CONCEPT DE PUBLICATION

INFECTIONS DU SITE CHIRURGICAL (ISC) SWISSNOSO

Auteurs	Secrétariat ANQ
Version :	6.0
Date :	Octobre 2025

Weltpoststrasse 5 • 3015 Berne
+41 31 511 38 40 • info@anq.ch • anq.ch

Table des matières

1 Situation initiale 3
2 Contenu et type des résultats publiés 3
2.1 Présentation des résultats sur le portail web 4
2.1.1 Traitement des petits nombres de cas 7
2.1.2 Évaluation de la qualité de la surveillance 8
2.1.3 Désignation de l'administration en temps opportun de l'antibioprophylaxie 9
2.2 Rapport comparatif national 9
2.3 Résumé Analytique « rapport comparatif national » 12
2.4 Infographie 12
2.5 Communiqué de presse 12
2.6 Aperçu de la participation à la mesure/dispense 13
2.7 Évaluations des partenaires 13
2.8 Remarques concernant les risques d'erreurs et d'interprétations erronées 13
2.9 Évaluation et discussion 13
2.10 Mesures de publication 14
3 Contenu et nature des résultats non publiés 14

1 SITUATION INITIALE

Ce concept de publication décrit la manière dont les résultats de la mesure des infections postopératoires en soins aigus sont présentés et publiés.

Les concepts de l'ANQ reposent sur le contrat national qualité, le règlement sur les données de l'ANQ, les exigences générales en matière d'évaluation et les concepts de publication. L'élaboration des concepts de l'ANQ s'inscrit dans un processus continu et s'appuie sur les versions précédentes ainsi que sur les nouvelles connaissances issues des résultats des évaluations.

2 CONTENU ET TYPE DES RÉSULTATS PUBLIÉS

Les taux d'infection ajustés en fonction des risques sont publiés sous forme graphique, par hôpital et sous forme de comparaison nationale, pour les types d'interventions suivants :

- Appendicectomie chez l'adulte (≥ 16 ans)
- Appendicectomie chez les enfants/adolescents (< 16 ans)
- Cholécystectomie
- Chirurgie du côlon
- Opérations du rectum
- Bypass gastrique
- Césarienne
- Hystérectomies
- Chirurgie cardiaque (répartition : chirurgie cardiaque totale, pontages aorto-coronariens, Remplacement de valve)
- Prothèses totales de hanche électives
- Prothèses électives du genou
- Laminectomies avec/sans implant
- Interventions chirurgicales vasculaires sur les artères des membres inférieurs

La publication des résultats de la mesure des infections postopératoires comprend les éléments suivants :

- Graphiques/tableaux interactifs par thème de mesure à publier sur le portail web de l'ANQ de manière transparente pour chaque hôpital/site/clinique
- Rapport comparatif national
- Résumé analytique
- Infographie
- Communiqué de presse
- Aperçu de la participation à la mesure/dispense

- Évaluation des partenaires (résultats de tous les hôpitaux/cliniques)
- Guide de lecture des graphiques et de l'ajustement des risques

Les infections nosocomiales en général, et les Infections du site chirurgical (ISC) en particulier, sont des thèmes centraux associés à la qualité des prestations des hôpitaux. La publication transparente de ces indicateurs suscite donc un vif intérêt de la part de la population et des médias.

La variabilité au sein des hôpitaux et cliniques de Suisse et le potentiel d'optimisation qui y est associé sont discutés à un niveau général et non au niveau de chaque hôpital.

Il est très important de présenter les résultats de manière objective et nuancée, dans leur contexte. Il convient de mettre en évidence les faits pertinents dans les documents de publication.

Les infections des plaies ne peuvent jamais être totalement évitées lors d'interventions chirurgicales. Même dans le cas d'interventions présentant un risque accru en raison de la zone opératoire (par exemple, la chirurgie du côlon), les Infections du site chirurgical (ISC) peuvent être encore minimisées en respectant toutes les directives et prescriptions.

Une évaluation globale des résultats met également en évidence les aspects positifs et salue les efforts des hôpitaux et des cliniques en matière de qualité.

Les comparaisons internationales permettent de situer la Suisse par rapport à d'autres pays. Les résultats sont discutés dans un contexte international, en soulignant les possibilités et les limites de telles comparaisons (p. ex. méthodes de collecte différentes, comparaisons directes limitées). Malgré ces restrictions, la comparaison internationale doit être abordée de manière proactive. Sinon, le risque existe que les médias ou d'autres acteurs procèdent à cette comparaison.

