

Résultats des 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**

Campagne 2017 – Données 2016

1<sup>e</sup> campagne nationale obligatoire

Ce document présente les résultats, issus du recueil 2017 - données 2016, des indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale », réalisé par toutes les structures ayant une activité de chirurgie bariatrique, sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de la prise en charge au sein de chacune des structures concernées. Ils sont aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

### **Où retrouver les résultats de votre établissement ?**

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plateforme 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](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 : [ipaqss@has-sante.fr](mailto:ipaqss@has-sante.fr)

Ce rapport a été rédigé par Sandrine Morin et Agnès Solomiac 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 Haute Autorité de Santé le 22 novembre 2017.

© Haute Autorité de Santé - novembre 2017

# Sommaire

<b>Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins</b>	<b>5</b>
<b>SYNTHÈSE</b>	<b>6</b>
Contexte	6
Les indicateurs mesurés	6
Résultats 2017 des indicateurs et constats	6
Axes d'amélioration - Perspectives	8
<b>Introduction</b>	<b>9</b>
Contexte	9
Les indicateurs en 2017	10
<b>Descriptif de la campagne nationale 2017</b>	<b>11</b>
Descriptif des établissements de santé réalisant les chirurgies bariatriques	11
Descriptif de la population analysée pour le calcul des indicateurs	12
<b>Résultats des indicateurs</b>	<b>15</b>
<b>Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire (COM) »</b>	<b>16</b>
Description de l'indicateur	16
Analyse nationale des informations recueillies	17
Classement des établissements	17
<b>Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire (ENDO) »</b>	<b>19</b>
Description de l'indicateur	19
Analyse nationale des informations recueillies	20
Classement des établissements	20
<b>Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire (PSY) »</b>	<b>22</b>
Description de l'indicateur	22
Analyse nationale des informations recueillies	23
Classement des établissements	23
<b>Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP-OBE) »</b>	<b>25</b>
Description de l'indicateur	25
Analyse nationale des informations recueillies	26
Classement des établissements	27
<b>Indicateur « Communication de la décision de la RCP au médecin traitant (RCP-MED) »</b>	<b>29</b>
Description de l'indicateur	29
Analyse nationale des informations recueillies	30
Classement des établissements	30

<b>Indicateur « Information préopératoire minimale du patient (INFO) »</b>	<b>32</b>
Description de l'indicateur	32
Analyse nationale des informations recueillies	33
<b>Indicateur « Bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire (NUT) »</b>	<b>34</b>
Description de l'indicateur	34
Analyse nationale des informations recueillies	35
<b>Variabilité des résultats des indicateurs en fonction du type de chirurgie et du type d'établissement</b>	<b>36</b>
Le type de chirurgie	36
Le type d'établissement	37
<b>Bilan et perspectives</b>	<b>38</b>
Principaux résultats 2017	38
Axes d'amélioration - Perspectives	39
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>40</b>
<b>Table des illustrations</b>	<b>41</b>
<b>Annexes</b>	<b>42</b>
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	42
Annexe II. Résultats complémentaires	46
Annexe III. Grilles utilisées 2017 pour le recueil des indicateurs	56
<b>Références bibliographiques</b>	<b>60</b>

# Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Depuis 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont 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 publique<sup>1</sup>).** 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](http://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 inspection-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, ayant réalisé le recueil, par région : la moitié est tirée au sort aléatoirement et l'autre moitié 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.

---

<sup>1</sup> 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

# SYNTHÈSE

*Premiers résultats nationaux décrivant la qualité de la prise en charge préopératoire minimale pour une chirurgie bariatrique, à l'aide d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins.*

## Contexte

Dans la prise en charge des patients souffrant d'obésité sévère, la chirurgie bariatrique est le traitement de dernier recours. Il doit se concevoir dans la continuité de la prise en charge globale, et dans un parcours de soins coordonné avec un suivi avant et après. Les recommandations de la HAS de 2009 (<sup>III, IV, V</sup>) définissent entre autre ce que doit être une bonne prise en charge préopératoire et postopératoire. La phase préopératoire a été déclinée en indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour optimiser la qualité de la prise en charge en s'assurant notamment que l'indication de chirurgie est posée après une évaluation et une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires standardisées.

Depuis 2012, dans le cadre du plan de lutte contre l'obésité, les centres spécialisés de l'obésité (CSO) et leurs partenaires ont pour mission la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère en intervenant dans les situations les plus complexes.

## Les indicateurs mesurés

Après 3 ans de recueil sur la base du volontariat, les indicateurs de qualité et sécurité des soins du thème de la « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire » ont été recueillis en 2017 de manière obligatoire par l'ensemble des établissements de santé réalisant cette chirurgie.

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

- Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire <sup>2</sup>(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 : 2 niveaux d'exigence croissante (RCP-OBE) ;
- Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant (RCP-MED).

Ces indicateurs de qualité et de sécurité des soins étant pour la première fois en 2017 recueillis par l'ensemble des établissements de santé de manière obligatoire, ils ne sont pas soumis à la diffusion publique.

Ils sont accompagnés de deux autres indicateurs ne permettant pas la comparaison inter-établissements pour des questions de reproductibilité et de robustesse, mais conservés car indispensables aux établissements pour aider à l'analyse d'une prise en charge de qualité :

- Information préopératoire minimale du patient (INFO) ;
- Bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire (NUT).

## Résultats 2017 des indicateurs et constats

451 établissements de santé étaient concernés par ces indicateurs et tous ont réalisé le recueil des données nécessaires au calcul des indicateurs ; 48 étaient des centres spécialisés de l'obésité, 141 étaient partenaires d'un centre spécialisé de l'obésité.

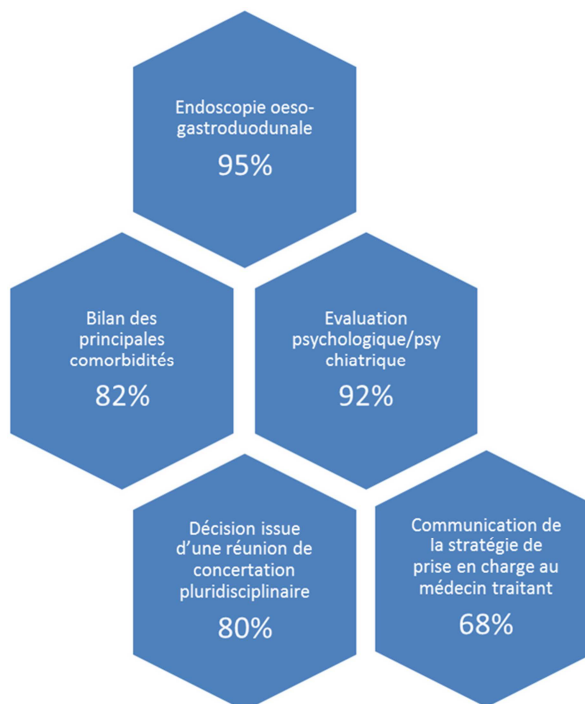
Ils ont réalisé l'analyse rétrospective de 19 403 dossiers de chirurgie bariatrique réalisée en 2016.

Au niveau national, leurs résultats permettent de poser les constats suivants :

- Le bilan complet des principales comorbidités est réalisé chez 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 dans les conditions requises pour près de 7 patients sur 10 ;
- 7 patients sur 10 bénéficient d'une RCP communiquée au médecin traitant pour une prise en charge coordonnée ;

De plus :

- Près de 8 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 plus de 8 patients sur 10.



Si ces résultats peuvent sembler dans l'ensemble satisfaisants, le regroupement en 2 grandes étapes de la prise en charge met en avant des résultats plus mitigés :

- 7 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, 5 patients sur 10 ont une RCP élaborée dans les conditions requises et transmises à leur médecin traitant.

L'analyse des résultats de chaque indicateur par type de chirurgie montre 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 : par exemple, la communication de la décision de la RCP au médecin traitant, dont le résultat est de 40 % pour une pose d'anneau gastrique, 72 % pour un bypass gastrique, et de 67 % pour une sleeve gastrectomy.

Les centres spécialisés de l'obésité et leurs 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 : 83 % versus 73 % ;
- pour la « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant », leur résultat moyen est de 73 % versus 59 % ;
- pour l'indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 », ils obtiennent un résultat moyen nettement supérieur : 81 % versus 72 %. En revanche, il n'y a plus de différence pour le niveau 2 d'exigence supérieure.
- il n'y a pas de différence nette pour les indicateurs sur le bilan endoscopique et l'évaluation psychiatrique/psychologique.

## Axes d'amélioration - Perspectives

Ces indicateurs 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.

Il est attendu des établissements de santé qu'ils s'améliorent sur chacun des indicateurs afin que tous les patients bénéficient d'une prise en charge préopératoire minimale de qualité sur l'ensemble des indicateurs.

Les axes d'amélioration identifiés sont de natures différentes :

- La prise en charge préopératoire décrite dans les recommandations doit être mise en œuvre quelle que soit la technique chirurgicale envisagée ;
- La discussion des dossiers de patients en réunion de concertation pluridisciplinaire doit être systématisée ;
- Le médecin traitant ayant une place centrale dans le suivi de ces patients opérés, lui communiquer la RCP est primordiale et doit être renforcée ;
- L'information du patient doit être renforcée afin de favoriser la réussite à long terme de ce type de chirurgie ;
- Afin de permettre la réussite à long terme de ce type de chirurgie, les professionnels de santé doivent s'assurer que l'ensemble des éléments nécessaires pour poser la bonne indication et assurer une coordination de qualité sont disponibles.

