
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

Chirurgie viscérale et digestive adulte – réponses aux consultations et fiches d'information des indicateurs retenus

Définition d'indicateurs de vigi-
lance en chirurgie

Validé par le Collège le 2 juin 2022

Sommaire

Réponses des parties prenantes de chirurgie viscérale et digestive adulte à la consultation	3
Fiches d'information des indicateurs de vigilance en chirurgie viscérale et digestive adulte	12
Taux de mortalité à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure - Utilisation en chirurgie viscérale et digestive adulte	13
Taux de mortalité hospitalière après une résection du pancréas sans transplantation - Utilisation en chirurgie viscérale et digestive adulte	17
Taux de réopération dans les 30 jours après une chirurgie primaire pour cancer du côlon - Utilisation en chirurgie viscérale et digestive adulte	20
Taux d'hémorragie ou d'hématome postopératoires - Utilisation en chirurgie viscérale et digestive adulte	23
Taux d'infection du site opératoire - Utilisation en chirurgie viscérale et digestive adulte	26

Réponses des parties prenantes de chirurgie viscérale et digestive adulte à la consultation

Indicateurs	Pertinences	CNP CVD	FCVD	ANC	AFCA	CNP ARMPO	FSM	CNP MIR	CMG	CFAR	So FI Me	France Assos Santé	UFC Que choisir	Score total	Rang
Taux d'infection du site opératoire	clinique	moyenne	moyenne	très forte	forte	forte	très forte							0,92	1
	amélioration	moyenne	moyenne	très forte	forte	moyenne	très forte								
Taux de réopération dans les 30 jours après une chirurgie primaire pour cancer du côlon	clinique	très forte	très forte	très faible	très forte	forte	très faible							0,50	2
	amélioration	très forte	très forte	très faible	très forte	forte	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une résection du pancréas (sans transplantation, âge > 19 ans)	clinique	très forte	très forte	très faible	forte	forte	très faible							0,33	3
	amélioration	très forte	très forte	très faible	forte	forte	très faible								
Taux d'hémorragie ou d'hématome postopératoires nécessitant une intervention, après une intervention chirurgicale	clinique	très forte	très forte	très faible	forte	forte	très faible							0,33	3
	amélioration	très forte	très forte	très faible	forte	forte	très faible								
Taux de mortalité à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure	clinique	moyenne	moyenne	très forte	forte	forte	très faible							0,33	3
	amélioration	moyenne	moyenne	très forte	forte	forte	très faible								

Taux de mortalité hospitalière après une cure de hernie pariétale sans opération de l'intestin	clinique	très forte	très forte	très faible	moyenne	forte	très faible							0,17	6
	amélioration	très forte	très forte	très faible	moyenne	forte	très faible								
Taux de séjour hospitalier > 3 jours après une chirurgie bariatrique laparoscopique primaire (court-circuit gastrique Roux-en-Y ou gastrectomie longitudinale en manchon)	clinique	très forte	très forte	très faible	très faible	forte	très faible							-0,17	7
	amélioration	très forte	très forte	très faible	très faible	forte	très faible								
Taux de réopération dans les 30 jours après une chirurgie primaire pour cancer du rectum	clinique	moyenne	moyenne	très faible	très forte	forte	très faible							-0,17	7
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	très forte	forte	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une résection colorectale pour diverticule sans abcès / perforation	clinique	moyenne	moyenne	très faible	forte	forte	très faible							-0,33	9
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	forte	forte	très faible								
Taux de complications post-opératoires au cours du séjour hospitalier après une résection colique ou rectale pour cancer colorectal (patients ayant une durée de séjour ≥ 4 jours ou décédés durant le séjour) (Complications correspondant aux codes CIM-10 entre Y60 et Y69999 ou entre Y83 et Y8499)	clinique	moyenne	moyenne	très faible	forte	forte	très faible							-0,33	9
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	forte	forte	très faible								

Taux d'événements indésirables liés aux soins infirmiers pour tous les patients en soins chirurgicaux (infections des voies urinaires, escarres de pression, fractures à l'hôpital, pneumonies)	clinique	forte	forte	très faible	moyenne	forte	très faible									-0,42	11
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	moyenne	moyenne	très faible										
Taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO	clinique	très faible	très faible	très forte	faible	forte	très faible									-0,42	11
	amélioration	moyenne	moyenne	très forte	faible	moyenne	très faible										
Taux de mortalité hospitalière après une résection du rectum pour cancer colorectal	clinique	moyenne	moyenne	très faible	forte	moyenne	très faible									-0,50	13
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	forte	moyenne	très faible										
Taux de mortalité hospitalière après une chirurgie pour pathologie non tumorale de l'œsophage ou de la jonction oeso-gastrique	clinique	moyenne	moyenne	très faible	moyenne	forte	très faible									-0,50	13
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	moyenne	forte	très faible										
Taux d'état de choc lié à une intervention	clinique	moyenne	moyenne	très faible	moyenne	forte	très faible									-0,50	13
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	moyenne	forte	très faible										
Taux de rétention d'un corps étranger ou substance étrangère accidentellement laissés dans l'organisme au cours d'une intervention chirurgicale	clinique	moyenne	moyenne	très faible	faible	très forte	très faible									-0,50	13
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	faible	très forte	très faible										
Taux de réadmission pour infection du site	clinique	moyenne	moyenne	très faible	forte	moyenne	très faible									-0,58	17

opératoire dans les 30 jours après la sortie	amélioration	faible	faible	très faible	forte	forte	très faible								
Nombre de racines de groupe homogène de malades avec un taux atypique de décès	clinique	moyenne	moyenne	très faible	faible	forte	très faible							-0,67	18
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	faible	forte	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une gastrectomie sans opération de l'œsophage en cas de cancer de l'estomac	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible							-0,67	18
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	forte	forte	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une gastrectomie totale ou partielle sans cancer de l'estomac	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible							-0,67	18
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	forte	forte	très faible								
Taux de séjour en réanimation de 2 nuits ou plus après une résection thyroïdienne	clinique	faible	faible	très faible	forte	forte	très faible							-0,67	18
	amélioration	faible	faible	très faible	forte	forte	très faible								
Taux de ventilation mécanique > 24 heures après une résection thyroïdienne pour affection bénigne ou tumeur maligne de la thyroïde	clinique	faible	faible	très faible	forte	forte	très faible							-0,67	18
	amélioration	faible	faible	très faible	forte	forte	très faible								
Taux de réadmission après chirurgie ambulatoire majeure (dans les 48 heures)	clinique	faible	faible	très faible	très faible	moyenne	très forte							-0,67	18
	amélioration	faible	faible	très faible	très faible	moyenne	très forte								

