



XXIII^E CONGRÈS SF2H

Lille le 7 Juin 2012

Surveillance des ISO: L'expérience du chirurgien

Pr RONGIERAS Frédéric

*Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Hôpital d'Instruction des Armées DESGENETTES
LYON*





Introduction

Surveillance ISO difficile

- Difficulté mise en place → nombreux acteurs
- Difficulté pérennisation → démotivation
- Difficulté adhésion chirurgiens → vécue contrainte





Introduction

Surveillance des ISO

Patient



Chirurgien

Implication des Chirurgiens

- Investissement personnel dans lutte pour diminuer ISO
- Elaboration et Mise en place consensuelle nouvelles procédures
- Préparation cutanée
 - Implication antibioprophylaxie
 - Adhésion évolution SHA





Historique

Surveillance dans service depuis 1999

Suivi continu

1500 interventions et fiches par an

Un référent... qui s'épuise





Justification

La surveillance est :

- une démarche inscrite dans le programme national de lutte contre les IN définie par le CTIN
- une des principales missions des CLIN (circulaire n° 645 du 29 décembre 2000)
- un outil d'évaluation pour HAS (manuel de certification V2010, critère 8g)
- une aide pour la mise en place d'indicateurs de suivi du risque infectieux nosocomial dans les établissements de santé dans le cadre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales (Circulaire DHOS/E2/DGS/RI N° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en oeuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013).





Justification

A l'échelon d'un service chirurgical:

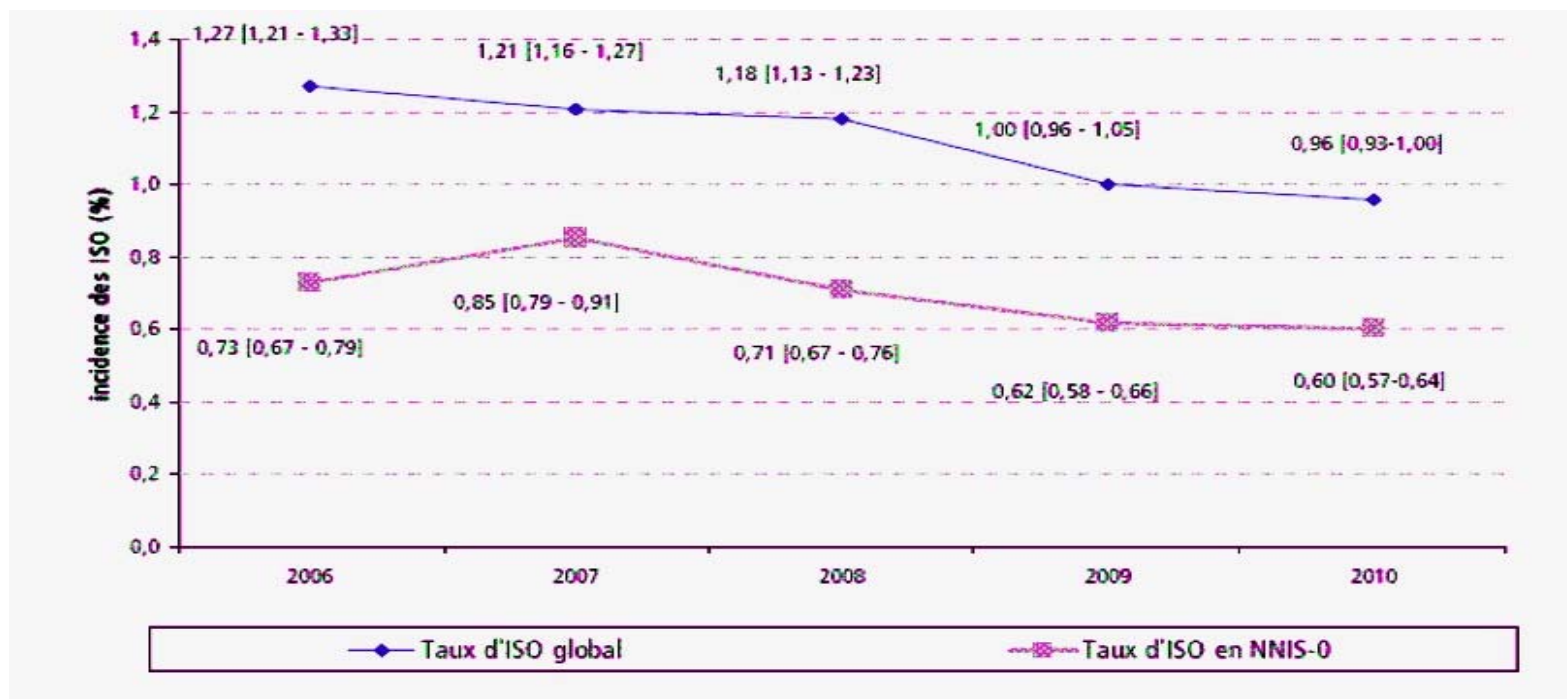
- Connaitre la population des patients opérés
- Retrouver les principaux facteurs de risques des ISO
- Connaître les principales caractéristiques des ISO du service
- Suivre l'évolution des taux dans le temps
- Disposer d'outil d'évaluation et apporter d'éventuelles corrections
- Evaluation nécessaire certification / Gestion des risques
- Demande du public +++