Fondés sur les recommandations de bonne pratique de 2009 <sup>(III)</sup>, les résultats des indicateurs montrent que celles-ci sont mises en œuvre par les établissements de santé. Mais des marges de progression sont possibles et sont à suivre : les résultats mettent en lumière une grande hétérogénéité des pratiques :

- entre établissements de santé où les centres spécialisés de l'obésité et leurs partenaires ont des résultats, en moyenne, meilleurs que les autres établissements ;
- et en fonction des techniques chirurgicales.

Ces résultats soutiennent l'importance du suivi de ces indicateurs pour améliorer le service rendu aux patients. Un travail de croisements de données, notamment sur le suivi post-opératoire, est en cours avec la CNAM-TS afin de mieux décrire les pratiques et le suivi de patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique. La HAS collabore également avec la SOFFCO-MM à l'élaboration du registre de patients opérés dans l'objectif à terme de calculer les indicateurs directement à partir du registre.

L'ensemble des résultats est détaillé dans le présent rapport.

Sur le site internet de la HAS, une visualisation des résultats des IQSS est disponible sous forme de diagrammes en « barres ».



# 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 kg/m<sup>2</sup> ou avec un IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> 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) <sup>(1)</sup>.

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 2016, le nombre de chirurgie est évalué à 58 130<sup>2</sup> (54 241 en 2014, 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 identifiés <sup>(1)</sup>. 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 <sup>(III, IV, V)</sup> ont été élaborées par la HAS avec les professionnels concernés. Publiées en 2009 et accompagnées des critères qualité correspondants, elles ont pour objectifs 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 clinique<sup>3</sup> recueillis depuis 2013.

---

<sup>2</sup> Données PMSI 2016 : actes de chirurgie bariatrique

<sup>3</sup> 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 en 2017

Le thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » est composé de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins, calculés à partir de données issues du dossier du patient.

**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).

Ils sont accompagnés de deux autres indicateurs ne permettant pas la comparaison inter-établissements pour des questions de reproductibilité et de robustesse, mais conservés car indispensables aux établissements pour aider à l'analyse d'une prise en charge de qualité :

- Information préopératoire minimale du patient (INFO) ;
- Bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire (NUT).

Les 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 en s'assurant notamment que l'indication de chirurgie est posée après une évaluation et une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires standardisées.

En 2017, le recueil de ces indicateurs est devenu obligatoire pour l'ensemble des établissements réalisant des actes de chirurgie bariatrique. Les établissements de santé concernés ont utilisé la plateforme sécurisée QualHAS<sup>4</sup> pour saisir les données issues des dossiers de patients, nécessaires au calcul des indicateurs au cours du premier semestre 2017.

Ces indicateurs de qualité et de sécurité des soins étant recueillis pour la première fois de manière obligatoire par l'ensemble des établissements de santé, ne sont pas soumis à la diffusion publique.

Ce rapport présente :

- Un descriptif de la campagne 2017 des établissements participants et des dossiers analysés,
- Les résultats nationaux 2017 par indicateur sur des données 2016 accompagnés des analyses complémentaires et des résultats comparatifs
- Les facteurs influençant les résultats des indicateurs
- Le bilan et les perspectives,
- Les annexes présentent :
  - ▶ la méthode de recueil et d'analyse,
  - ▶ les statistiques descriptives et la variabilité des établissements par indicateur,
  - ▶ les moyennes des indicateurs par région,
  - ▶ les grilles utilisées pour le recueil.

Sur le site internet de la HAS, une visualisation des résultats des IQSS est disponible sous forme de diagrammes en « barres ».

---

<sup>4</sup> Partenariat HAS-ATIH

# Descriptif de la campagne nationale 2017

## Descriptif des établissements de santé réalisant les chirurgies bariatriques

Les indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » ont été recueillis de début mars à fin juin 2017 à partir de l'analyse de dossiers de patients opérés en 2016.

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, mais l'analyse des dossiers ne concernait que les chirurgies initiales.

508 établissements de santé ont déclaré un acte de chirurgie bariatrique dans la base PMSI 2016, soit 58 130 actes en 2016. Parmi eux,

- 51 établissements n'avaient aucun dossier de chirurgie initiale : tous les actes étaient consécutifs à une chirurgie bariatrique réalisée précédemment ;
- 4 établissements ont fermé ou ne pratiquaient plus cette chirurgie,
- 2 établissements n'ont pu analyser l'unique dossier de chirurgie bariatrique initiale car ils ne l'ont pas retrouvé.

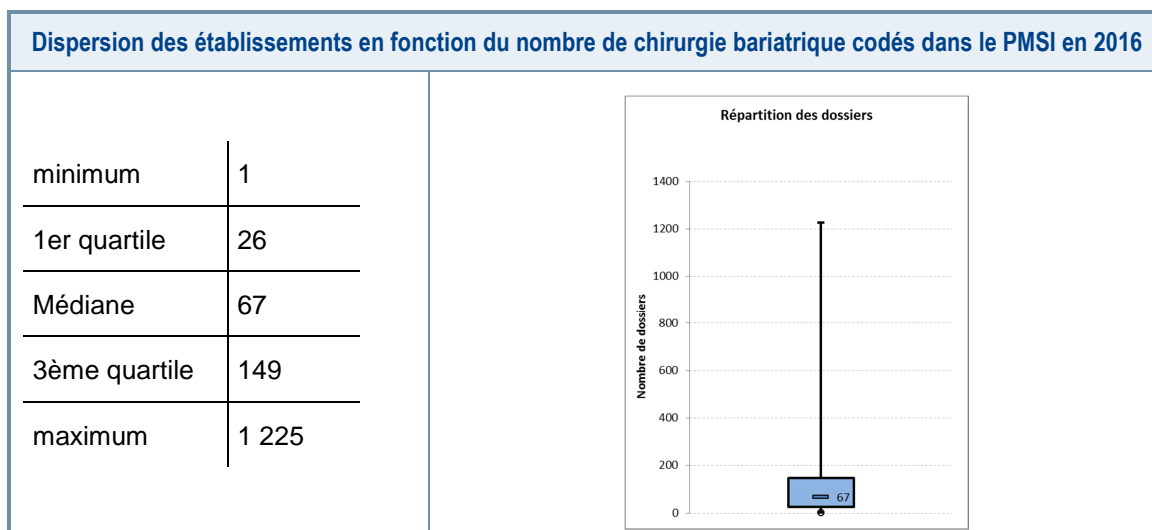
Au total, 451 établissements ont recueilli les indicateurs.

### Activité des établissements réalisant cette chirurgie

Parmi les 451 établissements pratiquant ce type de chirurgie, concernés par le recueil :

- 48 étaient des centres spécialisés dans l'obésité<sup>5</sup>.
- 131 des établissements partenaire d'un CSO
- 262 sans convention avec un CSO.

Leur activité chirurgicale était la suivante :



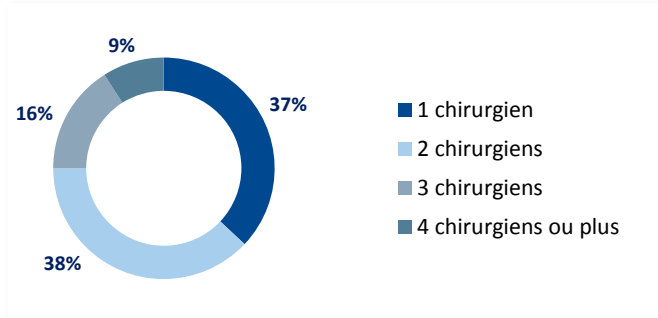
Le nombre d'établissements pratiquant cette chirurgie est variable d'une région à l'autre : de 0 à plus de 80 établissements.

<sup>5</sup> 37 centres régionaux sont répertoriés : dans certaines régions le CSO est un regroupement de plusieurs établissements. Leur dénombrement à partir de leur numéro finess aboutit en 2017 au nombre de 48.

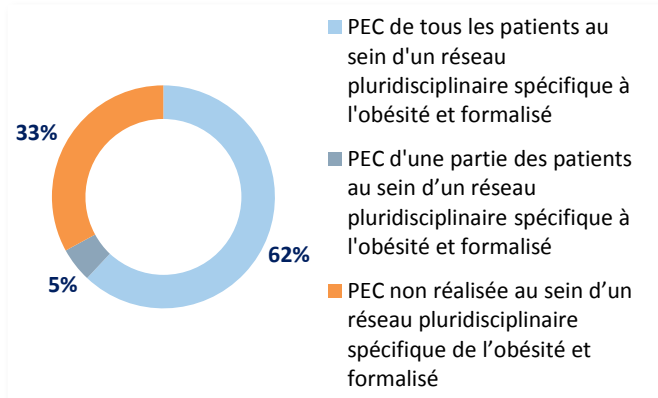
## Organisation de la prise en charge (PEC) au sein de l'établissement

Afin de décrire l'organisation en 2016, les 451 établissements de santé volontaires ont complété le questionnaire organisationnel composé d'éléments descriptifs de l'activité (cf. Annexe III).