2.1 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS SUR LE PORTAIL WEB

Pour la comparaison nationale des hôpitaux, les taux d'infection sont calculés en tenant compte de certains risques propres aux patients. Les taux d'infection sont ajustés à l'aide de l'indice de risque NNIS, qui comprend le score ASA (gravité de la maladie), la classe de contamination (classification de la zone opératoire en termes de contamination microbiologique) et la durée de l'intervention chirurgicale. La méthode de calcul du taux d'infection ajusté à l'aide de l'indice NNIS[1] est décrite en détail dans le concept d'évaluation (voir Infections du site chirurgical (ISC), téléchargements concepts).

[1] Mesures de la fréquence et de l'association des maladies. Dans : Hennekens CH, Buring JE. Epidemiology in Medicine, pp. 54-98. Little Brown and Company, Boston/Toronto 1987.

Le type de graphique utilisé est un graphique en entonnoir (funnel plot) pour chaque type d'intervention (voir).

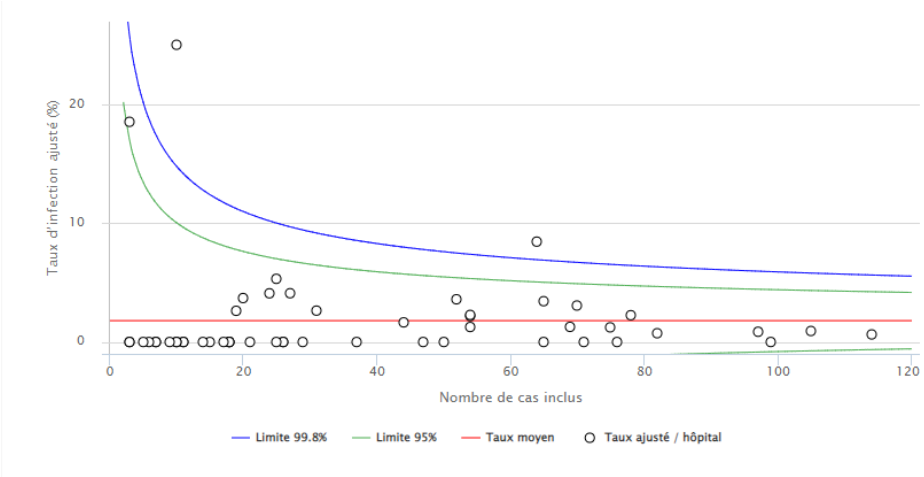

Figure 1: Taux d'infection ajusté par NNIS pour les appendicectomies - graphique interactif ANQ (exemple de graphique en entonnoir)

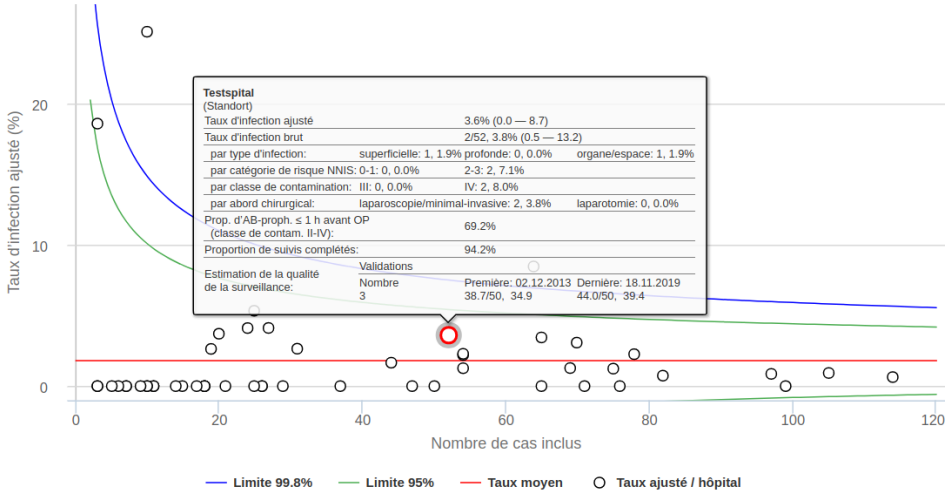

Figure 2 : Taux d'infection ajusté par NNIS pour les appendicectomies - graphique interactif ANQ (exemple de graphique en entonnoir avec fenêtre contextuelle)

Les graphiques en entonnoir avec les taux d'infection de la période de collecte correspondante (octobre à septembre) sont publiés sur le portail web de l'ANQ. La période de collecte exacte est indiquée explicitement pour chaque graphique, aucun résultat cumulé sur plusieurs années n'est présenté. La fonction de recherche permet d'afficher la position de l'hôpital ou du site hospitalier souhaité.