Evolution incidence ISO 2006-2010

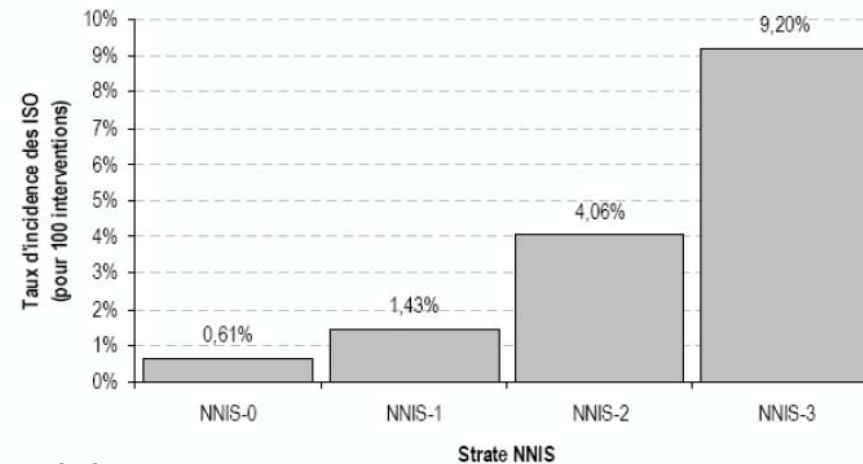
Incidence globale des ISO ou en NNIS-0





Incidence ISO

Taux d'incidence des ISO selon l'index NNIS en 2009-2010



En orthopédie, incidence stable

Variations locales liés à fluctuations populations

➔ ISO permet recadrer les usages locaux





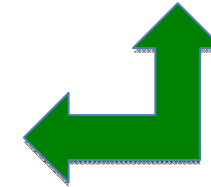
Définition ISO

Infection de la partie superficielle de l'incision

CHIRURGIEN

Infection

1. qui survient dans les 30 jours suivant l'intervention,
ET
2. qui touche la peau et le tissu cellulaire sous-cutané,
ET
3. pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :
 - **Cas n°1** : du pus provenant de la partie superficielle de l'incision ;
 - **Cas n°2** : un germe isolé à partir d'une culture d'un liquide ou d'un tissu prélevé aseptiquement et provenant de la partie superficielle de l'incision ;
 - **Cas n°3** : un signe d'infection (douleur, sensibilité, rougeur, chaleur...) associé à l'ouverture délibérée de la partie superficielle de l'incision par le chirurgien sauf si la culture est négative ;
 - **Cas n°4** : le diagnostic d'infection de la partie superficielle de l'incision est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).