Taux de transfert dans un autre établissement après une résection colorectale	clinique	faible	faible	très faible	forte	forte	très faible							-0,75	24
	amélioration	faible	faible	très faible	moyenne	forte	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une chirurgie pour cancer de l'œsophage ou de la jonction oeso-gastrique	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible							-0,75	24
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	forte	moyenne	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une résection du pancréas en cas de tumeur maligne du pancréas (sans transplantation, âge > 19 ans)	clinique	faible	faible	très faible	forte	forte	très faible							-0,75	24
	amélioration	faible	faible	très faible	forte	moyenne	très faible								
Taux de réopération au cours du même séjour après une gastrectomie sans opération de l'œsophage en cas de cancer de l'estomac	clinique	très faible	très faible	très faible	moyenne	forte	très faible							-0,83	27
	amélioration	moyenne	moyenne	très faible	moyenne	forte	très faible								
Taux de réopération pour complication post-opératoire dans les 30 jours après une résection chirurgicale de cancer colorectal	clinique	très faible	très faible	très faible	très forte	forte	très faible							-0,83	27
	amélioration	très faible	très faible	très faible	très forte	forte	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une chirurgie bariatrique	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	très forte	très faible							-0,83	27
	amélioration	très faible	très faible	très faible	forte	très forte	très faible								

Taux de réhospitalisation entre 1 et 3 jours après une chirurgie réalisée en ambulatoire, en dehors de l'urgence et avec une sortie le jour même vers le lieu de résidence	clinique	moyenne	moyenne	très faible	très faible	forte	très faible								-1,00	30
	amélioration	faible	faible	très faible	très faible	forte	très faible									
Taux de mortalité hospitalière après une résection colorectale pour colite ulcéreuse ou maladie de Crohn	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible								-1,00	30
	amélioration	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible									
Taux de mortalité hospitalière après une résection du côlon pour un diagnostic autre que carcinome colorectal, maladie de Crohn, diverticulite, colite	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible								-1,00	30
	amélioration	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible									
Taux de réopération après une chirurgie colorectale	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible								-1,00	30
	amélioration	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible									
Taux de mortalité hospitalière après une cholécystectomie en cas de calculs biliaires ou de cholécystite, sans tumeur	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible								-1,08	34
	amélioration	très faible	très faible	très faible	forte	moyenne	très faible									
Taux de réadmission après une chirurgie colorectale	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible								-1,08	34
	amélioration	très faible	très faible	très faible	forte	moyenne	très faible									

Taux de mortalité hospitalière après une transplantation pancréatique	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	moyenne	très faible							-1,08	34
	amélioration	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible								
Taux de séjour en réanimation de 2 nuits ou plus après une appendicectomie, sans cancer	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	moyenne	très faible							-1,17	37
	amélioration	très faible	très faible	très faible	forte	moyenne	très faible								
Taux de séjour en réanimation de 2 nuits ou plus après une cure d'événtration sans opération de l'intestin	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	forte	très faible							-1,17	37
	amélioration	très faible	très faible	très faible	moyenne	moyenne	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une résection colorectale (tout diagnostic)	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	moyenne	très faible							-1,17	37
	amélioration	très faible	très faible	très faible	forte	moyenne	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une résection colorectale pour diverticule avec abcès / perforation	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	moyenne	très faible							-1,17	37
	amélioration	très faible	très faible	très faible	forte	moyenne	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une chirurgie pour tumeur bénigne de l'œsophage ou de la jonction oesogastrique	clinique	très faible	très faible	très faible	moyenne	forte	très faible							-1,17	37
	amélioration	très faible	très faible	très faible	moyenne	forte	très faible								
Taux de séjour en réanimation de 2 nuits ou plus après une cholécystectomie	clinique	très faible	très faible	très faible	moyenne	forte	très faible							-1,25	42

laparoscopique en cas de calculs biliaires ou de cholécystite, sans tumeur	amélioration	très faible	très faible	très faible	moyenne	moyenne	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une cure de hernie pariétale avec opération de l'intestin	clinique	très faible	très faible	très faible	moyenne	forte	très faible							-1,25	42
	amélioration	très faible	très faible	très faible	moyenne	moyenne	très faible								
Taux de séjour en réanimation de 2 nuits ou plus après une cure de hernie pariétale sans opération de l'intestin	clinique	très faible	très faible	très faible	moyenne	forte	très faible							-1,25	42
	amélioration	très faible	très faible	très faible	moyenne	moyenne	très faible								
Taux de séjour en réanimation de 2 nuits ou plus après une cure de hernie inguinale ou crurale sans opération de l'intestin	clinique	très faible	très faible	très faible	moyenne	forte	très faible							-1,25	42
	amélioration	très faible	très faible	très faible	moyenne	moyenne	très faible								
Taux de rupture d'une plaie chirurgicale pendant le même séjour à l'hôpital	clinique	très faible	très faible	très faible	moyenne	forte	très faible							-1,25	42
	amélioration	très faible	très faible	très faible	moyenne	moyenne	très faible								
Taux de mortalité hospitalière après une résection colorectale pour ischémie intestinale	clinique	très faible	très faible	très faible	forte	faible	très faible							-1,33	47
	amélioration	très faible	très faible	très faible	forte	faible	très faible								
Taux d'échec ou complication mécanique d'appareils, de cathéters, de greffes, d'implants ou de prothèses	clinique	très faible	très faible	très faible	moyenne	moyenne	très faible							-1,33	47
	amélioration	très faible	très faible	très faible	moyenne	moyenne	très faible								

liées à une intervention chirurgicale															
Taux de mortalité hospitalière en cas de diagnostic principal d'ulcère de l'estomac, du duodénum ou du jéjunum, sans tumeur	clinique	très faible	très faible	très faible	faible	forte	très faible							-1,42	49
	amélioration	très faible	très faible	très faible	faible	moyenne	très faible								

Indicateurs supprimés à la suite d'informations complémentaires sur leur utilisation en Australie :

- Taux de réadmission évitable pour infection du site opératoire (dans les 30 jours)
- Taux de réadmission évitable pour douleur post-opératoire (dans les 14 jours)