Le taux d'infection ajusté (%) est représenté sur l'axe y (ligne verticale à gauche, plage de valeurs dans l'exemple 0-20). L'axe x (axe horizontal) représente le nombre d'interventions incluses. La plage de valeurs se situe entre 0 et 600 selon le type d'intervention.

La ligne horizontale rouge indique le taux d'infection brut (nombre d'infections/nombre d'interventions incluses) pour le type d'intervention correspondant et sert de valeur de référence. Les cercles noirs indiquent le taux d'infection ajusté respectif des différents hôpitaux et cliniques.

Les graphiques en entonnoir sont représentés avec des limites de contrôle de 95 % et 99,8 %[2] . Les lignes vertes indiquent les limites de contrôle supérieure et inférieure de 95 % en fonction du nombre de cas d'un hôpital ou d'une clinique. Les lignes bleues représentent quant à elles les limites de contrôle de 99,8 %. Ces limites définissent la plage qui englobe les fluctuations aléatoires des taux d'infection autour de la moyenne. Le degré d'incertitude augmentant lorsque le nombre de cas est faible, la plage de contrôle prend la forme d'un entonnoir. Les taux d'infection dans les hôpitaux et les cliniques avec un faible nombre de cas doivent être interprétés avec prudence (voir également 2.1.1).

Même en cas de fluctuations aléatoires, le taux d'infection ajusté au risque observé dans un établissement se situe dans les limites de contrôle avec une probabilité de 95 % ou 99,8 %. Cela vaut pour l'hypothèse selon laquelle le taux d'infection réel de cet établissement correspond au taux d'infection moyen de tous les établissements participants. Si le taux d'infection d'un hôpital se situe en dehors des limites de 99,8 %, il est très probable (99,8 %) que cet écart ne soit pas uniquement dû à des fluctuations aléatoires.

Selon la position d'une clinique/d'un hôpital sur le graphique, son taux d'infection ajusté peut donc être considéré comme similaire à celui des autres (dans la plage de contrôle de 95 % ou 99,8 %), comme plus élevé (au-dessus de la limite supérieure) ou comme plus faible (en dessous de la limite inférieure).

Lorsque vous sélectionnez un hôpital/une clinique, une fenêtre contextuelle s'affiche avec des Informations détaillées supplémentaires importantes pour l'interprétation (voirFigure 2). Ces informations ont été complétées par rapport à la première publication transparente en décembre 2014. Les taux d'infection bruts sont également présentés par type d'infection, catégorie NNIS, classe de contamination ou technique chirurgicale. Ces analyses supplémentaires par sous-groupes n'ont pas la même importance pour tous les types d'interventions, c'est pourquoi le contenu des fenêtres contextuelles varie en fonction du type d'intervention. Par exemple, les classes de contamination ne sont pertinentes qu'en chirurgie viscérale, mais pas

[2] Spiegelhalter, David J. Graphiques en entonnoir pour comparer les performances institutionnelles. Cambridge CB2 2SR, Royaume-Uni : Wiley InterScience, Statist. Med. 2005 ; 24 : 1185-1202

en orthopédie. Depuis la période de collecte 2017/2018, la proportion d'antibioprophylaxie administrée en temps opportun (%) est également indiquée (voir chapitre 2.1.3).

Les informations suivantes sont affichées dans la fenêtre contextuelle :

NOM DE L'HÔPITAL OU EMPLACEMENT DE L'HÔPITAL	
Taux d'infection ajusté selon le NNIS	En % avec intervalle de confiance à 95
Taux d'infection brut	n/N, % avec intervalle de confiance à 95 % n = nombre d'infections / N = nombre d'interventions, pourcentage, intervalle de confiance à 95 % inclus
Taux d'infection brut par type d'infection	Superficielle : N, % Profonde : N, % Organes/espaces : N, %
Taux d'infection brut par catégorie NNIS (catégories 0-3)	Présenté en deux groupes : catégorie 0-1 et 2-3, N, % En chirurgie du côlon, les taux d'infection bruts sont présentés séparément pour les quatre catégories (0, 1, 2 et 3)
Taux d'infection brut par classe de contamination (classes II-IV, la classe I correspondant à une intervention aseptique)	Uniquement pour la chirurgie du côlon, la cholécystectomie (taux d'infection brut par classes II, III et IV) Pour l'Appendicectomie, uniquement pour les classes II et IV.
Taux d'infection brut selon la technique chirurgicale	Pour les types d'interventions dans lesquels des techniques laparoscopiques/mini-invasives sont utilisées ou des sternotomies (en Chirurgie cardiaque) sont pratiquées, N, %.
Pourcentage de prophylaxie antibiotique administrée en temps opportun	Pourcentage, %
Pourcentage de suivis effectués	Pourcentage, %
Évaluation de la qualité de la saisie	Date, score et médiane de la première et de la dernière validation. Scores compris entre 0 (très mauvaise qualité observée) et 50 (excellente qualité observée).
Commentaire de l'hôpital/de la clinique	si disponible, facultatif pour les hôpitaux et les cliniques