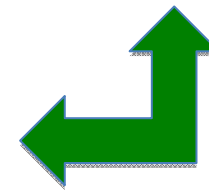
Définition ISO

Infection de la partie profonde de l'incision

Infection

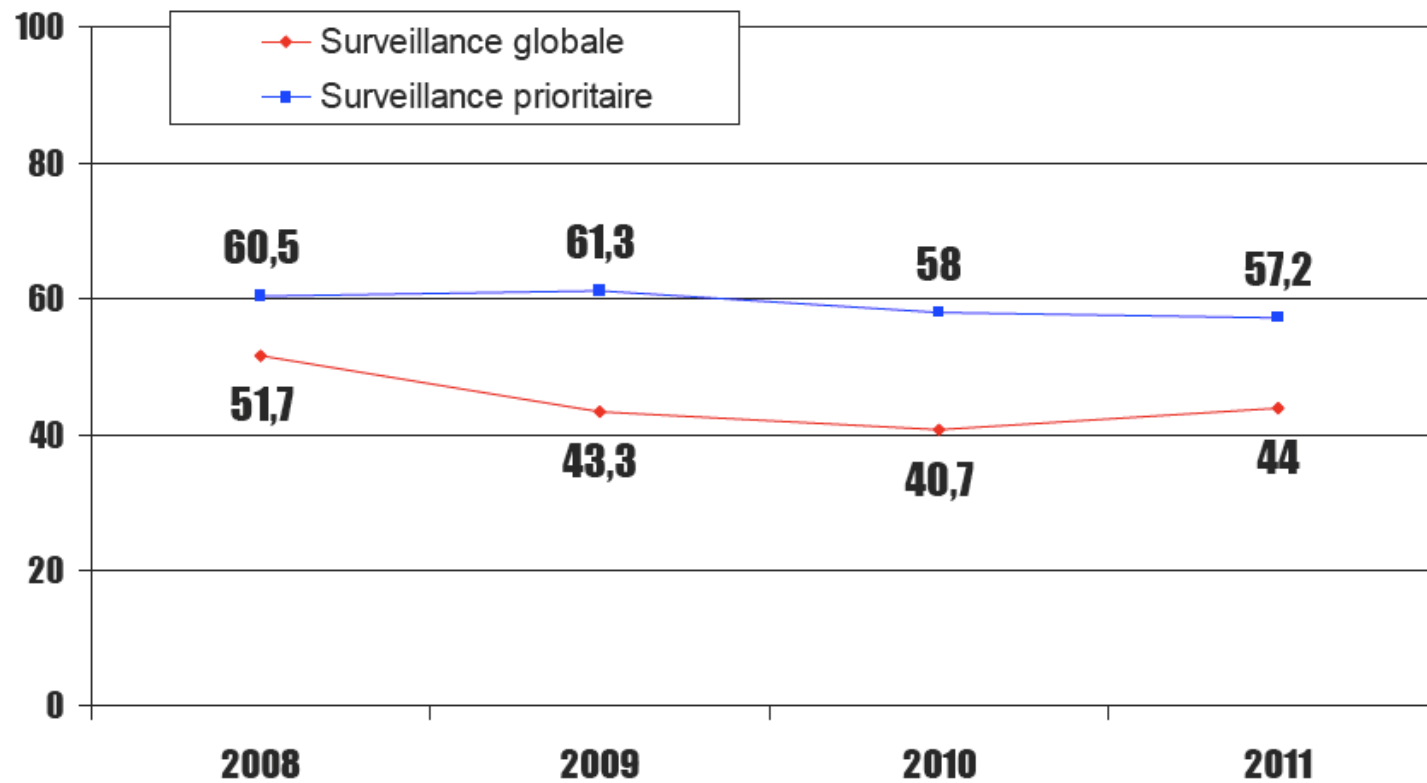
1. qui survient dans les 30 jours suivant l'intervention,
ET
2. qui semble liée à l'intervention,
ET
3. qui touche les tissus mous profonds (fascia, muscles),
ET
4. pour laquelle on constate au moins un des signes suivants :
 - **Cas n°1** : du pus provenant de la partie profonde de l'incision ;
 - **Cas n°2** : la partie profonde de l'incision ouverte spontanément ou délibérément par le chirurgien quand le patient présente un des signes suivants : fièvre > 38°C, douleur ou sensibilité localisées, sauf si la culture est négative ;
 - **Cas n°3** : un abcès ou un autre signe évident d'infection de la partie profonde de l'incision est retrouvé à l'examen macroscopique pendant la ré-intervention ou par examen radiologique, ou histo-pathologique ;
 - **Cas n°4** : le diagnostic d'infection de la partie profonde de l'incision est porté par le chirurgien (ou le praticien en charge du patient).