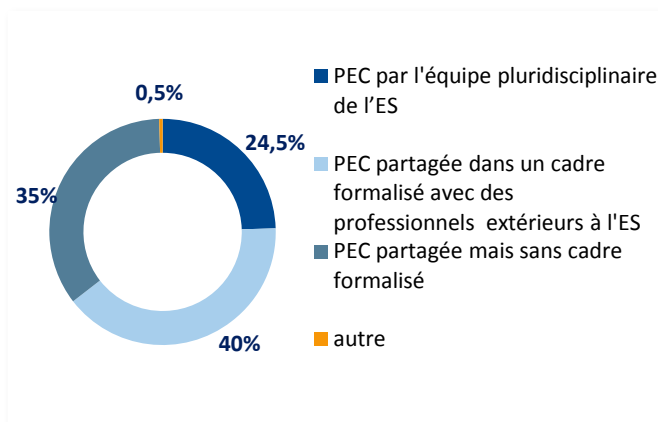
- Dans 37% des établissements de santé, les actes de chirurgie bariatrique sont réalisés par un seul chirurgien. Ils sont réalisés par deux chirurgiens dans 38% des établissements de santé, par 3 chirurgiens dans 16% des établissements de santé, et par 4 chirurgiens ou plus pour les 9 % restant.



- Dans 62% 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 5% des établissements de santé, une partie des patients bénéficie d'une prise en charge au sein d'un réseau pluridisciplinaire spécifique à l'obésité et formalisé. Dans les 33% 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 24,5 % des établissements de santé ; elle est partagée dans un cadre formalisé avec des professionnels extérieurs à l'établissement de santé dans 40 % des établissements de santé, et sans cadre formalisé dans 35 % des établissements de santé. La prise en charge ne correspond pas aux situations décrites précédemment pour environ 0.5 % des établissements de santé.



90 % des établissements de santé déclarent que le contenu des dossiers reflète l'organisation mise en place et décrite dans leur questionnaire organisationnel. Pour les 10 % 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 pour le calcul des indicateurs

### Population et dossiers analysés

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 : 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 d'une chirurgie initiale 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.

Les dossiers nécessaires au calcul 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 2016, pour une chirurgie bariatrique initiale<sup>6</sup>.

Parmi les 451 établissements de santé ayant effectué le recueil, les médecins en charge de cette chirurgie ont participé au recueil des indicateurs dans 74 % d'entre eux. Afin de faciliter et soutenir l'amélioration des pratiques, cette participation devrait être plus importante.

22 % 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.

19 403 dossiers de chirurgie initiale ont été analysés par les 451 établissements de santé. Leurs caractéristiques sont les suivantes :

- 79 % sont des femmes. L'âge moyen est de 41 ans. La durée moyenne de séjour est de 4 jours ;
- 70% des dossiers 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 :
  - ▶  $30 \leq \text{IMC} < 35$  : 2%
  - ▶  $35 \leq \text{IMC} < 40$  : 30%
  - ▶  $40 \leq \text{IMC} < 45$  : 40%
  - ▶  $45 \leq \text{IMC} < 50$  : 18%
  - ▶  $50 \leq \text{IMC}$  : 11% (IMC maximum noté : 96)
  - ▶ aucune valeur d'IMC tracée dans 0,2% des dossiers.
- parmi ces dossiers, la répartition des techniques utilisées est la suivante :
  - ▶ gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy) : 72 % ;
  - ▶ bypass gastrique : 23 % ;
  - ▶ anneau gastrique : 4 % ;
  - ▶ gastroplastie verticale : 0,6 % (technique peu réalisée) ;
  - ▶ dérivation biliopancréatique : 0,12 % (technique réservée aux patients dont l'IMC est supérieur à 50) ;

L'analyse des dossiers montre qu'environ 25% des établissements réalisent une seule technique, 46% deux techniques, 29% réalisent au moins 3 techniques.

Les dossiers analysés sont informatisés entièrement à 35% et partiellement à 48%. Pour ceux informatisés partiellement, les éléments se décomposent comme suit : 72% avec un compte-rendu de consultation informatisé, 50% pour les demandes d'examen biologiques, 39% concernant le compte-rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

Au final, l'analyse ci-après porte sur 451 établissements de santé et 19 406 dossiers.

## Variables influençant les résultats des indicateurs

Les variables telles que le type d'établissements de santé (centres spécialisés de l'obésité/partenaires versus autres)<sup>7</sup> et le type d'acte chirurgical réalisé, ont été testées comme facteurs susceptibles d'influencer la qualité mesurée par les indicateurs.

---

<sup>6</sup> 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 du lien 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 (Tableau 13 et Tableau 14).

Les constats sont présentés ci-après dans une partie spécifique.

---

<sup>7</sup> Du fait de l'organisation de l'offre de soins concernant la chirurgie bariatrique, il n'a pas été jugé pertinent de rechercher les différences entre les établissements de santé privés et publics.

## Résultats des indicateurs

*Pour chaque indicateur sont présentés :*

- *la fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur, ....) ;*
- *l'analyse nationale des informations recueillies :*
  - ▶ *moyenne nationale inter-établissements pondérée par l'activité des établissements ;*
  - ▶ *nombre d'établissements entrant dans le calcul de la moyenne inter-établissements de l'indicateur (ceux ayant inclus au moins 10 dossiers) ;*
  - ▶ *nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements entrant dans le calcul ;*
  - ▶ *des résultats complémentaires ;*
- *le classement des établissements par rapport à l'objectif de performance. Il permet d'objectiver le nombre et le pourcentage d'établissements pour lesquels une marge d'amélioration existe ;*
- *les principaux constats tirés de ces différents résultats.*

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

## Description de l'indicateur

Proportion de dossiers de chirurgie bariatrique initiale dans lesquels est tracé le bilan des 3 principales comorbidités avant l'intervention chirurgicale.	
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation d'un bilan des 3 principales comorbidités avant l'intervention chirurgicale.
<b>Recommandations</b>	<p>Les recommandations indiquent qu' « Avant chirurgie de l'obésité, il est recommandé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'évaluer et de prendre en charge les comorbidités cardiovasculaires ou métaboliques, notamment HTA, diabète de type 2, dyslipidémie (grade B) ;</li> <li>• de rechercher et prendre en charge un syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (grade C) »</li> </ul>
<b>Numérateur</b>	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension artérielle (HTA)</li> <li>• Diabète</li> <li>• Syndrome des apnées hypopnées obstructives du sommeil</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers inclus
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<p>Recueil rétrospectif sur dossier.</p> <p>Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.</p>
<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b>	Objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
<b>Diffusion publique</b>	Pas de diffusion publique des résultats puisque le recueil 2017 est le premier recueil obligatoire



## Analyse nationale des informations recueillies

**Tableau 1. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016**

Campagne 2017 – données 2016		
<b>Moyenne nationale pondérée</b> La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement réalisant des chirurgies bariatriques	<b>82 %</b>	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	451
	Nombre de dossiers	19 406
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	397
	Nombre de dossiers	19 173

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 12 % des dossiers ;
- celle du diabète est absente dans 15 % des dossiers ;
- et celle du syndrome des apnées-hypopnées obstructives du sommeil est absente dans 9 % des dossiers.

## Classement des établissements

### Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

25 % des établissements ont un résultat qui s'étend entre 0 et 77%. 50% des établissements ont un résultat supérieur à 93% (annexe 2, Graphique 15).

### Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

En 2017, 76% des établissements réalisant ce type de chirurgie ont atteint ou dépassé l'objectif de performance.

**Tableau 2. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %**

	Indicateur : Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire						
	Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
<b>Données 2016</b>	201	51 <sup>8</sup>	99	25	97	24	397

<sup>8</sup> Lire : 51 % des établissements ont dépassé l'objectif national de performance fixé à 80%.

### **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 82 %. Autrement dit, près de 8 patients sur 10 ont eu une évaluation des 3 comorbidités nécessaires pour poser l'indication chirurgicale.
- La variabilité des résultats entre les établissements de santé est importante : bien que la moitié des établissements de santé ait un résultat supérieur à 100%, un quart des établissements de santé se situent entre 0 % et 77 % (cf. Graphique 15).
- 51% des établissements ont dépassé l'objectif national de performance de 80% soit 8 dossiers sur 10 complets pour cet indicateur, un quart l'ont atteint.
- Le taux de la traçabilité des conclusions du bilan des comorbidités 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 62 % des cas. Ce taux est meilleur dans le cas d'un bypass gastrique (83 %) ou d'une sleeve gastrectomy (79 %) (cf. Tableau 13).
- Les établissements de santé spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat supérieur pour cet indicateur que les autres établissements de santé : 83 % versus 73 %.

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

## Description de l'indicateur

Proportion de dossiers de chirurgie bariatrique initiale dans lesquels est tracé le bilan endoscopique œsogastroduodénale avant l'intervention chirurgicale.	
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation en préopératoire d'une endoscopie œsogastroduodénale, et, quand la technique bypass est envisagée, la recherche d' <i>Helicobacter pylori</i> (HP) et du contrôle de l'éradication en cas d'HP+
<b>Recommandations</b>	Les recommandations indiquent qu' « 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 pré-néoplasiques, 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) »
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers dans lesquels sont retrouvées, les traces : <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'une endoscopie œsogastroduodénale préopératoire</li> <li>• et quand la technique bypass est envisagée <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ de la recherche d'<i>Helicobacter pylori</i></li> <li>▸ et du contrôle de son éradication en cas de positivité.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers inclus
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.
<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b>	Objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
<b>Diffusion publique</b>	Pas de diffusion publique des résultats puisque le recueil 2017 est le premier recueil obligatoire

## Analyse nationale des informations recueillies

**Tableau 3. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016**

Campagne 2017 – données 2016		
<b>Moyenne nationale pondérée</b> La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement réalisant des chirurgies bariatriques		<b>95 %</b>
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	451
	Nombre de dossiers	19 406
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	397
	Nombre de dossiers	19 173

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 3 % des dossiers analysés.