Tableau1 : Informations dans la fenêtre contextuelle

2.1.1 Traitement des petits nombres de cas

Plus le nombre d'interventions réalisées est élevé, plus l'estimation statistique du taux d'infection d'un établissement est précise. Les hôpitaux et les cliniques traitant un petit nombre de cas présentent une grande variabilité dans leurs résultats. La représentation sous forme de graphique en entonnoir avec une zone de contrôle en forme d'entonnoir tient compte de ce degré d'incertitude accru lorsque le nombre de cas est faible. Seules les valeurs situées en dehors des limites de contrôle peuvent être interprétées comme un écart notable par rapport à la moyenne globale. La zone de contrôle suffisamment grande pour les petits nombres de cas (proche de l'axe y) permet de contrer le risque d'interprétation erronée.

Si les hôpitaux et les cliniques ne sont pas représentés en raison d'un petit nombre de cas, il convient de définir une certaine taille (seuil) comme limite. Étant donné qu'une proportion non négligeable d'hôpitaux et de cliniques de Suisse ont un nombre de cas faible à très faible pour certains types d'interventions, seuls les établissements de grande taille pourraient être représentés de manière transparente en cas de seuil défini. Cela reviendrait à traiter les hôpitaux ou les cliniques de manière inégale et pourrait conduire à des spéculations contre-productives dans l'opinion publique (médias, politique, société). Toutefois, si un seul cas par période de mesure et par type d'intervention est documenté, celui-ci n'est pas pris en compte dans l'évaluation. Un tel cas est considéré comme une erreur potentielle et ne peut être interprété dans l'analyse.

La description des graphiques en entonnoir doit mentionner l'incertitude statistique liée au petit nombre de cas et la possibilité d'une interprétation erronée des taux d'infection très bas ou très élevés.

Pour les raisons mentionnées, les résultats de toutes les institutions sont présentés de manière transparente, quel que soit le nombre de cas (N ≥ 2). Les hôpitaux et les cliniques peuvent fournir des explications sur le nombre de cas ou les taux d'infection dans leurs commentaires sur leurs résultats. Les commentaires des hôpitaux et des cliniques sont publiés dans des fenêtres contextuelles.

2.1.2 Évaluation de la qualité de la surveillance

Dans le cadre du programme de validation des hôpitaux et cliniques participants, la qualité de la surveillance est régulièrement évaluée à l'aide d'instruments standardisés lors de visites dans les hôpitaux, et un score correspondant de 0 (très mauvaise qualité observée) à 50 (excellente qualité observée) est attribué.

La fenêtre contextuelle affiche le nombre de validations par hôpital et le score effectivement obtenu lors de la première et de la dernière validation. La médiane du cycle de validation correspondant sert de valeur de comparaison nationale. Le score de la clinique/de l'hôpital concerné et la médiane nationale sont affichés dans la fenêtre contextuelle.

Vous trouverez de plus amples informations sur le concept de validation et le calcul du score de validation sous Validation et évaluation des processus de surveillance : « Description du score d'évaluation » et « Outil de validation ».

2.1.3 Désignation de l'administration en temps opportun de l'antibioprophylaxie

Conformément aux recommandations d'experts nationaux et internationaux[3][4][5] , la proportion d'antibioprophylaxie administrée en temps opportun (= dans les 60 minutes précédant l'incision) a été enregistrée depuis le début de la mesure des infections postopératoires des plaies. Les résultats globaux à cet égard sont restés inchangés ces dernières années, à l'exception de quelques hôpitaux/cliniques.

Dans le cadre de la mesure des infections postopératoires des plaies, l'importance d'une publication transparente des résultats pour l'amélioration de la qualité est clairement apparue par le passé. Fort de cette expérience acquise par les commissions de l'ANQ, le pourcentage de prophylaxie antibiotique administrée en temps opportun est également indiqué dans la publication depuis la période de collecte 2017/2018, afin de renforcer l'incitation à prendre des mesures d'amélioration de la qualité.