CHIRURGIEN



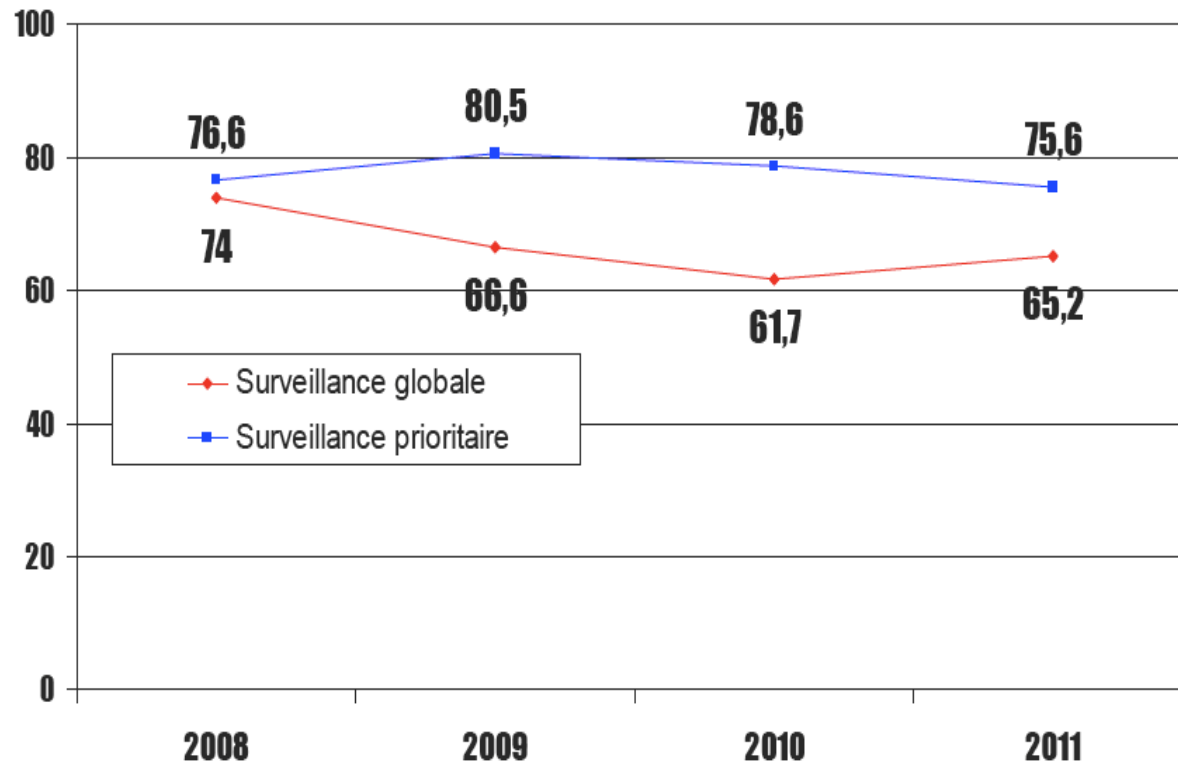


Problème suivi J30





Suivi après Sortie



? 100%





Conséquences

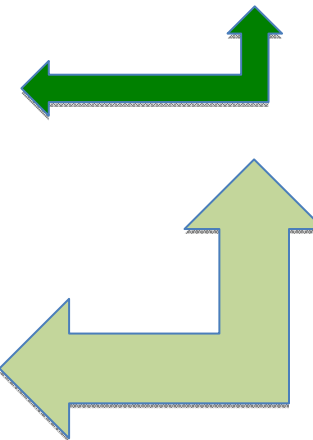
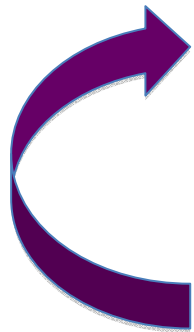
Nécessité organisation surveillance

