
Surveillance des infections du site chirurgical

Programme national réalisé par Swissnoso sur mandat de l'ANQ
Version abrégée – Rapport comparatif national 2012-2013

Périodes de relevé : 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013 (chirurgie viscérale et césariennes)
et du 1^{er} octobre 2011 au 30 septembre 2012 (orthopédie et chirurgie cardiaque)

Auteurs :
Marie-Christine Eisenring, D^r Stefan Kuster, P^r Nicolas Troillet

Septembre 2015 / Version 1.0

1. Contexte

Swissnoso recense et surveille en Suisse, sur mandat de l'ANQ et en collaboration avec elle, l'évolution des infections du site opératoire depuis 2009 pour l'orthopédie et la chirurgie cardiaque, et depuis 2010 pour la chirurgie viscérale et les césariennes. Jusqu'en 2011, le système de surveillance employé en Suisse romande et en Suisse italienne était distinct de celui utilisé en Suisse alémanique. Les hôpitaux et les cliniques sont tenus de participer aux mesures uniformes de l'ANQ depuis respectivement 2011 et 2012. Jusqu'en 2013, 141 359 cas ont été enregistrés dans la base de données.

2. Méthodologie

Sont recensées les infections du site chirurgical qui apparaissent dans les 30 jours après l'opération ou dans les 12 mois suivant l'implantation de prothèses, que ce soit à l'hôpital ou après la sortie. Il s'agit soit d'infections cutanées au niveau de l'incision ou dans le tissu sous-jacent, fascias et muscles compris, soit d'infections des organes ou des espaces creux ouverts ou manipulés durant l'intervention.

La méthode de surveillance suisse repose sur les prescriptions des *Centers for Disease Control and Prevention* américains (CDC). Pour la période de l'**hospitalisation**, elle est pratiquement identique et donc comparable aux autres programmes de surveillance. Mais la surveillance de Swissnoso/ANQ comprend en outre une surveillance active et approfondie **après la sortie d'hôpital** : en Suisse, contrairement à ce qui se fait généralement dans les autres pays, les infections qui apparaissent après la sortie de l'hôpital sont également enregistrées.

Le taux d'infection de chaque hôpital ou clinique est ajusté en fonction de l'indice de risque NNIS. Cet indice, qui permet de calculer les taux d'infections en tenant compte des facteurs de risque propres aux patients ou au type d'intervention, facilite la comparaison directe entre les établissements. Les taux ajustés au risque sont présentés, par hôpital ou par clinique, au moyen de graphiques en entonnoir.

Swissnoso réalise depuis octobre 2012 des audits standardisés afin de contrôler sur place, dans les établissements, la qualité de la saisie et des résultats, ce qui permet de garantir et d'optimiser la qualité des données.

3. Participation

Du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013 (chirurgie viscérale et césariennes) et du 1^{er} octobre 2011 au 30 septembre 2012 (orthopédie et chirurgie cardiaque), la surveillance a porté sur 48 644 patientes et patients (période précédente : 38 672) ayant subi une intervention chirurgicale. 146 hôpitaux, cliniques et sites hospitaliers ont participé à l'enquête (période précédente : 118). Le pourcentage de suivis complétés après la sortie de l'hôpital était de 92,3 % (période précédente : 92,1 %).

Les hôpitaux et les cliniques doivent choisir au moins trois interventions parmi les différents types d'interventions et effectuer le recensement des infections pour ces interventions. Comme la surveillance pour les interventions sur le rectum et les bypass gastriques était facultative durant la période analysée pour le présent rapport, les résultats de ces deux interventions ne sont publiés que de manière globale et non pas transparente par hôpital.

La liste des hôpitaux participants figure au chapitre 8 du rapport comparatif national détaillé 2012-2013. www.anq.ch/fr/resultats-de-mesure/resultats-somatique-aigue/

4. Résultats

Les taux d'infections globaux sont présentés dans le tableau ci-dessous. Les taux ajustés au risque pour chaque hôpital sont publiés sur le site de l'ANQ :

www.anq.ch/fr/resultats-de-mesure/resultats-somatique-aigue/.

Taux d'infections par type d'intervention et par profondeur de l'infection

Type d'intervention	Nombre d'hôpitaux	Nombre d'interventions	Nombre d'infections	Taux d'infections globales (%)	Profondeur de l'infection (nombre)		
					superficielle	profonde	organe/espace creux
Période de surveillance : 1^{er} octobre 2012 – 30 septembre 2013							
Appendicectomie	40	2503	112	4.5	36	12	64
Cholécystectomie	53	5716	141	2.5	79	15	47
Cure de hernie	52	4926	52	1.1	39	11	2
Chirurgie du côlon	93	5319	802	15.1	257	125	420
Intervention sur le rectum	15	511	53	10.4	13	11	29
Bypass gastrique	12	855	47	5.5	23	5	19
Césarienne	51	8488	144	1.7	93	15	36
Période de surveillance : 1^{er} octobre 2011 – 30 septembre 2012							
Chirurgie cardiaque							
toutes interventions	12	3843	191	5.0	62	56	73
pontage coronarien	12	1780	99	5.6	33	38	28
Implant électif de prothèse de hanche	106	10398	146	1.4	39	28	79
Implant électif de prothèse de genou	69	6085	62	1.0	27	10	25