Pour l'analyse de l'administration en temps opportun de la prophylaxie antibiotique, à l'exception des appendicectomies, pour lesquelles toutes les classes de contamination sont prises en compte, seules les interventions pour lesquelles aucun antibiotique thérapeutique n'est généralement administré et pour lesquelles l'antibiotique administré peut donc être clairement attribué à l'intervention sont analysées.

C'est pourquoi, pour les interventions sur le tractus gastro-intestinal ou urogénital (césarienne, hystérectomie, Bypass gastrique, Chirurgie du côlon, chirurgie du rectum, Cholécystectomie), seules celles de la classe de contamination II sont incluses. Pour les interventions dites « propres » (chirurgie cardiaque, laminectomie, interventions chirurgicales vasculaires sur les artères des membres inférieurs, prothèses électives du genou et de la hanche), seules celles de la classe de contamination I sont prises en compte.

2.2 RAPPORT COMPARATIF NATIONAL

Le rapport comparatif national contient les résultats et l'intégration technique par l'ANQ. Le rapport comparatif national est publié sur le portail web de l'ANQ. L'évaluation est effectuée conformément au concept d'évaluation.

Le rapport comparatif national présente, outre les résultats des 16 interventions, d'autres résultats d'évaluation.

---

[3] Bratzler DW et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. AM J Health-Syst Pharm 2013 ; 70 : 195-283

[4] Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Revue systématique et recommandations fondées sur des preuves concernant la prophylaxie antibiotique périopératoire. Stockholm : ECDC ; 2013

[5] Senn L et al. Recommandations actualisées sur la prophylaxie antibiotique périopératoire dans la Suisse, 2015. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Publikationen/Bulletin_Artikel_D/v20_1_2015-09_Swissnoso_Bulletin_de.pdf

Le tableau 2 présente le résumé des résultats de tous les types d'interventions.

TYPE D'INTERVENTION	N HÔPI-TAUX	N INTER-VENTIONS	% DU TOTAL	N INF.	TI EN % (IC 95%)	N SUP. (%)	N PROF. (%)	N ORG-ESP. (%)	INF. PDS (%)	READM. POUR CAUSE D'INF. (%)	REOP. POUR CAUSE D'INF. (%)	SUIVIS COMPLÉTÉS (%)
Appendicectomie, toutes	82	5443	8.2	116	2.1 (1.8-2.6)	43 (37.1)	5 (4.3)	68 (58.6)	70.7	38.8	31.0	91.5
Cholécystectomie	43	4659	7.0	82	1.8 (1.4-2.2)	28 (34.1)	7 (8.5)	47 (57.3)	70.7	40.2	26.8	90.6
Chirurgie du côlon	99	7002	10.5	812	11.6 (10.9-12.4)	212 (26.1)	70 (8.6)	530 (65.3)	29.4	20.3	54.1	94.5
Chirurgie du rectum[1]	17	464	0.7	69	14.9 (11.8-18.4)	10 (14.5)	4 (5.8)	55 (79.7)	24.6	20.3	49.3	97.8
Bypass gastrique	10	1055	1.6	24	2.3 (1.5-3.4)	3 (12.5)	3 (12.5)	18 (75.0)	58.3	54.2	58.3	92.8
Césarienne[1]	28	6028	9.0	163	2.7 (2.3-3.1)	98 (60.1)	5 (3.1)	60 (36.8)	89.6	22.1	9.2	93.3
Hystérectomie[1]	19	1648	2.5	47	2.9 (2.1-3.8)	11 (23.4)	7 (14.9)	29 (61.7)	95.7	46.8	1.0	92.6
LAM sans implant	37	4634	6.9	39	0.8 (0.6-1.1)	7 (17.9)	11 (28.2)	21 (53.8)	89.7	79.5	84.6	96.4
LAM avec implant[1]	19	153	0.2	4	2.6 (0.7-6.6)	3 (75.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	100.0	75.0	50.0	97.4
Toute chirurgie cardiaque	7	2804	4.2	65	2.3 (1.8-2.9)	32 (49.2)	24 (36.9)	9 (13.8)	78.5	50.8	56.9	87.9
Pontage aorto-coronarien (PAC)	7	1235	1.9	33	2.7 (1.8-3.7)	17 (51.5)	16 (48.5)	0 (0.0)	87.9	51.5	60.6	89.3
Remplacement de valve cardiaque	7	1020	1.5	19	1.9 (1.1-2.9)	9 (47.4)	4 (21.1)	6 (31.6)	63.2	52.6	57.9	87.1
Prothèse totale de hanche[1]	98	17233	25.8	118	0.7 (0.6-0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	118 (100.0)	95.8	97.5	98.3	94.5
Prothèse de genou[1]	70	15274	22.9	59	0.4 (0.3-0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	59 (100.0)	96.6	96.6	98.3	93.8
VASCAMI	3	303	0.5	30	9.9 (6.8-13.8)	13 (43.3)	7 (23.3)	10 (33.3)	70.0	63.3	76.7	96.9
Total		66700	100.0	1628	2.4 (2.3-2.6)	460 (28.3)	143 (8.8)	1025 (63.0)	54.2	36.0	51.5	93.5