•Patient  ISO

•Chirurgien

•Infirmière soins externes

- IDE domicile
- Kinésithérapeute
- Médecin traitant
- Rééducateur





Données nécessaires /surveillance

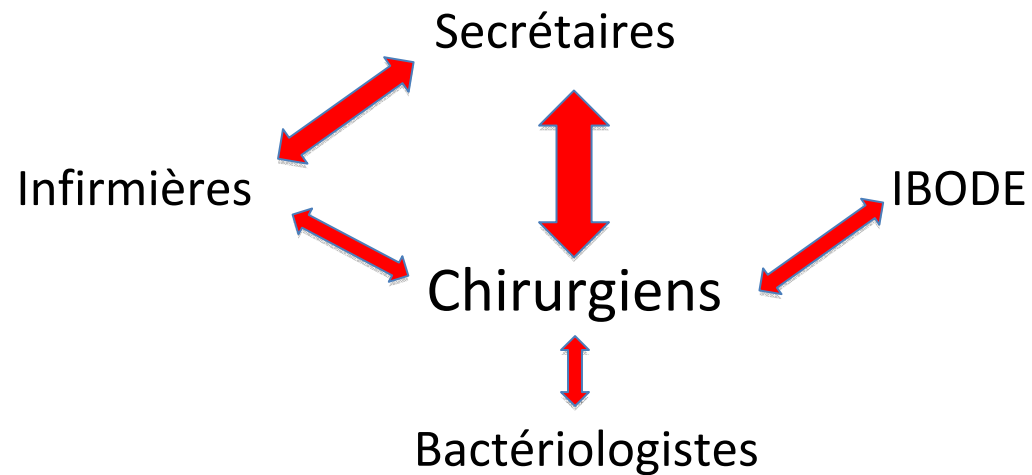
Données administratives	Facteurs de risque	Présence d'une ISO
	Liés au patient	
	Date de naissance	
	Sexe	
	Score ASA	
	Chirurgie carcinologique	Date d'apparition
Date d'admission dans l'établissement		Validée par le chirurgien
Date de sortie du service		Critère diagnostique
Date d'intervention	Liés à l'intervention	Site de l'infection
Date de dernier contact	Durée d'intervention	Micro-organismes
Statut du patient à la sortie du service	Classe de contamination	Profil de résistance
	Type d'intervention	Reprise chirurgicale
	Intervention en urgence	
	Procédure multiple	
	Implant / Prothèse	
	Coelio / vidéo-chirurgie	





Recueil des données

Implication nécessaire personnels



➔ Idéalement tâches partagées pour contrôle mutuel





Mode Emploi / phase 1

ISO Sud-Est
Réseau Sud-Est de Surveillance
des Infections du Site Opératoire
CCLIN Sud-Est

Etiquette du patient

Surveillance prioritaire 2012

Numéro de fiche attribué par l'informatique lors de la saisie (à reporter sur cette fiche)

Service

Code opératoire (optionnel) en libre

Patient

Date de naissance (naissance) (naissance)

Sexe 1 (masculin) 2 (féminin)

Date d'hospitalisation (naissance)

Date de sortie du service (naissance)

Etat à la sortie 1 (vital) 2 (décédé)

Intervention chirurgicale

Date d'intervention (naissance)

Intervention principale

Merci d'indiquer le code CCAM de l'intervention principale, qui vous donnera le code CCLIN

Code CCAM de l'intervention principale (code à 4 lettres)

Code RAISIN/CCLIN de l'intervention principale (code à 4 lettres)

Classe contamination 1 (superficielle) 2 (profonde) 3 (système) 4 (système / infection)

Score ASA 1 2 3 4 5

Durée d'intervention de la procédure principale (de 1 à 999 minutes)

En urgence 1 (oui) 2 (non)

Chirurgie carcinologique 1 (oui) 2 (non)

Vidéo-endoscopie chirurgicale 1 (oui) 2 (non)

Procédure multiple 1 (oui) 2 (non)

Implant ou prothèse 1 (oui) 2 (non)

Infection du site opératoire

Présence d'une ISO 1 (oui) 2 (non)

Date de l'infection (naissance)

Degré de profondeur de l'infection 1 (superficielle) 2 (profonde) 3 (système / système)

Validation par le chirurgien 1 (oui) 2 (non)

Critère diagnostique 1 (pus) 2 (germes) 3 (signe d'infection) 4 (chirurgien)

Micro-organisme 1 (s résistance)

Micro-organisme 2 (s résistance)

Micro-organisme 3 (s résistance)

Reprise chirurgicale 1 (oui) 2 (non)

Suivi du patient après la sortie

Date de dernier contact (naissance)

Vérifier la présence ou l'absence d'infection à la sortie du patient et lors de la consultation de suivi

Données administratives

Date d'admission dans l'établissement
Date de sortie du service
Date d'intervention
Date de naissance
Sexe



- Secrétariat chirurgie réglée lors admission
- Infirmières service si urgence





Mode Emploi / Phase 2

ISO Sud-Est
Réseau Sud-Est de Surveillance des Infections du Site Opératoire
CCLIN Sud-Est

Etiquette du patient

Surveillance prioritaire 2012

Numéro de fiche attribué par l'informatique lors de la saisie (à reporter sur cette fiche)

