transformation-du>

³ OCDE. Measuring patient safety. Opening the black box. Avril 2018. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-Patient-Safety-April-2018.pdf>

1.2.2. Du concept de récupération de complication(s) grave(s) jugé(es) traitable(s) à la mesure de cette récupération

La récupération de complication(s) grave(s) jugé(es) traitable(s), c'est-à-dire identifiables et pouvant être prises en charge, est une question centrale de la gestion des risques associés aux soins. Elle fait écho à la notion de résilience des comportements individuels et collectifs, bien étudiée et documentée dans les organisations dites de haut niveau de fiabilité ou High Reliability Organizations (HRO)⁴. Elle accompagne le passage d'un modèle de culture de sécurité dit de « safety I » plutôt basé sur la prévention, à un modèle secondaire dit de « safety II »⁵ intégrant pleinement la capacité de l'équipe à s'adapter et à réussir dans des conditions variables.

Depuis 1992, l'importance du concept de récupération a été illustré par de nombreuses publications. Celles-ci rapportent que les établissements les plus performants en termes de sécurité ne sont pas ceux qui ont le moins de complications mais ceux qui les récupèrent le mieux^{6,7}.

Ainsi, en matière de gestion des risques et de sécurité, le taux d'échec ou de réussite de la récupération devant la survenue de complications a du sens et illustre la capacité à sauver efficacement un patient d'une complication qui repose sur 2 points principaux : 1) l'identification de la complication et 2) sa prise en charge efficace.

La pertinence clinique du concept « Failure to rescue » a rapidement motivé la nécessité de sa mesure. Il est apparu assez rapidement que mesurer l'absence de récupération (= décès) de complications post-opératoires graves traitables ciblées était faisable à partir des bases médico-administratives (travaux de Needleman et Buerhaus dans les années 2000⁸). A partir de 2003, l'AHRQ a défini les premières spécifications techniques du PSI 04 qu'elle nomme « Death Rate among Surgical Inpatients with Serious Treatable Conditions »⁹. L'indicateur a évolué dans le temps et est décrit à ce jour de la façon suivante : décès intra-hospitaliers pour 1 000 séjours chirurgicaux, de plus de 48 heures (y compris l'obstétrique), de patients âgés de 18 à 89 ans, avec des complications graves traitables.

L'AHRQ identifie et hiérarchise les 5 complications graves traitables¹⁰ suivantes : 1) le choc/arrêt cardiaque, 2) le sepsis, 3) la pneumopathie, 4) la thrombose veineuse profonde/l'embolie pulmonaire (TVP/EP), 5) l'hémorragie gastro-intestinale/l'ulcère aigu (Hem GI/UA). Il s'agit donc d'un indicateur composite résultant de la prise en compte de ces 5 complications. Par ailleurs aux USA, la restitution publique de l'indicateur par l'AHRQ se fait en combinant plusieurs années.

Cette mesure est fondamentalement différente des indicateurs de sécurité du patient ou PSI(s) (patient safety indicator), car :

- elle ne mesure pas un taux de complications post-opératoires spécifiques,

⁴ Weick, Sutcliffe. Managing the Unexpected. 2001.

⁵ Hollnagel E; Wears RL; Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper. 2015.<https://www.england.nhs.uk/signup-tosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>

⁶ Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. N Engl J Med. 2009;361:1368-75 . <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0903048>

⁷ Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB Complications, failure to rescue, and mortality with major inpatient surgery in Medicare patients. Ann Surg 2009; 250

⁸ Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals N Engl J Med 2002; 346(22) : 1715-1722

⁹ AHRQ. Patient Safety Indicator 04 (PSI 04) Death Rate among Surgical Inpatients with Serious Treatable Conditions June 2018 https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V2018/TechSpecs/PSI_04_Death_Rate_among_Surgical_Inpatients_with_Serious_Treatable_Conditions.pdf

¹⁰ Historiquement, l'AHRQ avait identifié une 6ème complication (insuffisance rénale aiguë) qui a été abandonnée au cours du temps car difficilement interprétable

- elle permet l'analyse de la récupération de 5 complication(s) grave(s) jugé(es) traitable(s), c'est-à-dire identifiables et pouvant être prises en charge.
- elle est donc liée à la capacité de l'établissement/l'équipe à éviter le décès d'un patient qui présente des complications jugées traitables (exclusion et/ou ajustement sur les cas avec sur-risque de décès non liés à la qualité de la prise en charge).

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'auto-saisine de la HAS pour développer un indicateur de résultat construit à partir des bases médico-administratives (notamment le PMSI) pour mesurer et améliorer l'échec de la récupération de 5 complications post-opératoires survenant au décours d'une chirurgie programmée.

1.3. Enjeux

1.3.1. Au niveau national

Au niveau national, l'enjeu est de mobiliser les équipes soignantes autour de l'utilisation d'un indicateur mesurant leur capacité de récupération pour optimiser la gestion des risques des actes chirurgicaux en établissements de santé, et *in fine* améliorer le service rendu aux patients.

L'impact en matière d'amélioration des pratiques sera optimisé en accompagnant la mesure d'outils de gestion des risques développés ces dernières années par le service EvOQSS de la HAS, dont :

- les solutions pour la sécurité du patient (SSP) notamment la coopération chirurgien-anesthésiste,
- le programme d'amélioration en continu du travail en équipe (Pacte),
- les outils et actions pour la gestion des risques, notamment la simulation,
- les guides pour réaliser des enquêtes de culture de sécurité,
- les guides pour réaliser l'analyse des événements indésirables associés aux soins,
- les rencontres sécurité,
- etc.