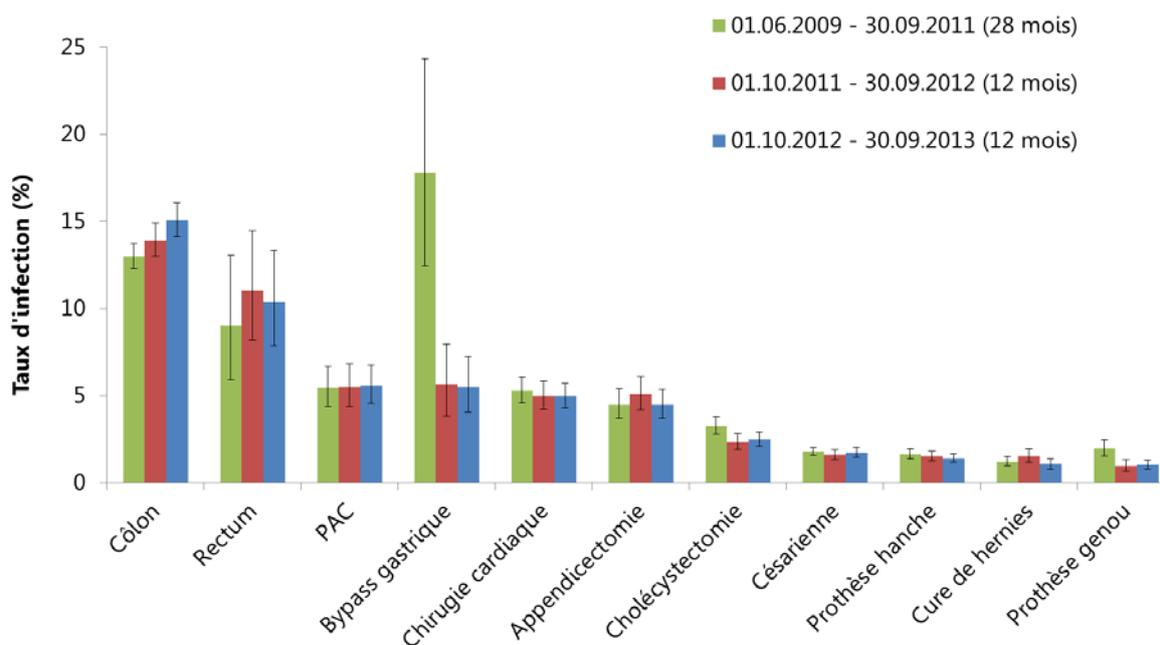
Les taux d'infections globaux restent stables par rapport à la période précédente. Une augmentation ou une diminution statistiquement significative n'est constatée pour **aucune** profondeur d'infection (superficielle, profonde, organe/espace creux).

La comparaison des taux globaux de toutes les interventions avec ceux de la période précédente montre une augmentation tout juste statistiquement significative pour deux profondeurs dans deux interventions:

- chirurgie du côlon (infections d'organe ou d'espace) 7,9 % vs. 6,8 % (période préc.)
- implant électif de prothèse de genou (infections superficielles) 0,4 % vs. 0,2 % (période préc.)

Les résultats actuels permettent aussi, pour la première fois, une comparaison sur un laps de temps plus long :

Taux d'infections globaux, par type d'intervention et par période de surveillance¹



¹ Les périodes de surveillance pour la chirurgie cardiaque et les prothèses de hanche et de genou ne sont pas identiques à celles des autres interventions ; elles ont commencé et fini un an plus tard.

5. Comparaison internationale

Les taux suisses d'infection pour les interventions chirurgicales ayant fait l'objet de la surveillance semblent, à première vue, plus élevés que ceux d'autres pays. Mais une telle comparaison n'est pas véritablement possible en raison des différences méthodologiques (définitions, méthode d'inclusion des cas et suivi après la sortie) et des doutes quant à la validité des données recueillies au niveau international.

Aucun autre programme ne comporte une surveillance aussi approfondie après la sortie de l'hôpital que le programme suisse : p. ex., cette surveillance n'est pas obligatoire en Allemagne, où les patients ne sont recensés que s'ils sont admis une seconde fois dans le même hôpital. Les cas sans réadmission ou ceux avec une admission dans un autre hôpital ne sont très vraisemblablement pas comptés, ce qui donne un taux d'infections plus bas.

De plus, en Suisse, la qualité de la surveillance effectuée par les hôpitaux et les cliniques est régulièrement contrôlée. La validation se fonde sur des audits réalisés sur place par des experts, ce qui accroît la qualité de la surveillance et ainsi la fiabilité des données relevées.

Etant données ces différences méthodologiques, il convient de comparer avec prudence les résultats suisses avec ceux d'autres systèmes de surveillance (cf. chapitre « 5. Comparaisons internationales » dans le rapport comparatif national complet 2012-2013).

6. Conclusion

Jusqu'ici, aucune baisse des taux d'infections du site chirurgical n'a été observée en Suisse. Swissnoso prépare actuellement des modules d'intervention qui devraient aider les hôpitaux et les cliniques à mieux organiser leurs mesures de prévention afin de lutter contre les infections évitables.

Les hôpitaux et les cliniques participants reçoivent pour chaque période de mesure un compte rendu individualisé qui leur permet de faire des comparaisons précises avec d'autres établissements. Ceux qui ont des taux d'infections élevés sont invités à analyser en détail leurs chiffres, à trouver les causes et à prendre les mesures correspondantes. Les comparaisons transparentes nationales permettent au public de reconnaître les hôpitaux ayant de moins bons résultats, ce qui devrait constituer pour eux une incitation à prendre des mesures d'amélioration.