Service

Code opérateur (optionnel) en lettre

Patient

Date de naissance (jour/mois)

Sexe 1 (masculin) 2 (féminin)

Date d'hospitalisation (jour/mois)

Date de sortie du service (jour/mois)

Etat à la sortie 1 (évent) 2 (stabilité)

Intervention chirurgicale

Date d'intervention (jour/mois)

Intervention principale (en clair)

Merci d'indiquer le code CCAM de l'intervention principale, qui vous donnera le code CCLIN

Code CCAM de l'intervention principale (code à 4 lettres)

Code RAISIN/CCLIN de l'intervention principale (code à 4 lettres)

Classe contamination 1 (proprie) 2 (proprie-contam) 3 (contaminée) 4 (saleté / infection)

Score ASA 1 2 3 4 5

Durée d'intervention de la procédure principale (de 0 à 999 minutes)

En urgence 1 (oui) 2 (non)

Chirurgie carcinologique 1 (oui) 2 (non)

Video-endoscopie chirurgicale 1 (oui) 2 (non)

Procédure multiple 1 (oui) 2 (non)

Implant ou prothèse 1 (oui) 2 (non)

Infection du site opératoire

Présence d'une ISO 1 (oui) 2 (non)

Date de l'infection (jour/mois)

Degré de profondeur de l'infection 1 (superficiel) 2 (profond) 3 (organe / espace)

Validation par le chirurgien 1 (oui) 2 (non)

Critère diagnostique 1 (pus) 2 (germes) 3 (signe d'infection) 4 (chirurgien)

Micro-organisme 1 (s. résistance)

Micro-organisme 2 (s. résistance)

Micro-organisme 3 (s. résistance)

Reprise chirurgicale 1 (oui) 2 (non)

Suivi du patient après la sortie

Date de dernier contact (jour/mois)

Vérifier la présence ou l'absence d'infection à la sortie du patient et lors de la consultation de suivi

Facteurs de risque

Liés au patient

Score ASA
Chirurgie carcinologique

Liés à l'intervention

Durée d'intervention
Classe de contamination
Type d'intervention
Intervention en urgence
Procédure multiple
Implant / Prothèse
Coelio / vidéo-chirurgie