1.3.2. Au niveau international

Au niveau international, ce développement permettra de positionner la France sur ce sujet concernant la sécurité des patients et de contribuer aux travaux de l'OCDE sur ce thème.

En effet, depuis 2018, l'OCDE a engagé des travaux sur un indicateur de type « Failure to rescue ». Toutefois, l'axe choisi par l'OCDE restreint la mesure à des résultats postopératoires après une chirurgie de la hanche et du genou et sur la complication thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire. Lors de la dernière réunion HCQO (06/06/2019), l'OCDE a indiqué débiter un travail sur la complication sepsis mais uniquement pour la chirurgie abdominale. Le service suivra les travaux de l'OCDE sur cet indicateur.

1.4. Cibles

1.4.1. Les professionnels et les établissements de santé

Les professionnels de santé et les équipes de soins (chirurgie, anesthésie/réanimation) peuvent s'emparer des résultats d'un indicateur de ce type pour améliorer leurs pratiques, par la mise en place d'actions et en se comparant aux autres établissements.

1.4.2. Les institutions et administrations de la santé

Les administrations de la santé peuvent utiliser les indicateurs pour le pilotage et la régulation des soins.

1.5. Objectifs

Les objectifs d'une telle mesure sont multiples :

- produire de façon automatisée, à partir des bases médico-administratives (notamment le PMSI), et donc sans charge de travail pour les établissements,
- avoir une information sur la récupération/prise en charge de complication(s) post-opératoires dite(s) traitable(s)¹¹ en termes de taux de décès post-complication(s),
- objectiver l'hétérogénéité des résultats entre établissements par rapport à une référence et suivre leurs évolutions dans le temps.
- permettre aux établissements dont les résultats sont atypiques d'analyser leurs pratiques cliniques/organisationnelles par retour aux dossiers et identifier ainsi les complications potentiellement récupérables ayant pourtant conduit au décès, notamment celles en rapport avec des compétences non techniques (culture sécurité, communication, travail en équipe, ...), et les ressources (moyens humains, ...). Un logiciel pour la détection des séjours à analyser ainsi qu'une grille d'analyse seront mis à disposition des établissements pour faciliter et cibler ce retour aux dossiers.

De plus, la mise en place de telles mesures permet d'améliorer la qualité du codage des événements indésirables et des facteurs de risque liés au patient.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

En France, le champ de l'obstétrique dispose de différents indicateurs. Contrairement au développement choisi par l'AHRQ, l'obstétrique ne sera pas traitée dans un premier temps pour cet indicateur.

¹¹ Dans ce travail, la notion de traitable correspond à la survenue d'une complication non en lien directe avec la chirurgie pour laquelle le patient a été hospitalisé.

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

Le développement de l'indicateur suit la méthode « Indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. Méthode de développement, validation et utilisation » validée par la HAS (collège du 6 juin 2019).

Les résultats de la revue de la littérature, de l'étude de faisabilité et de l'enquête auprès des experts internationaux **sont détaillées dans le rapport au collège.**

La validation des codes sera réalisée en partenariat avec l'ATIH et avec le groupe de travail.

2.2. Composition qualitative des groupes

2.2.1. Parties prenantes à solliciter/informer

- Associations et représentants d'usagers : UFC Que choisir, Collectif Inter Associatif sur la Santé (CISS), Le LIEN
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMts)
- Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs – Société Française des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR-SFAR)
- Conférences des présidents de CME
- Conseil national professionnel de Santé Publique (CNP-SP, SFSP)
- Conseil National professionnel-Société Française de chirurgie orthopédique et traumatologique (CNP-SOFCOT), CNP de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (CNP-CTCV), CNP de Chirurgie Vasculaire, CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive (CNPCVD)
- Fédérations hospitalières : dont Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP), Fédération Hospitalière de France (FHF), Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le cancer (UNICANCER), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- Société française d'hygiène hospitalière (SF2H)
- Société Francophone de l'Information Médicale (SoFIMe)

2.2.2. Proposition de composition du groupe de travail

L'ensemble de ce développement, en lien avec l'ATIH, s'inspire des travaux de l'AHRQ, et sera réalisé en lien avec un groupe de travail pluri-professionnel composé :

- de professionnels de santé notamment chirurgiens, anesthésistes et réanimateurs,
- de médecins DIM codeurs de l'information médicale,
- de patients et usagers du système de santé,
- d'experts de la commission risques inter-spécialités (CRIS) de l'accréditation.

2.3. Productions prévues

- Un rapport de développement de l'indicateur sera produit.
- La revue de bibliographie associée aux résultats de l'enquête auprès des experts internationaux fait l'objet d'un rapport rédigé et rendu publique sur le site de la HAS après validation du collège.

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : Date
- Date de validation du collège : Date

Cadrage du projet

- Date de validation de la note de cadrage par le Collège :

Dates prévisionnelles pour le développement et la validation de l'indicateur, de 2020 à 2022

2021

S1 2021

- Signature de la convention de partenariat avec l'ATIH,
- Information des parties prenantes,
- Constitution du groupe de travail, puis premières réunions du groupe de travail,
- Construction du modèle d'ajustement,
- Développement de la plateforme de recueil pour le retour aux dossiers,

S2 2021

- Expérimentation,

2022

- S1 2022 : validation de l'indicateur,
- S2 2022 : campagne nationale.