Tableau 2 : Résumé des résultats de tous les types d'interventions

Le tableau 3 présente les différences statistiquement significatives entre la période précédente et la période actuelle pour différents paramètres selon le type d'intervention.

PARAMÈTRE	TYPE D'INTERVENTION	MESURE 2024 (%)	MESURE 2023 (%)	COMPARAISON (P)
Laparoscopie	Appendicectomie, toutes	97.6	96.4	↗ (p=0.001)
	Bypass gastrique	98.9	97.6	↗ (p=0.022)
Minimal invasive	Toute chirurgie cardiaque	7.3	4.5	↗ (p=0.000)
	Prothèse totale de hanche	82.2	81.1	↗ (p=0.006)
vNOTES	Hystérectomie vaginale	32.3	17.1	↗ (p=0.000)

Tableau 3 : Techniques chirurgicales – comparaison avec la période précédente

Chaque rapport comparatif national traite un thème principal. Il peut s'agir d'une analyse détaillée des résultats de certains types d'interventions ou d'une mise en avant de projets importants liés au développement de la mesure.

Les résultats nationaux détaillés de chaque type d'intervention sont présentés dans un tableau. Voici, à titre d'exemple, l'intervention de prothèse élective de la hanche.

CARACTÉRISTIQUE	VALEUR
Patientes et patients	
Nombre, n (%)	17233 (100)
Sexe féminin, n (%)	9046 (52.5)
Age, année, médiane (IQR)	69.6 (61.3-76.9)
Score ASA ≥3, n (%)	4733 (27.5)
Intervention	
Minimal invasif, n (%)	14174 (82.2)
Durée, minutes, médiane (IQR)	69 (55-87)
Durée >T (temps de référence), n (%)	974 (5.7)
Indice de risque NHSN/NNIS ≥2, n (%)	293 (1.7)
Administration de l'antibioprophylaxie dans un délai de 60 minutes avant l'incision (classe de contamination I), n (%)	15728/17166 (91.6)
Nombre d'hôpitaux et de cliniques avec >90% de l'antibioprophylaxie administrée dans un délai de 60 minutes avant l'incision (classe de contamination I), n (%)	60/98 (61.2)
Surveillance	
Interventions avec suivi complet[8], %	94.5

Tableau 4 : caractéristiques des patients, des interventions et de la surveillance des prothèses de hanche électives

Les résultats du type d'intervention au niveau de l'hôpital/de la clinique sont présentés sous forme de graphique en entonnoir. Ils sont interactifs sur le portail web.

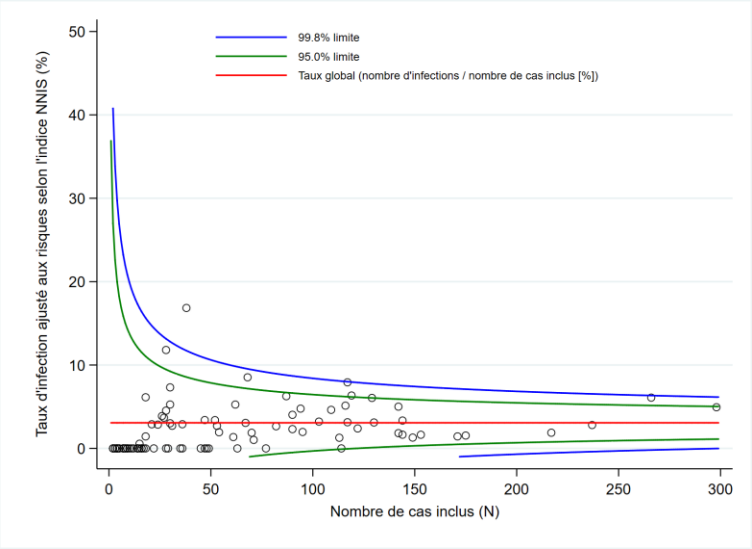

Illustration1 : Taux d'infection ajustés en fonction du risque par hôpital/clinique pour les prothèses de hanche électives

Outre les différents paramètres relatifs au type d'infection, des examens microbiologiques sont également effectués. Le rapport indique les agents pathogènes les plus fréquents.