Fiches d'information des indicateurs de vigilance en chirurgie viscérale et digestive adulte

Taux de mortalité à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure - Utilisation en chirurgie viscérale et digestive adulte

Fiche d'information	
Source de l'indicateur	Institut canadien d'information sur la santé. Décès à l'hôpital à la suite d'une chirurgie majeure [En ligne]. Ottawa: ICIS; 2021. https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/deces-a-lhopital-a-la-suite-dune-chirurgie-majeure?pageld=5111896 Institut canadien d'information sur la santé. Indicateur préjudices à l'hôpital. Notes méthodologiques générales. Ottawa: ICIS; 2021. https://repertoiredelesindicateurs.icis.ca/download/attachements/1114135/Notes%20m%C3%A9thodologiques%20g%C3%A9n%C3%A9rales.pdf
Modalité de sélection	La Haute Autorité de santé (HAS) a identifié des indicateurs de résultat déjà utilisés sur la base d'une recherche documentaire internationale (ou, très rarement, des indicateurs recommandés en l'absence d'indicateurs déjà utilisés). L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a ensuite analysé la faisabilité technique de la mesure de ces indicateurs à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les indicateurs ainsi sélectionnés ont fait l'objet d'une consultation des parties prenantes en chirurgie viscérale et digestive adulte. L'indicateur décrit dans cette fiche a été retenu sur la base de sa pertinence clinique et de sa pertinence pour l'amélioration des soins.
Description (selon la source de l'indicateur)	Taux de mortalité à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure ¹ .
Pertinence clinique /Intérêt de l'indicateur	En France en 2019, 107 262 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C06 Chirurgie digestive majeure, 499 375 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C07 Chirurgie viscérale autre, 135 131 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C08 Chirurgie hépatobiliaire et pancréatique et 57 481 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C22 Chirurgie de la thyroïde, endocrinologie.^{2,3} Les taux de décès au cours du séjour hospitalier étaient

¹Institut canadien d'information sur la santé. Indicateur préjudices à l'hôpital. Notes méthodologiques générales. Ottawa: ICIS; 2021.

²Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Regroupements des GHM en V2019 [En ligne]. Paris: ATIH; 2019.

³ScanSanté, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Taux de recours MCO [En ligne]. Paris: ATIH; 2021.

	respectivement de 4,1%, 0,3%, 0,7% et 0,0%.⁴ Les complications au cours des soins chirurgicaux sont devenues une cause importante de mortalité ; c'est pourquoi la sécurité des chirurgies, en plus d'être considérée comme une préoccupation majeure en matière de santé publique, a été l'un des premiers aspects choisis dans le cadre du Défi mondial pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la santé.⁵ Une période de 30 jours est généralement utilisée pour la déclaration de la mortalité suivant une chirurgie majeure. Elle permet de déceler les complications découlant d'une chirurgie majeure, comme les troubles de sevrage, le sepsis, les accidents vasculaires cérébraux et l'insuffisance rénale.
Objectif et modalités d'utilisation	L'objectif est de disposer d'un indicateur hospitalier de vigilance sur lequel les établissements de santé (ES) seraient en capacité d'agir. L'ES analysera ses résultats en les croisant notamment avec ceux d'autres indicateurs disponibles. Par cette investigation complémentaire, l'ES cherchera à expliquer l'évolution de son taux de mortalité, le cas échéant, son écart à la moyenne et à analyser ses pratiques pour identifier les décès dus à une prise en charge initiale perfectible, clinique et/ou organisationnelle. Une analyse plus fine par racine de groupe homogène de malades (GHM), par diagnostic ou regroupement de diagnostics, par acte ou regroupement d'actes pourra être effectuée pour identifier les sous-groupes qui ont un taux de mortalité supérieur à l'attendu et s'assurer que les taux de mortalité par sous-groupe ne se compensent pas. L'analyse ainsi réalisée pourra aider l'ES à identifier et à prioriser des actions d'amélioration, et les outils/leviers à utiliser (ex : recommandations de bonne pratique, etc.).
Pertinence pour l'amélioration	Des études ont prouvé l'importance de l'évaluation préopératoire de l'état du patient et des risques qu'il court, de la gestion peropératoire de la chirurgie et de l'anesthésie, et du soutien postopératoire pour la prévention des décès résultant de la chirurgie.⁵ Bien qu'il soit impossible de prévenir tous les décès, la déclaration et la comparaison des taux de mortalité liés aux chirurgies majeures peuvent accroître la sensibilisation à la sécurité des chirurgies et inciter les hôpitaux à examiner leurs processus de soins avant, pendant et immédiatement après une chirurgie afin de déceler les possibilités d'amélioration de la qualité.
Population cible (selon la source de l'indicateur)	Tous les patients de 18 ans ou plus ayant eu une chirurgie majeure¹.
Dénominateur (selon la source de l'indicateur)	Nombre de patients avec chirurgie majeure¹. Les inclusions et exclusions sont détaillées dans le document source de l'indicateur.

⁴ScanSanté, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Activité infra-annuelle des établissements en MCO [En ligne]. Paris: ATIH; 2021.

⁵Institut canadien d'information sur la santé. Décès à l'hôpital à la suite d'une chirurgie majeure [En ligne]. Ottawa: ICIS; 2021.

Numérateur (selon la source de l'indicateur)	Nombre de cas inclus dans le dénominateur où un décès est survenu à l'hôpital dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure¹. Le délai de 30 jours court à partir de la date d'intervention. Les inclusions et exclusions sont détaillées dans le document source de l'indicateur.
Source de données disponibles	PMSI - MCO
Type d'indicateur	Résultat
Mode d'expression du résultat	Taux
Préconisations pour le développement en chirurgie viscérale et digestive adulte	Avis HAS : – cet indicateur « toute chirurgie » doit être adapté à la chirurgie viscérale et digestive adulte ; – la définition de « chirurgie majeure » sera à préciser à partir des données du PMSI MCO pour le contexte français. Pour définir les actes de « chirurgie majeure », il est conseillé de prendre en compte le terrain préopératoire, l'acte réalisé, les complications per-opératoires, l'inflammation post-opératoire et la nécessité de prise en charge post-opératoire en soins critiques ⁶ ; – il sera à préciser si l'indicateur concerne la chirurgie programmée uniquement ou s'il comprend aussi la chirurgie réalisée en urgence ; – il sera à préciser si les décès sont pris en compte uniquement lorsqu'ils surviennent lors de l'hospitalisation au cours de laquelle l'acte de chirurgie a été effectué, ou également lorsqu'ils surviennent lors d'une réhospitalisation, quel que soit l'ES, dans le délai de 30 jours ; – l'investigation des causes de décès ne pourra se faire que dans l'ES où a eu lieu la chirurgie du patient décédé ; – limites de la mesure : la mortalité en dehors de tout ES MCO n'est pas prise en compte (exemple : les décès en hospitalisation à domicile, en soins de suite et réadaptation, à domicile, etc.). La mortalité étant recherchée dans les 30 jours après la chirurgie index, il conviendrait d'exclure les interventions réalisées du 2 au 31 décembre de l'année d'étude. Avis ATIH :

⁶Martin, D, Mantziari S, Demartines N, Hübner M. Defining major surgery: a Delphi consensus among European Surgical Association (ESA) members. World J Surg 2020;44(7):2211-9.