Les dossiers de chirurgie par bypass représentent 23 % de dossiers analysés (4 427 dossiers sur 19 406). 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 5 % des dossiers ;
- le résultat de la recherche d'HP est absent dans 2 % des dossiers.
- 17 % 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 un quart des dossiers.

## Classement des établissements

### Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

25 % des établissements ont un résultat qui s'étend entre 2 et 93%. 50% des établissements ont un résultat supérieur à 98% (annexe 2, Graphique 16).

### Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

En 2017, 98 % des établissements réalisant ce type de chirurgie ont atteint ou dépassé l'objectif de performance.

**Tableau 4. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %**

	Indicateur : Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire						
	Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
<b>Données 2016</b>	306	77	82	21	9	2	397

**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 95 %. Autrement dit, plus de 9 patients sur 10 ont un bilan endoscopique complet en rapport avec la technique chirurgicale réalisée.
- La variabilité des résultats entre les établissements de santé est peu importante pour les trois quarts d'entre eux (résultat supérieur à 93 %). Elle est toutefois très importante pour le quart des établissements de santé restant ayant des résultats compris entre 2 % et 9 % (cf. Graphique 16)
- 77% des établissements ont dépassé l'objectif national de performance de 80% soit 8 dossiers sur 10 complets pour cet indicateur, 20% l'ont atteint.
- L'analyse par acte montre que pour la pose d'anneau gastrique, le résultat de l'endoscopie est retrouvé dans 93 % des cas. Le taux est de 97% 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 88% des cas (le résultat de l'endoscopie seule est retrouvé dans 95 % des dossiers de bypass gastrique).
- Les établissements de santé spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat similaire à celui des autres établissements de santé : 96 % versus 94 %.

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

## Description de l'indicateur

Proportion de dossiers de chirurgie bariatrique initiale dans lesquels est tracé l'évaluation psychologique/psychiatrique avant l'intervention chirurgicale.	
<b>Définition</b>	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.
<b>Recommandations</b>	<p>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) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie (troubles mentaux sévères, comportements d'addiction, etc.) ;</li> <li>• 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 ;</li> <li>• d'évaluer les déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité ;</li> <li>• 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 ;</li> <li>• d'évaluer la qualité de vie ;</li> <li>• de déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien socio-familial ;</li> <li>• de proposer des prises en charge adaptées avant chirurgie et d'orienter le suivi en postopératoire.</li> </ul> <p>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). »</p>
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers dans lesquels sont retrouvées les conclusions de l'évaluation psychologique/psychiatrique du patient antérieures à l'intervention, comportant notamment celle sur les contre-indications psychiatriques.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers inclus
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.

<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b>	Objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
<b>Diffusion publique</b>	Pas de diffusion publique des résultats puisque le recueil 2017 est le premier recueil obligatoire

## Analyse nationale des informations recueillies

**Tableau 5. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016**

Campagne 2017 – données 2016		
<b>Moyenne nationale pondérée</b> La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement réalisant des chirurgies bariatriques	<b>92 %</b>	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	451
	Nombre de dossiers	19 406
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	397
	Nombre de dossiers	19 173

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 5 % des dossiers analysés ;
- quand l'évaluation est présente, la conclusion sur la présence ou non d'une contre-indication n'est pas tracée dans 4 % des dossiers analysés.

## Classement des établissements

### Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

25 % des établissements ont un résultat qui s'étend entre 2 et 90%. 50% des établissements ont un résultat supérieur à 98% (annexe 2, Graphique 17)

### Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

En 2017, 94 % des établissements réalisant ce type de chirurgie ont atteint ou dépassé l'objectif de performance.

**Tableau 6. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %**

	Indicateur : Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire						
	Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
<b>Données 2016</b>	276	70	96	24	25	6	397

**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 92 %. Autrement dit, près 9 patients sur 10 ont bénéficié d'une évaluation psychologique/psychiatrique recherchant notamment les contre-indications.
- Le résultat élevé de cet indicateur s'explique par le fait que trois quarts des établissements de santé ont un résultat supérieur à 90%. Pour le quart restant, une variabilité importante est présente : les résultats varient entre 0 % et 90 % (Graphique 17).
- 70% des établissements ont dépassé l'objectif national de performance de 80% soit 8 dossiers sur 10 complets pour cet indicateur, un quart l'ont atteint.
- Ce résultat varie en fonction du type d'intervention : il est de 80 % pour l'anneau gastrique, de 94% pour le bypass gastrique et de 91% pour la sleeve gastrectomy (cf. Tableau 13).
- Les établissements de santé spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat peu différent de celui des autres établissements de santé : 92 % versus 89 %.



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

## Description de l'indicateur

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.	
<b>Définition</b>	<p>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.</p> <p>Indicateur à 2 niveaux d'exigence croissante</p>
<b>Recommandations</b>	<p>Les recommandations indiquent que :</p> <p>« 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) ».</p> <p>« 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) ».</p> <p>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 :</p> <p>« Les indications opératoires sont prises dans le cadre des réunions de RCP...La traçabilité est assurée par un compte rendu pour chaque RCP ».</p>
<b>Numérateur</b>	<p><b>Niveau 1 :</b></p> <p>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.</p> <p><b>Niveau 2 :</b></p> <p>Nombre de dossiers conformes au niveau 1 précisant en plus les noms et les spécialités des personnes participant à la RCP.</p>
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers inclus
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.

<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.
<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b>	Objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
<b>Diffusion publique</b>	Pas de diffusion publique des résultats puisque le recueil 2017 est le premier recueil obligatoire

## Analyse nationale des informations recueillies

**Tableau 7. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016**

Campagne 2017 – données 2016		
<b>Moyenne nationale pondérée</b> La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement réalisant des chirurgies bariatriques	<b>Niveau 1 : 80 %</b> <b>Niveau 2 : 68 %</b>	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	451
	Nombre de dossiers	19 406
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	397
	Nombre de dossiers	19 173

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 17 % des dossiers (3 270 dossiers) ;
- 6 % des dossiers contiennent une trace incomplète pour le niveau 1 (1 198 dossiers) :
  - la date de la réunion de concertation est manquante dans 68 % de ces dossiers (814 dossiers),
  - l'identité du patient absente dans 13 % de ces dossiers (154 dossiers),
  - la stratégie de prise en charge manquante pour 39 % des dossiers (465 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 :

- 20 % des dossiers présentent une trace incomplète pour le niveau 2 (3 749 dossiers) :
  - au moins un nom de participants manquant dans 61 % de ces dossiers (2 295 dossiers) ;
  - au moins une spécialité de participants manquante dans 83 % des dossiers (3 104 dossiers).

## Classement des établissements

### Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

Pour le premier niveau d'exigences de l'indicateur : 25 % des établissements ont un résultat qui s'étend entre 0 et 75%. 50% des établissements ont un résultat supérieur à 95% (annexe 2, Graphique 18).

Concernant le niveau 2 d'exigence plus poussée, 25% des établissements ont un résultat qui s'étend de 0 à 40%, tandis que 50% des établissements ont un résultat supérieur à 88% (annexe 2, Graphique 19).

### Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

En 2017, 77% des établissements réalisant ce type de chirurgie ont atteint ou dépassé l'objectif de performance concernant la traçabilité de la RCP (CR de la RCP, nom du patient, date, stratégie). Pour le niveau 2 où l'exigence est plus élevée (en plus le nom des participants), 62% ont atteint ou dépassé l'objectif de performance.

**Tableau 8. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %**

		Indicateur : Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1						
		Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		
Données		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Total
2016		220	56	84	21	93	23	397
		Indicateur : Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire-niveau 2						
		Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		
Données		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Total
2016		164	42	81	20	152	38	397

### 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 80 %, 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 68 %. Autrement dit, près de 7 patients sur 10 bénéficient d'une discussion de leur prise en charge en RCP, dont le compte-rendu contribue à une bonne coordination autour du patient.
- 17 % des dossiers ne contiennent aucune discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (soit près d'1 dossier sur 5).
- 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 95 %, l'autre moitié des établissements de santé ont un résultat très hétérogène (cf Graphique 18). Pour le second niveau, la variabilité est plus importante : un quart des établissements de santé ont un résultat inférieur à 40 %, un autre quart présente un résultat supérieur à 98 % (cf. Graphique 19)
- 56% des établissements ont dépassé l'objectif national de performance de 80% soit 8 dossiers sur 10 complets pour cet indicateur, 21% l'ont atteint pour le premier niveau. Le second niveau étant plus exigeant, il est normal d'avoir moins d'établissement dans la classe A (42%).
- Le passage en RCP et sa traçabilité de niveau 1 sont réalisés dans 57 % des cas quand la pose d'un anneau gastrique est réalisée, dans 76% des cas de sleeve gastrectomy, dans 83% lors d'un bypass gastrique. Pour le niveau 2, les RCP pour anneau gastrique sont toujours moins bien tracées que pour une sleeve ou by-pass gastrique (cf. Tableau 13).
- 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 : 81 % versus 72 %. Pour le second niveau plus exigeant, les résultats sont similaires entre les établissements de santé spécialisés/ partenaires (64%) et les autres établissements de santé (60%).