TYPE DE CHIRURGIE		GERMES LES PLUS FRÉQUENTS	
Digestive	*E. coli*	*Enterococcus sp.*	*Candida sp*
Gynécologique	*S. aureus*	*E. coli*	Staphylocoques à coagulase négative
Cardiaque	Staphylocoques à coagulase négative	*Klebsiella sp*	*S. aureus*
Orthopédique	*S. aureus*	Staphylocoques à coagulase négative	*Streptococcus sp*
VASCAMI	*S. aureus*	Staphylocoques à coagulase négative	*Klebsiella sp*

Tableau 5 : Germes les plus fréquents par type d'intervention

2.3 RÉSUMÉ ANALYTIQUE « RAPPORT COMPARATIF NATIONAL »

Le résumé analytique contenu dans le rapport comparatif national est un document indépendant qui donne un aperçu des types d'interventions recensés (p. ex. nombre d'hôpitaux et de cliniques participants, cas inclus par type d'intervention). Les taux d'infection ajustés sont commentés par type d'intervention avec les informations nécessaires à leur interprétation (intervalle de confiance à 95 %, proportion d'infections d'organes/de cavités, proportion de suivis, etc.) à un niveau général.

Les résultats et les différences observées sont décrits dans le contexte de la signification statistique et, si possible, discutés dans le cadre d'une comparaison internationale. Les messages clés mentionnés au chapitre «**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** » sont repris à cet effet.

Les résultats positifs sont salués et les possibilités d'optimisation éventuelles sont soulignées.

Parmi les données détaillées, l'accent est mis sur les conclusions les plus importantes. Une recommandation doit également être formulée sur le thème principal choisi dans le rapport.

2.4 INFOGRAPHIE

L'infographie résume sur une page les principaux résultats d'une année de mesure à l'intention du grand public et les présente sous forme graphique. Elle permet au grand public d'avoir un aperçu rapide des Infections du site chirurgical (ISC).

2.5 COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Le communiqué de presse reprend et commente les principaux résultats à l'intention du grand public. Il est adapté aux résultats essentiels ou à certains thèmes centraux présentés dans le rapport comparatif national et est diffusé via l'espace médias de l'ANQ.

2.6 APERÇU DE LA PARTICIPATION À LA MESURE/DISPENSE

Cet aperçu répertorie les hôpitaux/cliniques qui, pour certaines raisons, n'ont pas pu participer à la mesure ou qui bénéficient d'une dispense.

2.7 ÉVALUATIONS DES PARTENAIRES

À partir de 2025, les parties contractantes de l'ANQ, les cantons, les assureurs et tous les hôpitaux/cliniques recevront les résultats nationaux des mesures sous forme de fichier Excel (résultats de tous les hôpitaux/cliniques de Suisse avec la moyenne nationale).

2.8 REMARQUES CONCERNANT LES RISQUES D'ERREURS ET D'INTERPRÉTATIONS ERRONÉES

Le rapport comparatif national explique explicitement les possibilités et les limites de la méthode de collecte des données, de la comparaison nationale et internationale, ainsi que les restrictions qui en découlent en termes de pertinence et de généralisation des résultats.

Les points suivants sont abordés :

- Méthode de relevé (SSI) après la sortie (post discharge surveillance)
- Variabilité entre et au sein des hôpitaux/cliniques
- Définition du taux d'infection ajusté et interprétation
- Qualité des données et processus de validation

2.9 ÉVALUATION ET DISCUSSION

L'évaluation globale des résultats met en évidence les aspects positifs et indique les améliorations possibles. Dans le rapport comparatif national et dans le résumé, les résultats ne sont commentés et discutés que de manière générale et non spécifique à chaque hôpital. L'analyse détaillée des résultats et la communication des mesures au public relèvent de la responsabilité et de la décision des hôpitaux/cliniques.

Le rapport comparatif national a été rédigé en tenant compte des critères de pertinence, d'exactitude et de compréhensibilité de l'[6] de l'ASSM. Le résumé est un extrait du rapport comparatif national et s'adresse au grand public. Afin de se limiter aux conclusions essentielles et de présenter les contenus sous une forme de compréhensibilité et de clarté, ce rapport ne peut

[6] Académie suisse des sciences médicales. Relevé, analyse et publication de données sur la qualité des traitements médicaux, recommandations de l'ASSM. Berne, mai 2009

pas tenir compte de tous les points de la liste de contrôle de l'ASSM, en particulier les deux critères de pertinence et d'exactitude. Ces points sont toutefois expliqués dans le rapport comparatif complet.