Cette fiche donne une description macro de chaque indicateur. Pour pouvoir aller plus loin et être en mesure de calculer et d'interpréter les résultats de cet indicateur, il est nécessaire de :

- définir précisément le périmètre de l'indicateur ;
- déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion des séjours retenus au numérateur et au dénominateur (listes d'actes chirurgicaux, de diagnostics, de racines de groupes homogènes de malades, etc.) ;
- accepter, a priori, de rapporter de principe l'évènement recherché (décès) à l'évènement initial (l'intervention chirurgicale ciblée) sur la totalité de la durée étudiée ;
- choisir la méthode de détermination du (ou des) seuil(s) d'alerte.

Il est nécessaire d'avoir une liste d'actes/racines pour définir une chirurgie majeure ou chirurgie complexe (GHM, acte).

La période du dénominateur est à adapter à la temporalité du recueil PMSI (année civile).

A priori, un ajustement est requis.

Taux de mortalité hospitalière après une résection du pancréas sans transplantation - Utilisation en chirurgie viscérale et digestive adulte

Fiche d'information	
Sources de l'indicateur	Office fédéral de la santé publique. Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus 2018. Berne: OFSP; 2020. https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/qip18_publication.pdf?v=1591777158 <i>Technische Universität Berlin, Nimptsch U, Mansky T. G-IQI German Inpatient Quality Indicators. Version 5.2. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2016.</i> Berlin: TU Berlin; 2019. https://depositonce.tu-berlin.de/bitstream/11303/10076/3/G-IQI_V5.2_2016.pdf <i>Bundesministerium für Soziales Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz. Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten. Austrian Inpatient Quality Indicators – Indikatorenbeschreibung version 2021.</i> Wien: BMSGPK; 2021. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:7232e5ac-36e1-4c26-9445-71e5e073930d/Indikatorenbeschreibung_AIQI%20Version%202020.pdf
Modalité de sélection	La Haute Autorité de santé (HAS) a identifié des indicateurs de résultat déjà utilisés sur la base d'une recherche documentaire internationale (ou, très rarement, des indicateurs recommandés en l'absence d'indicateurs déjà utilisés). L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a ensuite analysé la faisabilité technique de la mesure de ces indicateurs à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les indicateurs ainsi sélectionnés ont fait l'objet d'une consultation des parties prenantes en chirurgie viscérale et digestive adulte. L'indicateur décrit dans cette fiche a été retenu sur la base de sa pertinence clinique et de sa pertinence pour l'amélioration des soins.
Description (selon les sources de l'indicateur)	Taux de mortalité hospitalière après une résection du pancréas (sans transplantation, âge > 19 ans).
Pertinence clinique /Intérêt de l'indicateur	Les indicateurs de mortalité spécifiques permettent de comptabiliser la mortalité spécifique à une maladie ou à un type d'intervention, dont le taux de décès peut révéler un défaut de qualité des soins.¹ En France, l'incidence annuelle du cancer du pancréas en 2018 était de 14 000 cas.² En 2012, 3500 résections pancréatiques ont été réalisées en France avec une mortalité à 30 jours estimée entre 1% et 5 % selon le type d'intervention.³ En

¹Centre hospitalier universitaire vaudois. 4.5 La mortalité hospitalière. Lausanne: CHUV; 2020.

²Institut national du cancer. Panorama des cancers en France. Edition 2021. Boulogne-Billancourt: INCa; 2021.

³Sauvanet, A. La chirurgie du pancréas. Bull Acad Natle Med 2012;196 (9):1803-17.

	2016, une étude nationale allemande a établi la mortalité hospitalière de la chirurgie pancréatique à 10,1 % en moyenne et pour les résections pancréatiques majeures entre 7,3 et 22,9 %. ⁴
Objectif et modalités d'utilisation	L'objectif est de disposer d'un indicateur hospitalier de vigilance sur lequel les établissements de santé (ES) seraient en capacité d'agir. L'ES analysera ses résultats en les croisant notamment avec ceux d'autres indicateurs disponibles. Par cette investigation complémentaire, l'ES cherchera à expliquer l'évolution de son taux de mortalité, le cas échéant, son écart à la moyenne et à analyser ses pratiques pour identifier les décès dus à une prise en charge initiale perfectible, clinique et/ou organisationnelle. Une analyse plus fine par racine de groupe homogène de malades (GHM), par diagnostic ou regroupement de diagnostics, par acte ou regroupement d'actes pourra être effectuée pour identifier les sous-groupes qui ont un taux de mortalité supérieur à l'attendu et s'assurer que les taux de mortalité par sous-groupe ne se compensent pas. L'analyse ainsi réalisée pourra aider l'ES à identifier et à prioriser des actions d'amélioration, et les outils/leviers à utiliser (ex : recommandations de bonne pratique, etc.).
Pertinence pour l'amélioration	Des études ont prouvé l'importance de l'évaluation préopératoire de l'état du patient et des risques qu'il court, de la gestion peropératoire de la chirurgie et de l'anesthésie, et du soutien postopératoire pour la prévention des décès résultant de la chirurgie. ⁵ L' <i>International Hepato-Pancreato-Biliary Association</i> et l' <i>European Society of Medical Oncology</i> ont émis des recommandations pour la chirurgie pancréatique, dont celle des cancers du pancréas, et la prise en charge des cancers du pancréas. ^{6,7} Elles portent notamment sur les indications opératoires, la résection tumorale, le respect des marges, le curage ganglionnaire. La sélection des patients pour les pancréatectomies pour cancer permet de limiter les risques de complications et de décès. ⁸
Population cible (selon les sources de l'indicateur)	Patients de plus de 19 ans ayant eu une résection du pancréas sans transplantation.
Dénominateur (selon les sources de l'indicateur)	Nombre de cas âgés de plus de 19 ans avec résections du pancréas (sans transplantation). Les inclusions et exclusions sont détaillées dans le document source de l'indicateur.