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

## Description de l'indicateur

Proportion de dossiers de chirurgie bariatrique initiale dans lesquels la communication de la stratégie de prise en charge au médecin traitant est tracée	
<b>Définition</b>	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
<b>Recommandations</b>	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) »
<b>Numérateur</b>	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
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers inclus
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.
<b>Comparaison à l'objectif national de performance</b>	Objectif fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.
<b>Diffusion publique</b>	Pas de diffusion publique des résultats puisque le recueil 2017 est le premier recueil obligatoire

## Analyse nationale des informations recueillies

**Tableau 9. Indicateur « Communication de la décision de la RCP au médecin traitant » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016**

Campagne 2017 – données 2016		
<b>Moyenne nationale pondérée</b> La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement réalisant des chirurgies bariatriques	<b>68 %</b>	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	451
	Nombre de dossiers	19 406
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	397
	Nombre de dossiers	19 173

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 17 % des dossiers.
- La RCP est tracée mais la stratégie de prise en charge décidée n'est pas communiquée au médecin traitant dans 12% des dossiers.
- La RCP a été transmise au médecin traitant après la chirurgie ou à une période non connue, dans 4% des dossiers.

## Classement des établissements

### Distribution des établissements en fonction de leurs résultats

25 % des établissements ont un résultat qui s'étend entre 0 et 42%. 50% des établissements ont un résultat compris entre 42% et 98% (annexe 2, Graphique 20).

### Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

En 2017, 61% des établissements réalisant ce type de chirurgie ont atteint ou dépassé l'objectif de performance.

**Tableau 10. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %**

	Indicateur : Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire						
	Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
<b>Données 2016</b>	306	77	82	21	9	2	397

	Indicateur : Communication de la décision de la RCP au médecin traitant						
	Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Total
<b>Données 2016</b>	170	43	73	18	154	39	397

### Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Communication de la décision 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 68 %. Autrement dit, près de 7 patients sur dix ont leur médecin traitant informé de la stratégie décidée.
- Pour 17% 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, 12 % 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.
- La variabilité des résultats entre les établissements de santé est très importante (cf. Graphique 20) elle s'étend pour la moitié des établissements de santé entre 42 % et 98 %. Un quart des établissements de santé ont un résultat inférieur à 42%. Le quart restant des établissements de santé présente à l'opposé un résultat très élevé, au-dessus de 98 %.
- Le résultat de cet indicateur est 40 % pour une pose d'anneau gastrique, 72 % pour un bypass gastrique, et de 67 % pour une sleeve gastrectomy (cf. Tableau 13).
- Les établissements de santé spécialisés/partenaires ont en moyenne un résultat nettement supérieur aux autres établissements de santé pour cet indicateur : 73 % versus 59 % (cf. Tableau 14).

# Indicateur « Information préopératoire minimale du patient (INFO) »

## Description de l'indicateur

### 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 actuelle de l'indicateur ne permet pas pour le moment la comparaison inter-établissements du point de vue de la reproductibilité.

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 pour le moment afin que les établissements de santé puissent le suivre en interne mais sans production de comparaison

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.	
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue l'information minimale délivrée au patient au cours de la phase préopératoire
<b>Recommandations</b>	<p>Les recommandations indiquent que :</p> <p>« 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 :</p> <p>- (...) patients bien informés au préalable (accord professionnel) »</p> <p>« 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 ; (...).</p> <p>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) ».</p>



<b>Numérateur</b>	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 postopératoire.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers inclus
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.

## Analyse nationale des informations recueillies

**Tableau 11. Indicateur « Information préopératoire minimale du patient » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016**

Campagne 2017 – données 2016	
<b>Moyenne des dossiers</b>	<b>81 %</b>
Nombre d'ES (nombre de dossiers)	451 (19 403)
Minimum	0 %
Maximum	100 %

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

- La trace de l'information au patient est manquante dans 3,4 % des dossiers analysés.
- Quand l'information est délivrée au patient, sa traçabilité est incomplète dans 15 % des dossiers. Les éléments d'information manquants se répartissent de la manière suivante :
  - les bénéfices attendus sont manquants dans 23 % de ces dossiers
  - les risques et contraintes de la chirurgie sont manquants dans 12 % de ces dossiers,
  - la nécessité de modifier son comportement alimentaire et son mode de vie avant et après l'intervention manquante est manquante dans 63 % de ces dossiers
  - l'information sur le suivi postopératoire est manquante dans 76 % de ces dossiers.

### 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 81 %. Autrement dit, 8 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 de l'indicateur

### 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. La construction actuelle de l'indicateur ne permet donc pas comparaison inter-établissements.

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.	
<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la réalisation du bilan biologique nutritionnel et vitaminique en phase préopératoire.
<b>Recommandations</b>	Les recommandations indiquent que : « Avant 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). »
<b>Numérateur</b>	Nombre de dossiers dans lesquels est retrouvée la trace d'un bilan biologique nutritionnel et vitaminique précédant l'intervention
<b>Dénominateur</b>	Nombre de dossiers inclus
<b>Critères d'exclusion</b>	-
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Recueil rétrospectif sur dossier. Pour chaque dossier, l'ensemble des éléments demandés sont recherchés et le ratio [éléments retrouvés sur éléments recherchés] est calculé. L'indicateur est la moyenne des ratios calculés sur les dossiers analysés.

## Analyse nationale des informations recueillies

**Tableau 12 et Graphique 1. Indicateur « Bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016**

Campagne 2017 – données 2016	
<b>Moyenne des dossiers</b>	<b>86 %</b>
Nombre d'ES (nombre de dossiers)	451 (19 403)
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 : 5 %

### **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 86 %. Autrement dit, plus de 8 patients sur 10 bénéficient de ces bilans biologiques nutritionnels et vitaminiques.
- 5 % des dossiers ne contiennent aucune trace de bilan.

# Variabilité des résultats des indicateurs en fonction du type de chirurgie et du type d'établissement

## Le type de chirurgie

Le résultat des indicateurs varie de manière très importante en fonction de l'acte qui a été réalisé (Tableau 13) alors que la prise en charge se doit être la même quel que soit la technique chirurgicale retenue.

- Les dossiers correspondant à une pose d'anneau gastrique sont les moins complets concernant le bilan des comorbidités (- 20 points)
- Le résultat de l'indicateur sur l'endoscopie est meilleur pour les sleeve gastrectomy et les anneaux que pour les by-pass gastriques mais cela est dû à la construction de l'indicateur qui est plus exigeant pour les by-pass gastriques.
- L'évaluation psychiatrique/psychologique est moins réalisée pour les patients à qui un anneau a été posé (-14 points par rapport à un by-pass)
- La réunion de concertation pluridisciplinaire est mieux tracée dans les dossiers de patients bénéficiant d'un by-pass gastrique que dans ceux d'une sleeve gastrectomy (-7 points) ou d'une pose d'anneau gastrique (-19 points)
- La décision de la RCP est communiqué au médecin traitant plus fréquemment quand un by-pass gastrique ou une sleeve gastrectomy est envisagée que pour un anneau gastrique (-30 points)

Globalement les résultats sont respectivement moins bons quand une pose d'anneau gastrique est réalisée, meilleurs quand une sleeve gastrectomy ou un by-pass gastrique est réalisé.

**Tableau 13. Conformité aux indicateurs de la phase préopératoire en fonction de la technique chirurgicale utilisée – Campagne 2017 - données 2016**

	Types d'acte (nombre de dossiers)	Anneau gastrique (823)	Bypass gastrique (4 427)	Gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy) (14 007)	Dérivation bilio- pancréatique (23)	Gastroplastie verticale (123)	Moyenne nationale pondérée
% de dossiers conformes à l'indicateur	Bilan des comorbidités	62	83	79	78	79	82
	Bilan d'endoscopie	93	88	97	91	99	95
	Évaluation psychiatrique/ psychologique	80	94	91	95	90	92
	Réunion de concertation pluridisciplinaire - niveau 1	57	83	76	74	79	80
	Réunion de concertation pluridisciplinaire - niveau 2	48	68	63	65	65	68
	Communication de la RCP au médecin traitant	40	72	67	74	62	68

## Le type d'établissement

- Les dossiers des CSO/partenaires sont plus complets concernant le bilan des comorbidités (+ 20 points)
- Il n'y a pas de différence entre les CSO/Partenaires et les autres établissements concernant la traçabilité du bilan d'endoscopie et l'évaluation psychiatrique/psychologique.
- La réunion de concertation pluridisciplinaire est mieux tracée (compte-rendu, nom du patient, stratégie) dans les dossiers des CSO/partenaires (+9 points), néanmoins la traçabilité des noms des participants à la stratégie de prise en charge est équivalente.
- Les CSO/partenaires communiquent plus fréquemment la décision de la RCP au médecin traitant (+14 points)

Les centres spécialisés de l'obésité et leurs partenaires ont en moyenne des résultats meilleurs que les autres établissements.

**Tableau 14. Résultats des indicateurs de la phase préopératoire en fonction du statut de l'établissement – Campagne 2017 - données 2016**

	Type d'établissements (nombre d'établissements)	Établissements spécialisés/partenaires (178)	Autres établissements (219)	Différence en point
Résultat moyen en % de l'indicateur	Bilan des comorbidités	83	73	10
	Bilan d'endoscopie	96	94	2
	Évaluation psychiatrique/psychologique	92	89	3
	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1	81	72	9
	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2	64	60	4
	Communication de la RCP au médecin traitant	73	59	14

# Bilan et perspectives

*Les résultats présentés dans ce rapport sont les premiers à décrire, à un niveau national, la qualité de la prise en charge préopératoire minimale pour une chirurgie bariatrique, à l'aide d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins.*

## Principaux résultats 2017

Après 3 ans de recueil sur la base du volontariat, les indicateurs du thème de la « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire » ont été recueillis pour la première fois de manière obligatoire par l'ensemble des établissements réalisant cette chirurgie. Ces indicateurs 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.

