

La surveillance des infections du site opératoire (ISO) :

un indicateur de la politique d'hygiène des établissements de santé?

Pourquoi les ISO?

- Complication fréquente
- Complication grave (surtout si ISO profonde):
 - Réintervention
 - Séquelles
 - Parfois décès
- Objet de plaintes des malades
- Partiellement évitable : - 30% aux USA dans certaines conditions, -30% (taux bruts) en 3 ans pour INCISO

--> intérêt d'un suivi de la fréquence = surveillance des ISO

Pourquoi les ISO?

- La survenue de l'ISO dépend (en partie) de l'ensemble de la prise en charge :
 - Prise en charge préopératoire : terrain (diabète, sepsis, ...), préparation cutanée
 - Prise en charge opératoire : technique chirurgicale, hémostase, antibioprophylaxie, ...
 - Entretien des dispositifs médicaux : stérilisation, désinfection, ...
 - Environnement : qualité de l'eau, renouvellement d'air, respect de l'asepsie progressive
- Elle concerne
 - plusieurs catégories professionnelles : chirurgien, anesthésiste, IBODE, IDE, cadres,
 - plusieurs secteurs : bloc, unités de soins, consultation

Objectif de la surveillance

- La surveillance des ISO permet* :
 - de mesurer le niveau de risque et le situer par rapport à celui habituellement admis ;
 - de détecter les tendances et les changements dans la fréquence de survenue des cas ;
 - de détecter des épidémies ou tout autre phénomène nouveau ou inhabituel ;
 - de d'évaluer et améliorer les pratiques des professionnels hospitaliers (équipes médicales et paramédicales) ;
 - de stimuler la recherche épidémiologique sur les facteurs de risque et les moyens de prévention .

Extrait de : Infections nosocomiales : comment interpréter les taux. L'exemple des ISO. Rapport ANAES 2003

Comment surveiller les ISO?

- Calcul d'un taux d'ISO:
 - malades avec ISO/100 malades opérés
- et suivi de ce taux
 - dans le temps (comparaison interne)
 - dans l'espace : comparaison avec d'autres services ou établissements (comparaison externe)
- Nécessite de connaître :
 - Le nombre d'ISO
 - Le nombre d'interventions
 - Les facteurs permettant d'interpréter les résultats : caractéristiques des malades opérés, des actes réalisés = score de NNIS (contamination du site + terrain du malade + durée de l'intervention)

Conditions

- Qualité des données
 - Recherche active des infections (diagnostic clinique : données bactériologiques seules insuffisantes)
 - Critères diagnostiques : observateur dépendant
 - Suivi : après la sortie, de 1 mois à 1 an (prothèses)
- Effectifs suffisants pour obtenir une estimation utilisable
 - Ex : prothèse de hanche : taux attendu < 1%
 - Pour 100 PTH : 0 ISO --> 0% [0.0-3.6], 1 ISO--> 1% [0.0-5.5],
 - Pour 50 PTH : 0 ISO --> 0% [0.0-7.1], 1 ISO --> 2% [0.1-10.6],
 - Pour 25 PTH : 0 ISO --> 0% [0.0-13.7], 1 ISO --> 4% [0.1-20.4],

Difficultés particulières

- Dénominateur et recueil des facteurs de risque :
 - Volume d'actes important : recueil lourd
 - Sources d'information multiples, souvent papier :
Dossier d'anesthésie, CRO, CRH,...
 - Identification des infections
 - Clinique --> diagnostic observateur-dépendant
 - Nécessite un suivi après la sortie (40 à 60% des ISO...)
parfois long (1 an pour prothèses)
 - Influencée par des facteurs « annexes » : tenue des
dossiers, réalisation des examens complémentaires
- Difficulté d'assurer la qualité des données
- Surveillance coûteuse en temps

- Quel Indicateur?

existence d'une surveillance

ou

taux d'ISO

- Rappel : un indicateur doit être :
simple, acceptable, valide, interprétable,
opérationnel

Indicateur = surveillance des ISO (= indicateur de procédure)

- Témoigne de l'intérêt de l'établissement et de l'équipe chirurgicale
- Sous réserve
 - de l'implication réelle des professionnels (souvent difficile pour ISO car intervenants multiples)
 - de la qualité de la surveillance
- risque de surveillance pour « affichage »
- Au total : indicateur simple, acceptable, valide, interprétable, opérationnel
- Questions
 - Surveillance continue ou discontinue (type INCISO)?
 - Faut-il surveiller toutes les spécialités? Toutes les interventions?

Indicateur = taux d'ISO (= indicateur de résultat)

- Information plus compréhensible pour les usagers
- Difficultés pour l'interprétation
 - **Prise en compte de la spécialité chirurgicale**
 - Variation de 1 à 14 du taux d'ISO entre les spécialités (RAISIN 2001)
 - Faut-il un taux d'ISO ou des taux d'ISO?
 - Si un taux/spécialité chirurgicale, tableau de bord complexe
 - **Prise en compte des caractéristiques des malades et des types d'intervention surveillés (au sein d'une spécialité) :**
 - Au minimum comparaison à NNIS 0
 - Attention aux facteurs de risque mal pris en compte par le NNIS : obésité, diabète, foyer infectieux, traitements immunosuppresseurs, endoscopie, ambulatoire

Indicateur = taux d'ISO (= indicateur de résultat)

- Précision de l'estimation de la fréquence
 - = intervalle de confiance
 - Pour 100 PTH : 0 ISO → 0% [0.0-3.6]
 - Pour 50 PTH : 0 ISO → 0% [0.0-7.1]
 - Pour 25 PTH : 0 ISO → 0% [0.0-13.7]
- Au total, interprétation complexe --> un taux faible peut être expliqué par les facteurs suivants :
 - Meilleur état général des malades
 - Acte chirurgicaux à faible risque
 - Meilleure qualité des soins
 - Moins bonne identification des ISO

Limites communes aux 2 indicateurs

- Réservés aux établissements avec activité chirurgicale!
 - CoCLINNOR : 22 établissements --> 8 avec activité chirurgicale
- Volume d'activité suffisant pour produire une estimation précise du taux d'ISO
- Diagnostic « observateur dépendant »
 - Nécessite une équipe chirurgicale motivée
 - mais la contrainte diminue souvent la motivation

Conclusion

- Le taux d'ISO est probablement un bon indicateur de qualité des soins
mais
- On ne sait pas actuellement comment le mesurer et l'interpréter correctement, ce qui limite sa validité et son utilisation publique
- L'intérêt d'une surveillance est
 - certain en interne : associé à une réflexion sur les pratiques
 - discutable en comparaison externe