⁴Nimptsch, U, Krautz C, Weber GF, Mansky T, Grützmann R. Nationwide in-hospital mortality following pancreatic surgery in Germany is higher than anticipated. *Ann Surg* 2016;264(6):1082-90.

⁵Institut canadien d'information sur la santé. Décès à l'hôpital à la suite d'une chirurgie majeure [En ligne]. Ottawa: ICIS; 2021.

⁶International Hepato-Pancreato-Biliary Association. Guidelines [En ligne]. Rochester: IHPBA; 2022.

⁷European Society for Medical Oncology, Ducreux M, Cuhna AS, Caramella C, Hollebecque A, Burtin P, Goéré D, Seufferlein T, Haustermans K, van Laethem JL, Conroy T, Arnold D. Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2015;26(Suppl 5):v56-68.

⁸American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. ACS NSQIP surgical risk calculator [En ligne]. Chicago: ACS NSQIP; 2021.

Numérateur (selon les sources de l'indicateur)	Nombre de cas âgés de plus de 19 ans avec résections du pancréas (sans transplantation), et dont le motif de décision de sortie est "décédé". Les inclusions et exclusions sont détaillées dans le document source de l'indicateur.
Source de données disponibles	PMSI - MCO
Type d'indicateur	Résultat
Mode d'expression du résultat	Taux
Préconisations pour le développement en chirurgie viscérale et digestive adulte	Avis HAS : – cet indicateur sera à adapter à la population adulte (fourchette d'âge à définir) ; – les actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) de résection pancréatique hors transplantation seront à définir ; – les travaux communs de l'Institut national du cancer et de la HAS sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour l'adénocarcinome du pancréas (indice de mortalité postopératoire à 90 jours) pourraient aider au développement de cet indicateur.⁹ Avis ATIH : Cette fiche donne une description macro de chaque indicateur. Pour pouvoir aller plus loin et être en mesure de calculer et d'interpréter les résultats de cet indicateur, il est nécessaire de : – définir précisément le périmètre de l'indicateur ; – déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion des séjours retenus au numérateur et au dénominateur (listes d'actes chirurgicaux, de diagnostics, de racines de groupes homogènes de malades, etc.) ; – accepter, a priori, de rapporter de principe l'évènement recherché (décès) à l'évènement initial (l'intervention chirurgicale ciblée) sur la totalité de la durée étudiée ; – choisir la méthode de détermination du (ou des) seuil(s) d'alerte. A priori, un ajustement est requis.

⁹Institut national du cancer, Haute Autorité de Santé. Adénocarcinome du pancréas : indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Boulogne-Billancourt: INCa; 2021.

Taux de réopération dans les 30 jours après une chirurgie primaire pour cancer du côlon - Utilisation en chirurgie viscérale et digestive adulte

Fiche d'information	
Source de l'indicateur	Swedish Association of Local Authorities and Regions, Swedish National Board of Health and Welfare. <i>Quality and efficiency in swedish health care. Regional comparisons</i> . Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkata-log/statistik/2013-5-7.pdf
Modalité de sélection	La Haute Autorité de santé (HAS) a identifié des indicateurs de résultat déjà utilisés sur la base d'une recherche documentaire internationale (ou, très rarement, des indicateurs recommandés en l'absence d'indicateurs déjà utilisés). L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a ensuite analysé la faisabilité technique de la mesure de ces indicateurs à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les indicateurs ainsi sélectionnés ont fait l'objet d'une consultation des parties prenantes en chirurgie viscérale et digestive adulte. L'indicateur décrit dans cette fiche a été retenu sur la base de sa pertinence clinique et de sa pertinence pour l'amélioration des soins.
Description (selon la source de l'indicateur)	Taux de réopération dans les 30 jours après une chirurgie primaire pour cancer du côlon.
Pertinence clinique /Intérêt de l'indicateur	En France, le nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancer du côlon était de 27 814 en 2018. ¹ Le traitement du cancer colique repose sur la résection colique, le curage ganglionnaire et la chimiothérapie. ² Les complications post-opératoires après colectomie pouvant nécessiter une réopération sont les fistules anastomotiques, les saignements, les infections du site opératoire et les occlusions intestinales. ³ Selon des données de registre norvégiennes, le taux de réopération après chirurgie programmée du cancer du côlon était de 8,7% entre 2014 et 2016. ⁴

¹Santé publique France. Cancer du côlon rectum : données [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; 2021.

²Haute Autorité de Santé, Institut national du cancer. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer colorectal. Adénocarcinome. Guide médecin. Guide Affection longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

³Fédération de chirurgie viscérale et digestive, Société française de chirurgie digestive. La chirurgie colique. Fiche d'information. Toulouse;Marseille: FCVD;SFCD; 2015.

⁴Norwegian Registry for Gastrointestinal and HPB Surgery, Nymo LS, Norderval S, Eriksen MT, Wasmuth HH, Kørner H, Bjørnbeth BA, Moger T, Viste A, Lassen K. Short-term outcomes after elective colon cancer surgery: an observational study from the Norwegian registry for gastrointestinal and HPB surgery, NoRGast. *Surg Endosc* 2019;33(9):2821-33.