451 établissements de santé étaient concernés par ces indicateurs et tous ont réalisé le recueil ; 48 étaient des centres spécialisés de l'obésité, 141 étaient partenaires d'un CSO. Ainsi 19 403 dossiers, de chirurgie bariatrique réalisée en 2016, ont pu être analysés.

Les indicateurs concernent les éléments minimaux nécessaires à une prise en charge de qualité. Leurs résultats permettent de poser les constats suivants :

- Le bilan complet des principales comorbidités est réalisé chez 8 patients sur 10.
- Le bilan endoscopique est réalisé pour près de 9 patients sur 10 avec une forte variabilité entre les établissements de santé concernés.
- 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 près de 7 patients sur 10.
- 7 patients sur 10 bénéficient d'une RCP communiquée au médecin traitant pour une prise en charge coordonnée.
- Près de 8 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 plus de 8 patients sur 10.

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 :

- 7 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, 5 patients sur 10 ont une RCP élaborée dans les conditions requises et transmises à leur médecin traitant.

## 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 : comme la communication de la décision de la RCP au médecin traitant, dont le résultat est de 40 % pour une pose d'anneau gastrique, 72 % pour un bypass gastrique, et de 67 % pour une sleeve gastrectomy (cf. Tableau 13)

## Les résultats des centres spécialisés dans l'obésité (CSO) et leurs partenaires ont de meilleurs résultats que les autres établissements de santé.

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 : 83 % versus 73 % ;
- pour la « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant », leur résultat moyen est de 73 % versus 59 % ;
- 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 : 81 % versus 72 %. En revanche, il n'y a plus de différence pour le niveau 2 d'exigence supérieure.
- Il n'y a pas de différence nette pour les indicateurs sur le bilan endoscopique et l'évaluation psychiatrique/psychologique.

## Axes d'amélioration - Perspectives

Ces indicateurs 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.

Il est attendu des établissements de santé qu'ils s'améliorent sur chacun des indicateurs afin que tous les patients bénéficient d'une prise en charge préopératoire minimale de qualité sur l'ensemble des indicateurs.

Les axes d'amélioration identifiés sont de natures différentes :

- La prise en charge préopératoire décrite dans les recommandations doit être mise en œuvre quelle que soit la technique chirurgicale envisagée ;
- La discussion des dossiers de patients en réunion de concertation pluridisciplinaire doit être systématisée ;
- Le médecin traitant ayant une place centrale dans le suivi de ces patients opérés, lui communiquer la RCP est primordiale et doit être renforcée ;
- L'information du patient doit être renforcée afin de favoriser la réussite à long terme de ce type de chirurgie ;
- Afin de permettre la réussite à long terme de ce type de chirurgie, les professionnels de santé doivent s'assurer que l'ensemble des éléments nécessaires pour poser la bonne indication et assurer une coordination de qualité sont disponibles.

Fondés sur les recommandations de bonne pratique de 2009 <sup>(III)</sup>, les résultats des indicateurs montrent que celles-ci sont mises en œuvre par les établissements de santé. Mais des marges de progression sont possibles et sont à suivre : les résultats mettent en lumière une grande hétérogénéité des pratiques :

- entre établissements de santé où les centres spécialisés de l'obésité et leurs partenaires ont des résultats, en moyenne, meilleurs que les autres établissements ;
- et en fonction des techniques chirurgicales.

Ces résultats soutiennent l'importance du suivi de ces indicateurs pour améliorer le service rendu aux patients. Un travail de croisements de données, notamment sur le suivi post-opératoire, est en cours avec la CNAM-TS afin de mieux décrire les pratiques et le suivi de patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique. La HAS collabore également avec la SOFFCO-MM à l'élaboration du registre de patients opérés dans l'objectif à terme de calculer les indicateurs directement à partir du registre.

# Abréviations et acronymes

ARS	Agence régionale de santé
CME	Commission médicale d'établissement
CNAM-TS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CSO	Centres spécialisés de l'obésité
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
ES	Etablissement de santé
FCVD	Fédération française de chirurgie viscérale et digestive
IQSS	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
IFAQ	Dispositifs d'incitation financière à l'amélioration de la qualité
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMC	Indice de masse corporelle
PNNS	Programme national nutrition santé
PO	Plan obésité
QualHAS	Plateforme de recueil sécurisée des IQSS
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
SOFFCO-MM	Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des Maladies Métaboliques



# Table des illustrations

Tableau 1. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016 .....	17
Tableau 2. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % .....	17
Tableau 3. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016 .....	20
Tableau 4. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % .....	21
Tableau 5. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016 .....	23
Tableau 6. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % .....	24
Tableau 7. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016 .....	26
Tableau 8. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % .....	27
Tableau 9. Indicateur « Communication de la décision de la RCP au médecin traitant » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016 .....	30
Tableau 10. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 % .....	30
Tableau 11. Indicateur « Information préopératoire minimale du patient » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016 .....	33
Tableau 12 et Graphique 1. Indicateur « Bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016 .....	35
Tableau 13. Résultats des indicateurs de la phase préopératoire en fonction de la technique chirurgicale utilisée – Campagne 2017 - données 2016 .....	36
Tableau 14. Résultats des indicateurs de la phase préopératoire en fonction du statut de l'établissement – Campagne 2017 - données 2016 .....	37
Graphique 15. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016.....	46
Graphique 16. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016.....	47
Graphique 17. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016.....	47
Graphique 18. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016.....	48
Graphique 19. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016.....	48
Graphique 20. Indicateur « Communication de la décision de la RCP au médecin traitant » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016.....	49
Tableau 21. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée - Campagne 2017 - données 2016 .....	49
Tableau 22. Indicateur Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %) .....	50
Tableau 23. Indicateur Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %) .....	51
Tableau 24. Indicateur Evaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %) .....	52
Tableau 25. Indicateur Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %) .....	53
Tableau 26. Indicateur Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2 - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %) .....	54
Tableau 27. Indicateur Communication de la décision de la RCP au médecin traitant - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %) .....	55

# Annexes

## Annexe I. 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 - Campagne nationale IPAQSS », 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 (ES) et se composent de :

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

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

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

#### Modalités de recueil

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

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

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

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

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

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

### ► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

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

### ► Méthodes de comparaison

#### Estimation des références

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

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

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

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

- une médiane corrigée pour les indicateurs de type délai. Les délais aberrants statistiquement (délais strictement supérieurs à une borne) sont supprimés du calcul de la référence pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse.

Pour les indicateurs de type délai, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer a été retenu pour que les résultats de l'ES soient intégrés dans la comparaison inter ES.

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

#### Types de référence

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

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

## ► Méthodes de présentation des résultats

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

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

### Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un ES par rapport à la moyenne de référence est décliné en 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 3 premières classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à la moyenne de référence retenue pour l'indicateur analysé.

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



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



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



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

### Indicateurs de type délai

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

### Positionnement par rapport à l'objectif national de performance

#### Indicateurs de type score ou proportion

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

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

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

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

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

## Indicateurs de type délai

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

## Calcul des évolutions des indicateurs

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

## Les règles de notation 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 II. Résultats complémentaires

### ► Variabilité nationale inter-établissements par indicateur

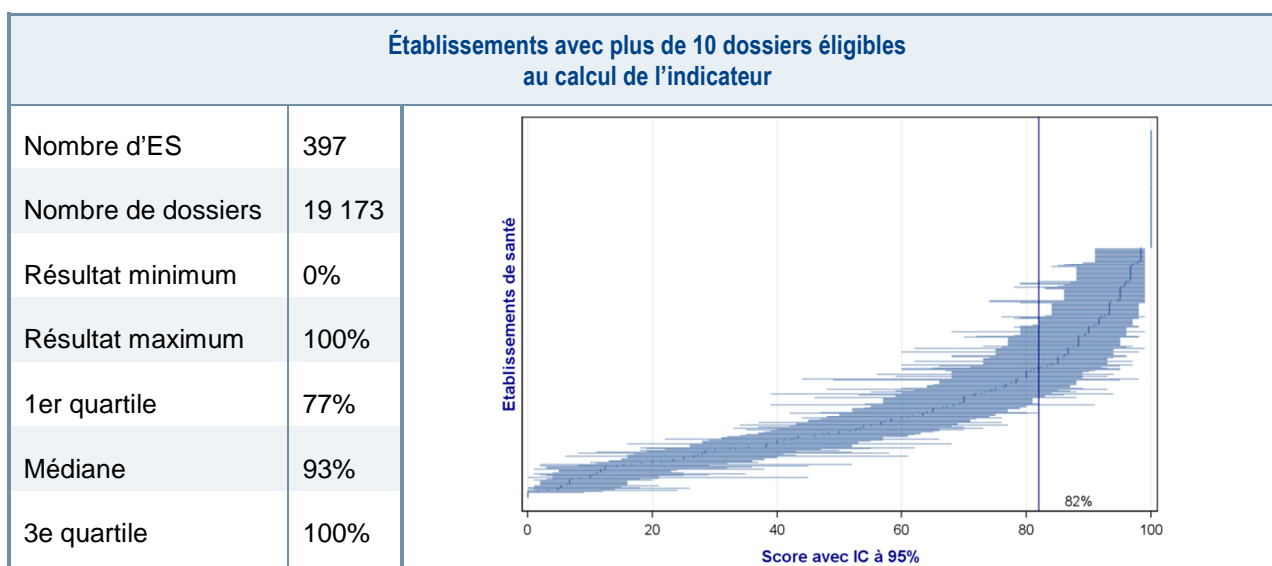
Le tableau et le graphique présentent la variabilité des établissements pour l'indicateur.