Lors de la publication destinée au grand public, le critère de la compréhensibilité revêt une grande importance.

2.10 MESURES DE PUBLICATION

Pour les Infections du site chirurgical (ISC), la publication des résultats s'appuie sur les mesures suivantes : graphiques interactifs sur le portail web de l'ANQ, rapport comparatif national, résumé analytique, Infographie.

Avant une publication transparente, les hôpitaux/cliniques et les parties contractantes de l'ANQ reçoivent les documents de publication définitifs à titre d'information. Les hôpitaux/cliniques ont également la possibilité de consulter et de commenter leurs résultats de manière pseudonymisée mais comparative. Les commentaires ne sont pas édités par l'ANQ et sont publiés avec les résultats sur le portail web de l'ANQ.

3 CONTENU ET NATURE DES RÉSULTATS NON PUBLIÉS

Outre les documents déjà mentionnés, les hôpitaux/cliniques reçoivent d'autres résultats différenciés sur les Infections du site chirurgical (ISC).

Les rapports individuels, qui sont établis pour chaque établissement, contiennent les paramètres suivants pour chaque type d'intervention signalé, en comparaison avec les données de tous les autres hôpitaux et cliniques qui ont participé à la saisie du type d'intervention (une description plus détaillée se trouve à la section **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

- Nombre d'interventions
- Données démographiques sur la population de patients
  - Âge (moyenne, médiane, quartile inférieur et supérieur ; statistique : test de Wilcoxon)
  - Sexe (nombre, pourcentage) : présenté sous forme de tableau
  - Répartition des scores ASA 1-5 (nombre, pourcentage) : présenté sous forme de tableau
- Caractéristiques des opérations
  - Répartition des classes de contamination ; présentation sous forme de tableau de la proportion de patients dans les classes de contamination III ou IV
  - Durée de l'intervention (moyenne, médiane, quartile inférieur et supérieur ; statistique : test de Wilcoxon), présentation sous forme de tableau de la proportion de patients avec une durée > temps T de l'intervention correspondante

  - Répartition de l'indice de risque NNIS ; présentation sous forme de tableau
  - Nombre et proportion de patients répondant aux différents critères de l'indice de risque NNIS
  - Nombre et proportion de patients ayant reçu la première dose d'antibioprophylaxie dans l'heure précédant le début de l'intervention chirurgicale (les antibiotiques administrés dans les 24 heures précédant l'intervention chirurgicale sont enregistrés afin de distinguer le traitement en cours de l'antibioprophylaxie). Nombre et proportion de patients ayant subi une chirurgie mini-invasive
  - Durée du séjour à l'hôpital avant et après l'intervention, durée totale du séjour à l'hôpital (moyenne, médiane, quartile inférieur et supérieur ; statistique : test de Wilcoxon)
- Taux d'infection
  - Nombre et proportion de patients ayant bénéficié d'un suivi complet (follow-up)
  - Nombre et proportion de patients ayant reçu un diagnostic d'infection après leur sortie de l'hôpital
  - Taux d'infection bruts ; présentation sous forme de tableaux et de graphiques
  - Taux d'infection ajustés selon le NNIS
  - Taux d'infections standardisé (SIR ; sur la base des infections observées et attendues)
  - Répartition des infections : superficielles, profondes, organes/cavités ; représentation graphique
  - Taux d'infection ventilé par type d'infection, selon l'indice NNIS, selon la classe de contamination et selon la technique chirurgicale (présentation sous forme de tableau)
  - Taux d'infection ventilé selon la présence ou l'absence d'un carcinome colorectal (uniquement pour les opérations du côlon et du rectum)
  - Taux d'infection ventilé selon intervention d'urgence[7] ou non pour les types d'interventions suivants : chirurgie du côlon et du rectum, cholécystectomies, Césarienne ainsi que Remplacement de valve et pontages coronariens (CAB) en Chirurgie cardiaque)
  - Taux d'infection pendant l'hospitalisation et après la sortie (présentation sous forme de tableau)

Tous les résultats mentionnés ci-dessus sont également présentés sous forme graphique, que ce soit dans des tableaux ou des graphiques.

[7] Dans ce contexte, une opération d'urgence est définie comme une intervention non planifiée réalisée le jour de l'admission à l'hôpital/à la clinique ou le lendemain.