Objectif et modalités d'utilisation	L'objectif est de disposer d'un indicateur hospitalier de vigilance sur lequel les établissements de santé (ES) seraient en capacité d'agir. L'ES analysera ses résultats en les croisant notamment avec ceux d'autres indicateurs disponibles. Par cette investigation complémentaire, l'ES cherchera à expliquer l'évolution de son taux de réopération, le cas échéant, son écart à la moyenne et à analyser ses pratiques pour identifier les réopérations dues à une prise en charge initiale perfectible, clinique et/ou organisationnelle. Une analyse plus fine par racine de groupe homogène de malades (GHM), par diagnostic ou regroupement de diagnostics, par acte ou regroupement d'actes pourra être effectuée pour identifier les sous-groupes qui ont un taux de réopération supérieur à l'attendu et s'assurer que les taux de réopération par sous-groupe ne se compensent pas. L'analyse ainsi réalisée pourra aider l'ES à identifier et à prioriser des actions d'amélioration, et les outils/leviers à utiliser (ex : recommandations de bonne pratique, etc.).
Pertinence pour l'amélioration	L' <i>American Society of Colon and Rectal Surgeons</i> a émis des recommandations de bonne pratique. ⁵ Elles portent notamment sur l'exploration complète per-opératoire, l'extension de l'exérèse en fonction du drainage lymphatique, la résection en bloc des éventuels organes adjacents envahis, le curage ganglionnaire, l'utilisation d'une technique mini-invasive.
Population cible	Patients ayant eu une première intervention chirurgicale pour cancer du côlon.
Dénominateur	Nombre de patients ayant eu une première intervention chirurgicale pour cancer du côlon.
Numérateur	Nombre de patients réopérés dans les 30 jours après l'intervention chirurgicale.
Source de données disponibles	PMSI - MCO
Type d'indicateur	Résultat
Mode d'expression du résultat	Taux
Préconisations pour le développement en chirurgie viscérale et digestive adulte	Avis HAS : — cet indicateur sera à adapter à la population adulte uniquement ; — il devra être précisé si la réopération est prise en compte quel que soit l'ES MCO ; — l'investigation des causes de réopération ne pourra se faire que dans l'ES où a eu lieu la chirurgie index du patient ; — les actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) de réopération pour chirurgie primaire du cancer du côlon seront à définir. Il sera nécessaire de s'assurer que le caractère primaire de la chirurgie index soit bien établi ;

⁵American Society of Colon and Rectal Surgeons, Vogel JD, Eskicioglu C, Weiser MR, Feingold DL, Steele SR. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the treatment of colon cancer. *Dis Colon Rectum* 2017;60(10):999-1017.

- les réopérations étant recherchées dans les 30 jours après la chirurgie index, il conviendrait d'exclure les interventions réalisées du 2 au 31 décembre de l'année d'étude.

Avis ATIH :

Cette fiche donne une description macro de chaque indicateur. Pour pouvoir aller plus loin et être en mesure de calculer et d'interpréter les résultats de cet indicateur, il est nécessaire de :

- définir précisément le périmètre de l'indicateur ;
- déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion des séjours retenus au numérateur et au dénominateur (listes d'actes chirurgicaux, de diagnostics, de racines de groupes homogènes de malades, etc.) ;
- accepter, a priori, de rapporter de principe l'évènement recherché (réopération) à l'évènement initial (l'intervention chirurgicale ciblée) sur la totalité de la durée étudiée ;
- choisir la méthode de détermination du (ou des) seuil(s) d'alerte.

Le périmètre « chirurgie primaire du colon » devra être défini.

Les réopérations sont à rechercher à la fois au cours du séjour initial et lors des réhospitalisations.

Le suivi devra débuter à partir de la date de l'intervention chirurgicale initiale et non de la fin du séjour au cours duquel a eu lieu l'intervention chirurgicale initiale.

Les réopérations ayant eu lieu le même jour que l'opération initiale ne pourront pas être identifiées de façon fiable dans le PMSI.

Les réopérations programmées ne pourront pas être différenciées de celles réalisées en urgences lorsque ces dernières sont réalisées au cours du même séjour ou avant 2022 (année de création de la variable programmé / non programmé dans le PMSI MCO).

Les réhospitalisations sont à rechercher au niveau national quel que soit l'établissement dans lequel elles ont lieu.

Les passages aux urgences suivis ou non d'hospitalisation sont, normalement, identifiables à partir du PMSI (MCO + actes et consultations externes) quel que soit l'établissement.

Des travaux utilisant un indicateur proche sont en cours dans le cadre de l'expérimentation sur le paiement à l'épisode de soins pour la colectomie. Il serait possible d'utiliser ces travaux pour développer cet indicateur, en particulier pour définir les ajustements nécessaires.

A priori, un ajustement est requis.

Taux d'hémorragie ou d'hématome postopératoires - Utilisation en chirurgie viscérale et digestive adulte

Fiche d'information	
Source de l'indicateur	Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Quality Indicators™ (AHRQ QI™) ICD-10-CM/PCS specification v2021. Patient Safety Indicator 09 (PSI 09) postoperative hemorrhage or hematoma rate. Rockville: AHRQ; 2021. https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V2021/TechSpecs/PSI_09_Postoperative_Hemorrhage_or_Hematoma_Rate.pdf Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Quality Indicators™. Inpatient Quality Indicators (IQI) parameter estimates, v2021. Rockville: AHRQ; 2021. https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V2021/Parameter_Estimates_PSI_v2021.pdf
Modalité de sélection	La Haute Autorité de santé (HAS) a identifié des indicateurs de résultat déjà utilisés sur la base d'une recherche documentaire internationale (ou, très rarement, des indicateurs recommandés en l'absence d'indicateurs déjà utilisés). L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a ensuite analysé la faisabilité technique de la mesure de ces indicateurs à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les indicateurs ainsi sélectionnés ont fait l'objet d'une consultation des parties prenantes en chirurgie viscérale et digestive adulte. L'indicateur décrit dans cette fiche a été retenu sur la base de sa pertinence clinique et de sa pertinence pour l'amélioration des soins.
Description (selon la source de l'indicateur)	Taux d'hémorragie ou d'hématome postopératoires nécessitant une réintervention pour traiter l'hémorragie ou l'hématome.
Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	En France en 2019, 107 262 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C06 Chirurgie digestive majeure, 499 375 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C07 Chirurgie viscérale autre, 135 131 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C08 Chirurgie hépato-biliaire et pancréatique et 57 481 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C22 Chirurgie de la thyroïde, endocrinologie.^{1,2} L'hémorragie postopératoire est un risque associé à toutes les interventions chirurgicales. La meilleure façon de réduire le risque d'hémorragie est d'identifier et de corriger les causes potentielles de coagulopathie avant et après l'opération. A l'échelle des Etats-Unis, les patients hospitalisés qui satisfaisaient les critères de l'indicateur de sécurité des patients (PSI 09 : hémorragie et hématome post-opératoire) présentaient une surmortalité

¹Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Regroupements des GHM en V2019 [En ligne]. Paris: ATIH; 2019.