Le tableau présente les données de variabilité concernant les résultats des établissements ayant analysé 10 dossiers ou plus pour l'indicateur.

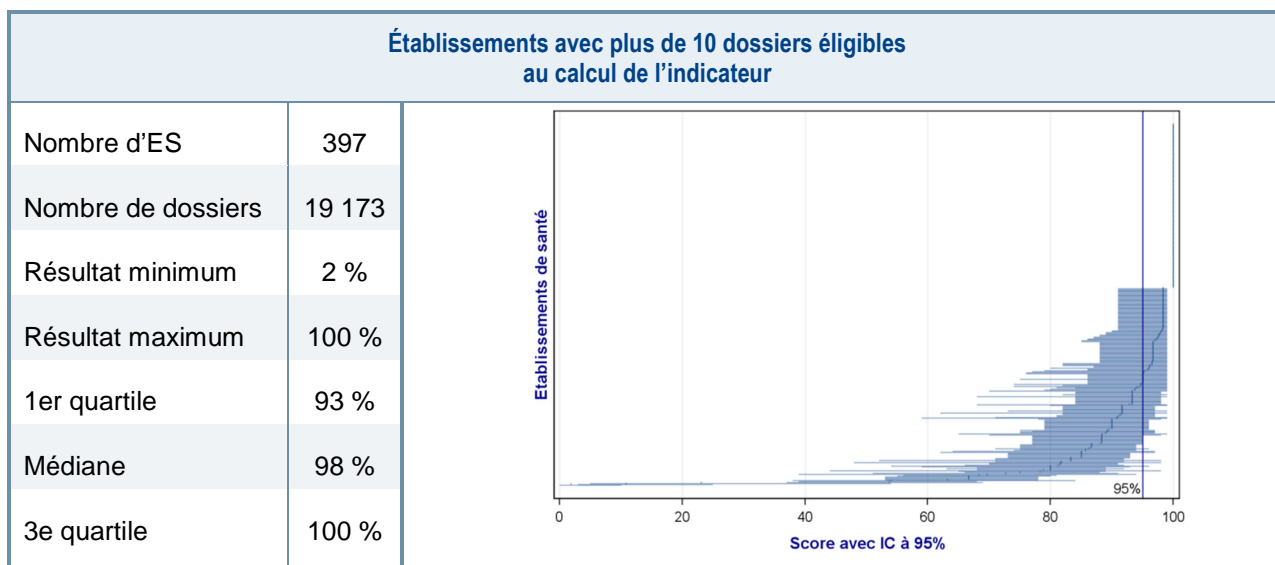
- Résultat minimum = résultats de l'indicateur pour le ou les établissements ayant le résultat le plus faible,
- Résultat maximum = résultats de l'indicateur pour le ou les établissements ayant le résultat le plus élevé,
- 1er quartile : représente le seuil au-delà duquel 75% des établissements se situent,
- Médiane : représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent,
- 3ème quartile : représente le seuil au-delà duquel 25% des établissements se situent.

Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

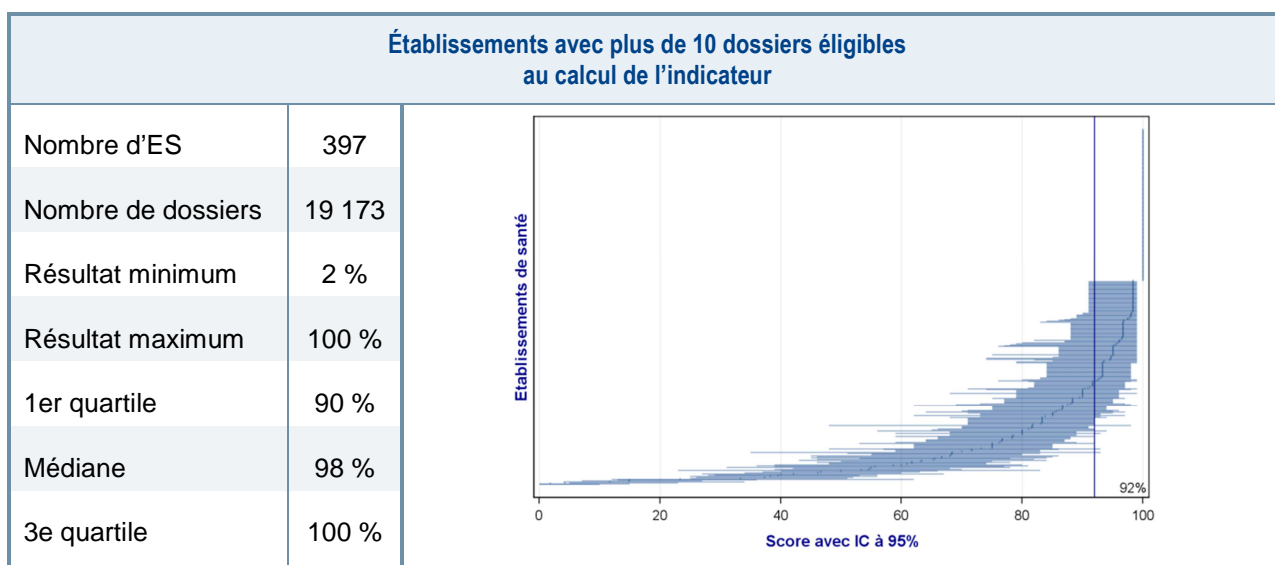
**Graphique 15. Indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016**



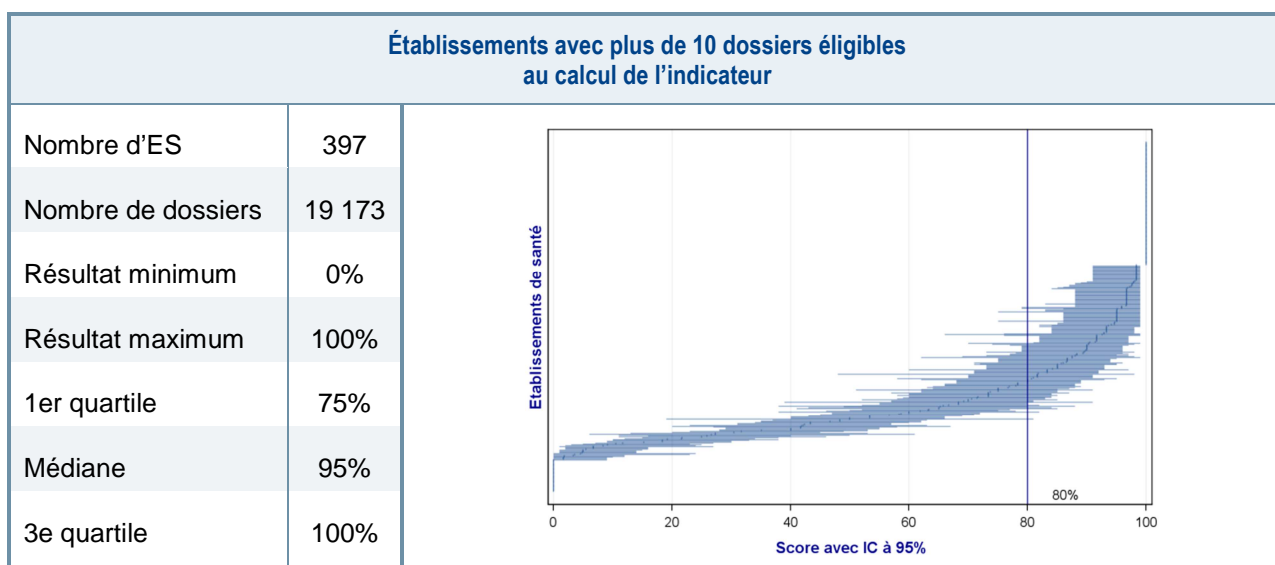
**Graphique 16. Indicateur « Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016**



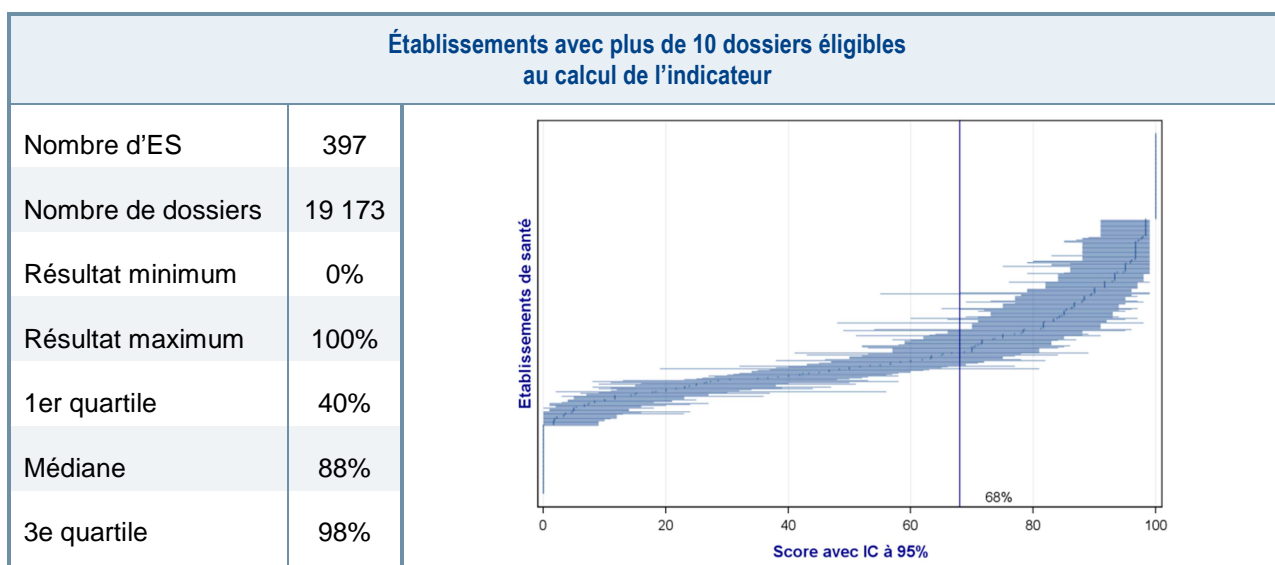
**Graphique 17. Indicateur « Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016**