²ScanSanté, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Taux de recours MCO [En ligne]. Paris: ATIH; 2021.

	de 3 %, 3,9 jours d'hospitalisation en excès et 21 431 \$ en frais d'hospitalisation excédentaires, par rapport à des témoins soigneusement appariés. ³
Objectif et modalités d'utilisation	L'objectif est de disposer d'un indicateur hospitalier de vigilance sur lequel les établissements de santé (ES) seraient en capacité d'agir. L'ES analysera ses résultats en les croisant notamment avec ceux d'autres indicateurs disponibles. Par cette investigation complémentaire, l'ES cherchera à expliquer l'évolution de son taux d'hémorragie ou d'hématome post-opératoires, le cas échéant, son écart à la moyenne et à analyser ses pratiques pour identifier les hémorragies et les hématomes post-opératoires dus à une prise en charge initiale perfectible, clinique et/ou organisationnelle. Une analyse plus fine par racine de groupe homogène de malades (GHM), par diagnostic ou regroupement de diagnostics, par acte ou regroupement d'actes pourra être effectuée pour identifier les sous-groupes qui ont un taux d'hémorragie ou d'hématome post-opératoires supérieur à l'attendu et s'assurer que les taux d'hémorragie ou d'hématome post-opératoires par sous-groupe ne se compensent pas. L'analyse ainsi réalisée pourra aider l'ES à identifier et à prioriser des actions d'amélioration, et les outils/leviers à utiliser (ex : recommandations de bonne pratique, etc.).
Pertinence pour l'amélioration	Il existe des pratiques recommandées pour réduire le taux d'hémorragie ou d'hématome postopératoires nécessitant une réintervention ³ : – gestion de la perte de sang : une gestion appropriée de la perte de sang, y compris des contrôles fréquents des pansements, est essentielle à la gestion de l'hémorragie et de l'hématome postopératoires ; – gestion des médicaments : déterminer si et quand l'arrêt du traitement antiplaquettaire/anticoagulant avant l'intervention ou la chirurgie est approprié ; – recommandation éducative : former aux protocoles les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients devant avoir une chirurgie, de l'intervention aux soins post-opératoires. L'éducation devrait avoir lieu au moment de l'embauche, chaque année, et lorsque ce protocole est ajouté aux responsabilités professionnelles.
Population cible (selon la source de l'indicateur)	Patients âgés de 18 ans et plus, avec des séjours chirurgicaux et tous les codes de procédure du système de classification des procédures de la classification internationale des maladies (ICD-10-PCS) répertoriés pour une procédure de salle d'opération.
Dénominateur (selon la source de l'indicateur)	Nombre de séjours chirurgicaux, pour les patients âgés de 18 ans et plus, avec tous les codes de procédure (ICD-10-PCS) répertoriés pour une procédure en salle d'opération. Les exclusions sont détaillées dans le document source de l'indicateur.

³Agency for Healthcare Research and Quality. Selected best practices and suggestions for improvement. PSI 09: postoperative hemorrhage or hematoma. Dans: Toolkit for using the AHRQ Quality Indicators. How to improve hospital quality and safety. Rockville: AHRQ; 2017.

Numérateur (selon la source de l'indicateur)	Nombre de séjours, parmi les cas répondant aux règles d'inclusion et d'exclusion du dénominateur, avec tout code de diagnostic secondaire de la modification clinique de la classification internationale des maladies (ICD-10-CM) pour l'hémorragie ou l'hématome post-opératoires et tout code de procédure ICD-10-PCS répertorié pour le traitement de l'hémorragie ou de l'hématome. La spécification de l'ICD-10-CM est limitée aux hémorragies ou hématomes postopératoires.
Source de données disponibles	PMSI - MCO
Type d'indicateur	Résultat
Mode d'expression du résultat	Taux
Préconisations pour le développement en chirurgie viscérale et digestive adulte	Avis HAS : – cet indicateur « toute chirurgie » doit être adapté à la chirurgie viscérale et digestive adulte ; – il faudra préciser le délai de reprise chirurgicale (au cours du séjour index ou à distance) ; – il sera nécessaire de vérifier la fiabilité de la détection des hémorragies et hématomes post-opératoires dans le PMSI, ainsi que la fiabilité de l'identification d'une intervention liée à une reprise chirurgicale en chirurgie viscérale et digestive adulte ; – l'investigation des causes d'hémorragie ou d'hématome ayant nécessité une réintervention ne pourra se faire que dans l'ES où a eu lieu l'intervention initiale. Avis ATIH : Cette fiche donne une description macro de chaque indicateur. Pour pouvoir aller plus loin et être en mesure de calculer et d'interpréter les résultats de cet indicateur, il est nécessaire de : – définir précisément le périmètre de l'indicateur ; – déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion des séjours retenus au numérateur et au dénominateur (listes d'actes chirurgicaux, de diagnostics, de racines de groupes homogènes de malades, etc.) ; – accepter, a priori, de rapporter de principe l'évènement recherché (hémorragie / hématome) à l'évènement initial (l'intervention chirurgicale ciblée) sur la totalité de la durée étudiée ; – choisir la méthode de détermination du (ou des) seuil(s) d'alerte. Les codes de la classification internationale des maladies (CIM-10) disponibles ne permettent pas de distinguer le péri-opératoire du post-opératoire et ne sont pas assez précis pour être repérés en dehors du séjour index. A priori, un ajustement est requis.

Taux d'infection du site opératoire - Utilisation en chirurgie viscérale et digestive adulte

Fiche d'information	
Sources de l'indicateur	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. <i>Hospital-acquired complications (HACs) list. Specifications. Version 3.1</i> [En ligne]. Sidney: ACSQHC; 2021. https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2021-03/hospital-acquired-complications-specifications-hacs-v3.1-march-2021-0.xlsx Institut canadien d'information sur la santé. <i>Préjudices à l'hôpital</i> [En ligne]. Ottawa: ICIS; 2021. https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/prejudices-a-lhopital Institut canadien d'information sur la santé. <i>Indicateur préjudices à l'hôpital. Notes méthodologiques générales</i>. Ottawa: ICIS; 2021. https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/indicateur-prejudices-a-lhopital-notes-methodologiques-generales.pdf Health Quality Ontario. <i>Patient safety indicator review: summary report</i>. Toronto: HQO; 2016. Centers for Medicare and Medicaid Services. <i>Quality ID #357: surgical site infection (SSI)</i>. Baltimore: CMS; 2021. https://qpp.cms.gov/docs/QPP_quality_measure_specifications/CQM-Measures/2021_measure_357_MIPSCQM.pdf
Modalité de sélection	La Haute Autorité de santé (HAS) a identifié des indicateurs de résultat déjà utilisés sur la base d'une recherche documentaire internationale (ou, très rarement, des indicateurs recommandés en l'absence d'indicateurs déjà utilisés). L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a ensuite analysé la faisabilité technique de la mesure de ces indicateurs à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les indicateurs ainsi sélectionnés ont fait l'objet d'une consultation des parties prenantes en chirurgie viscérale et digestive adulte. L'indicateur décrit dans cette fiche a été retenu sur la base de sa pertinence clinique et de sa pertinence pour l'amélioration des soins.
Description (selon les sources de l'indicateur)	Taux d'infection du site opératoire.

Pertinence clinique / Intérêt de l'indicateur	En France en 2019, 107 262 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C06 Chirurgie digestive majeure, 499 375 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C07 Chirurgie viscérale autre, 135 131 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C08 Chirurgie hépato-biliaire et pancréatique et 57 481 séjours ont été groupés dans une des racines du groupe de planification de l'ATIH C22 Chirurgie de la thyroïde, endocrinologie. ^{4,5} L'infection postopératoire est un risque associé à toutes les interventions chirurgicales. Le contrôle de ce risque est un objectif de l'Organisation mondiale de la santé. ⁶ L'infection du site opératoire est en fréquence la deuxième localisation des infections associées aux soins (16% des infections associées aux soins). ⁷ Sa prévalence moyenne est de 3,3% des opérés, très variable, selon la spécialité chirurgicale, le geste, les antécédents du patient et selon que l'acte est programmé ou urgent. L'infection du site opératoire est la cause la plus fréquente de réadmission imprévue après une intervention chirurgicale. ⁸
Objectif et modalités d'utilisation	L'objectif est de disposer d'un indicateur hospitalier de vigilance sur lequel les établissements de santé (ES) seraient en capacité d'agir. L'ES analysera ses résultats en les croisant notamment avec ceux d'autres indicateurs disponibles. Par cette investigation complémentaire, l'ES cherchera à expliquer l'évolution de son taux d'infection du site opératoire, le cas échéant, son écart à la moyenne et à analyser ses pratiques pour identifier les infections du site opératoire dues à une prise en charge initiale perfectible, clinique et/ou organisationnelle. Une analyse plus fine par racine de groupe homogène de malades (GHM), par diagnostic ou regroupement de diagnostics, par acte ou regroupement d'actes pourra être effectuée pour identifier les sous-groupes qui ont un taux d'infection du site opératoire supérieur à l'attendu et s'assurer que les taux d'infection du site opératoire par sous-groupe ne se compensent pas. L'analyse ainsi réalisée pourra aider l'ES à identifier et à prioriser des actions d'amélioration, et les outils/leviers à utiliser (ex : recommandations de bonne pratique, etc.).
Pertinence pour l'amélioration	Il existe de nombreuses recommandations pour la prévention des infections du site opératoire. ^{3,9,10} Les recommandations portent notamment sur la préparation cutanée et digestive, l'antibioprophylaxie, l'antisepsie des mains du chirurgien et du champ opératoire, la prise en charge per-opératoire du patient, les soins post-opératoires de la cicatrice et le suivi des taux d'infection des sites opératoires.
Population cible (selon les	Patients (hospitalisés) ayant eu une intervention chirurgicale.

⁴Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Regroupements des GHM en V2019 [En ligne]. Paris: ATIH; 2019.

⁵ScanSanté, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Taux de recours MCO [En ligne]. Paris: ATIH; 2021.

⁶World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Geneva: WHO; 2018.

⁷Santé publique France. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, mai-juin 2017. Saint-Maurice: SPF; 2019.

⁸Merkow, RP, Ju MH, Chung JW, Hall BL, Cohen ME, Williams MV, Tsai TC, Ko CY, Bilimoria KY. Underlying reasons associated with hospital readmission following surgery in the United States. JAMA 2015;313(5):483-95.

⁹National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infection. Quality standard. London: NICE; 2013.

¹⁰Société française d'hygiène hospitalière. Gestion préopératoire du risque infectieux. Mise à jour de la conférence de consensus. Hygiènes 2013;21(4).

sources de l'indicateur)	
Dénominateur (selon les sources de l'indicateur)	Nombre de patients ayant eu une intervention chirurgicale (Australie et Canada : nombre de patients sortis d'un établissement de santé après une intervention chirurgicale). Les inclusions et les exclusions sont détaillées dans les documents sources de l'indicateur.
Numérateur (selon les sources de l'indicateur)	Nombre de patients ayant eu une infection du site opératoire (Etats-Unis : dans les 30 jours après l'intervention). Les inclusions et les exclusions sont détaillées dans les documents sources de l'indicateur.
Source de données disponibles	PMSI - MCO
Type d'indicateur	Résultat
Mode d'expression du résultat	Taux
Préconisations pour le développement en chirurgie viscérale et digestive adulte	Avis HAS : — cet indicateur « toute chirurgie » doit être adapté à la chirurgie viscérale et digestive adulte ; — le délai de survenue de l'infection à prendre en compte sera à préciser ; — limite de la mesure : cet indicateur n'est mesurable à partir du PMSI que si l'infection est détectée au cours d'un séjour en ES, que cela soit au cours du séjour index ou dans le cadre d'une réhospitalisation. Avis ATIH : Cette fiche donne une description macro de chaque indicateur. Pour pouvoir aller plus loin et être en mesure de calculer et d'interpréter les résultats de cet indicateur, il est nécessaire de : — définir précisément le périmètre de l'indicateur ; — déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion des séjours retenus au numérateur et au dénominateur (listes d'actes chirurgicaux, de diagnostics, de racines de groupes homogènes de malades, etc.) ; — accepter, a priori, de rapporter de principe l'évènement recherché (infection du site opératoire) à l'évènement initial (l'intervention chirurgicale ciblée) sur la totalité de la durée étudiée ; — choisir la méthode de détermination du (ou des) seuil(s) d'alerte.

Le diagnostic de la classification internationale des maladies (CIM-10) concerné est « infection après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classée ailleurs ».

La liste des infections acquises sera à définir ; l'origine nosocomiale ou non de l'infection sera à préciser (diagnostic CIM 10 « facteurs nosocomiaux »).

Il n'y a pas de notion de péri-opératoire, il s'agit plutôt d'évènements secondaires à la chirurgie.

A priori, un ajustement est requis.

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