**Graphique 18. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016**

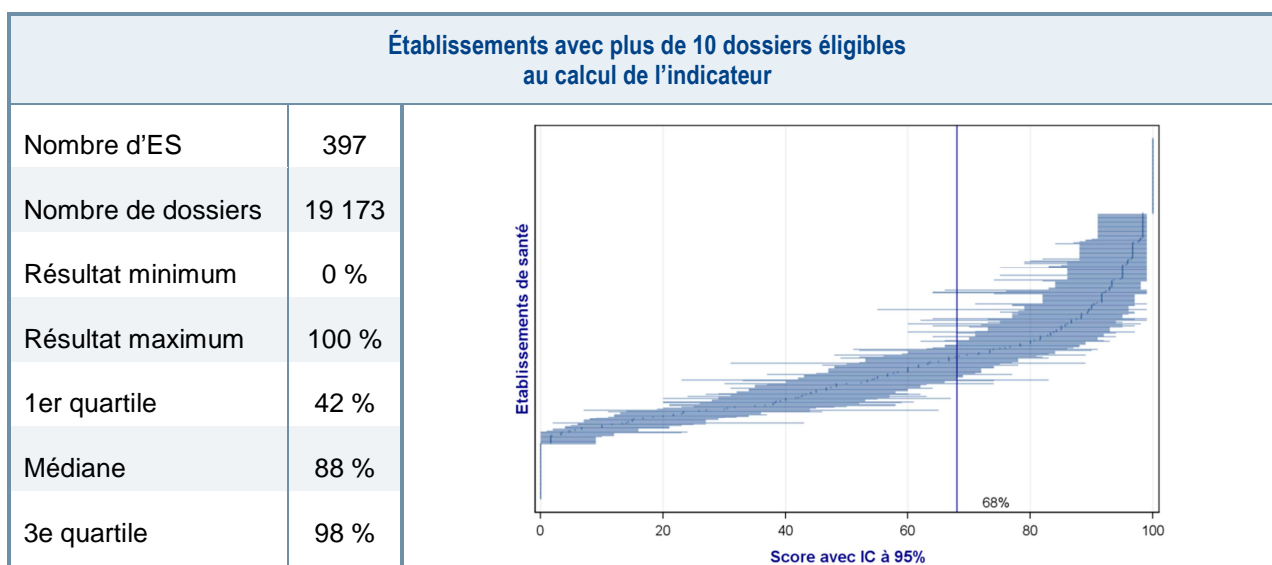


**Graphique 19. Indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2 » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016**





**Graphique 20. Indicateur « Communication de la décision de la RCP au médecin traitant » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016**



► **Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée pour l'ensemble des indicateurs**

**Tableau 21. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée - Campagne 2017 - données 2016**

	Moyenne nationale pondérée (en %)				
Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire (COM)	82%	Nb d'établissements de santé	193	98	106
		% d'établissements de santé	48.6	24.7	26.7
Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire (ENDO)	95%	Nb d'établissements de santé	180	179	38
		% d'établissements de santé	45.3	45.1	9.6
Évaluation psychologique / psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire (PSY)	92%	Nb d'établissements de santé	169	170	58
		% d'établissements de santé	42.6	42.8	14.6
Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire : (RCP-OBE) niveau 1	80%	Nb d'établissements de santé	220	84	93
		% d'établissements de santé	55.4	21.2	23.4
Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire : (RCP-OBE) niveau 2	68%	Nb d'établissements de santé	208	49	140
		% d'établissements de santé	52.4	12.3	35.3
Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant (RCP-MED)	68%	Nb d'établissements de santé	210	57	130
		% d'établissements de santé	52.9	14.4	32.7

## ► Informations régionales

**Tableau 22. Indicateur Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)**

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
397	82%

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	43	77
Bourgogne-Franche-Comté	22	81
Bretagne	13	84
Centre-Val de Loire	15	78
Corse	3	77
Grand Est	27	65
Guadeloupe	1	5
Hauts de France	44	88
Ile de France	75	81
Martinique	3	60
Normandie	22	77
Nouvelle Aquitaine	40	92
Occitanie	36	88
Océan Indien	4	86
PACA	33	82
Pays de la Loire	13	90
Service de santé des armées	3	66

**Tableau 23. Indicateur Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)**

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
397	95%

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	43	95
Bourgogne-Franche-Comté	22	95
Bretagne	13	95
Centre-Val de Loire	15	96
Corse	3	89
Grand Est	27	97
Guadeloupe	1	2
Hauts de France	44	97
Ile de France	75	95
Martinique	3	89
Normandie	22	96
Nouvelle Aquitaine	40	96
Occitanie	36	96
Océan Indien	4	100
PACA	33	95
Pays de la Loire	13	93
Service de santé des armées	3	96

**Tableau 24. Indicateur Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)**

<b>ES composant la référence nationale</b>	<b>Moyenne nationale pondérée</b>
<b>397</b>	<b>92%</b>

<b>Régions</b>	<b>Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10</b>	<b>Moyenne par région (en %)</b>
Auvergne-Rhône-Alpes	43	95
Bourgogne-Franche-Comté	22	94
Bretagne	13	90
Centre-Val de Loire	15	94
Corse	3	89
Grand Est	27	92
Guadeloupe	1	2
Hauts de France	44	85
Ile de France	75	90
Martinique	3	89
Normandie	22	94
Nouvelle Aquitaine	40	94
Occitanie	36	95
Océan Indien	4	99
PACA	33	93
Pays de la Loire	13	97
Service de santé des armées	3	66

**Tableau 25. Indicateur Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)**

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
<b>397</b>	<b>80 %</b>

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	43	84
Bourgogne-Franche-Comté	22	78
Bretagne	13	76
Centre-Val de Loire	15	74
Corse	3	90
Grand Est	27	80
Guadeloupe	1	5
Hauts de France	44	80
Ile de France	75	70
Martinique	3	74
Normandie	22	72
Nouvelle Aquitaine	40	76
Occitanie	36	95
Océan Indien	4	100
PACA	33	88
Pays de la Loire	13	84
Service de santé des armées	3	97

**Tableau 26. Indicateur Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2 - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)**

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
<b>397</b>	<b>68%</b>

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	43	79
Bourgogne-Franche-Comté	22	56
Bretagne	13	24
Centre-Val de Loire	15	44
Corse	3	40
Grand Est	27	73
Guadeloupe	1	4
Hauts de France	44	72
Ile de France	75	63
Martinique	3	70
Normandie	22	48
Nouvelle Aquitaine	40	66
Occitanie	36	90
Océan Indien	4	95
PACA	33	80
Pays de la Loire	13	56
Service de santé des armées	3	95

**Tableau 27. Indicateur Communication de la décision de la RCP au médecin traitant - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)**

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée et Objectif national de performance
<b>397</b>	<b>68 %</b>

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	43	61
Bourgogne-Franche-Comté	22	61
Bretagne	13	65
Centre-Val de Loire	15	73
Corse	3	56
Grand Est	27	70
Guadeloupe	1	2
Hauts de France	44	75
Ile de France	75	55
Martinique	3	96
Normandie	22	73
Nouvelle Aquitaine	40	70
Occitanie	36	82
Océan Indien	4	98
PACA	33	75
Pays de la Loire	13	83
Service de santé des armées	3	79

## Annexe III. Grilles utilisées 2017 pour le recueil des indicateurs

### Plateforme QualHAS

La plateforme QualHAS sert au recueil des données à partir des dossiers de patients, et au calcul des indicateurs : pour chaque indicateur, une liste d'éléments est recherchée dans chaque dossier analysé, et les données sont saisies sur la plateforme via un questionnaire ad hoc. Quand l'ensemble des éléments sont présents, le dossier est considéré conforme. Le résultat de l'indicateur est le pourcentage de dossiers conformes par rapport au nombre de dossiers inclus. Sur cette plateforme, la présentation des résultats et les restitutions des éléments manquants permettent d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent suivre le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre dans le cadre de leur politique qualité ou définir celles à engager. QualHAS fournit également une information structurée et comparative qui permet aux établissements de se positionner par rapport aux autres établissements et aux références nationales comme l'objectif de performance.

### Grilles de recueil

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	Oui Non (exclusion du thème)
OBE10	Date de la chirurgie	/ / Non retrouvée



Identification – Caractéristiques du séjour patient		
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

<b>Information préopératoire du patient</b>			
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
<b>Réunion de Concertation pluridisciplinaire</b>			
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	
RCP 1.5	la spécialité des participants	Oui pour chaque participant Oui pour une partie des participants	
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		
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 oeuvre du programme national nutrition santé (PNNS) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS).
- 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](http://www.has-sante.fr)