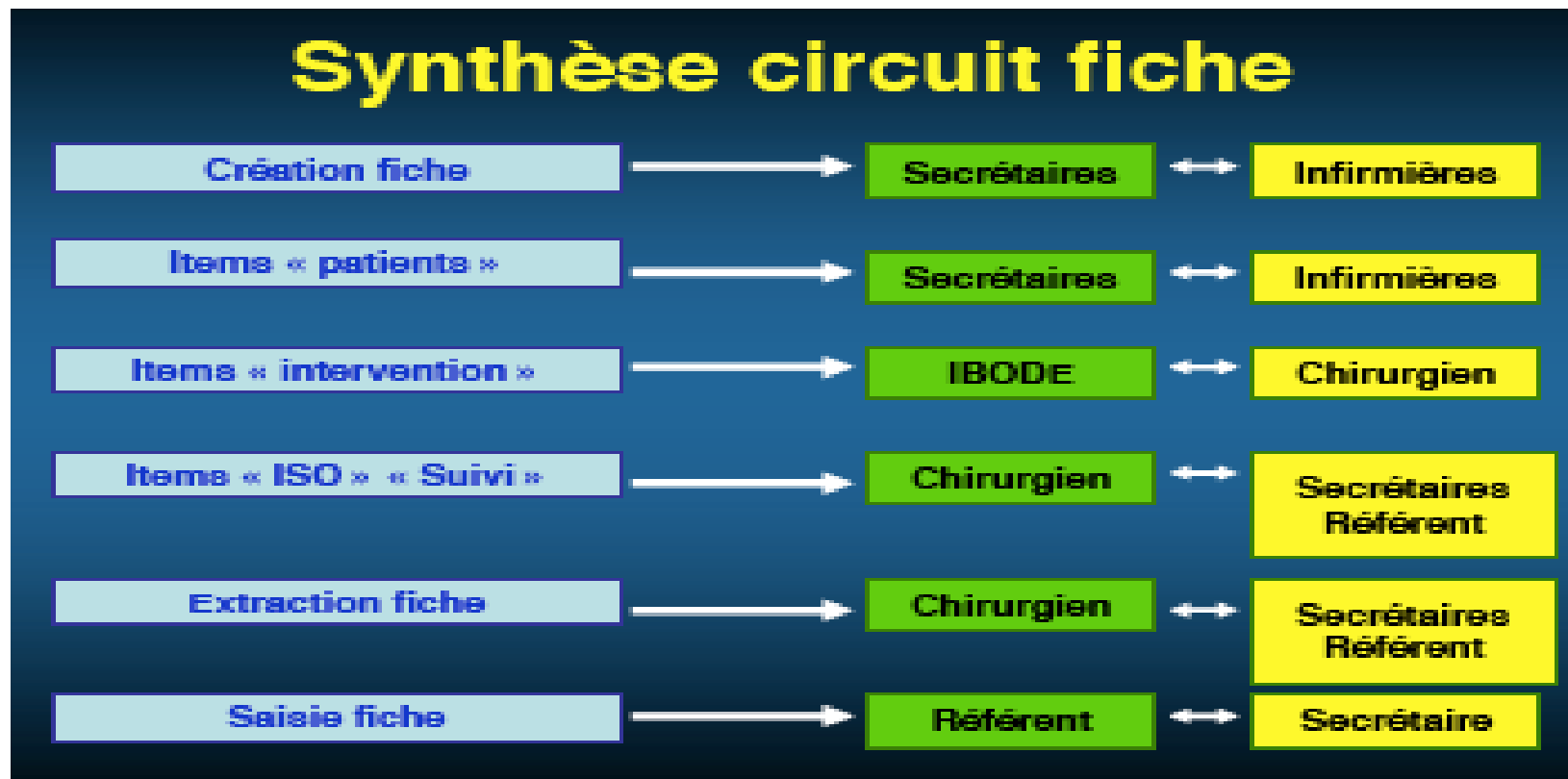


- IBODE pendant intervention
- Nécessité Thésaurus
- Surveillance chirurgien fin intervention





Auto surveillance





Collaboration laboratoire

Interactions avec laboratoire bactériologie

- En direct lors d'une ISO
- Participation hebdomadaire au staff orthopédie
- Synthèse des résultats bactériologiques hebdomadaires

Participation référent au CLIN hôpital





Remarques

Points forts:

- Implications des différents acteurs
- Redondance pour contrôle des informations
- Surveillance continue → pas de changement des habitudes

Points faibles

- Nombreux intervenants → erreurs remplissage
- Implications diverses : urgences, IBODE, chirurgiens...
- Nécessité rappels incessants, mise à jour procédures,...





Evolution surveillance

1995-1999	4 trimestres
2000-2001	1er quadrimestre
2002-2004	1er et 3ème quadrimestres
2005-2007	surveillance globale 1er et 3e quadrimestres surveillance ciblée indicateurs nationaux
2008-2009	surveillance globale 1er et 3e quadrimestres surveillance sur interventions prioritaires
2010-2011	1 ^{er} semestre : surveillance globale (2 mois et +) ou surveillance sur interventions prioritaires (100 interventions minimum)





Surveillance Globale / prioritaire ?

Depuis 2005, deux modalités de participation sont possibles :

- **surveillance globale** : il s'agit d'une surveillance d'au moins 100 interventions chirurgicales consécutives et sur une période d'au moins 2 mois durant le 1^{er} semestre. Les services peuvent choisir de surveiller de manière continue, analysant leurs données de façon indépendante, en dehors de la période d'inclusion des données dans le réseau.
- **surveillance prioritaire** : surveillance limitée à certaines interventions traceuses lorsque le nombre correspondant d'interventions réalisées durant le 1^{er} semestre est suffisant (c'est-à-dire lorsque la somme des interventions regroupées sous le code procédure est d'au moins 100 dans le semestre). En 2011, 17 procédures ont été retenues en surveillance prioritaire. Ces 17 procédures correspondent aux codes CCAM listés ci-après.





Surveillance prioritaire

Orthopédie

<i>au moins 100 interventions sur l'ensemble des 4 procédures</i>	PTTH	Prothèse totale de hanche de 1 ^{ère} intention
	PTHA	Prothèse de hanche (de première intention) à l'exclusion des prothèses totales (PTTH)
	RPTH	Reprises de prothèse de hanche (reprise de PTH, totalisation ou PTH après arthrolyse)
	PTGE	Prothèse articulaire de genou

Hôpital 300 lits, 22 lits orthopédie

Orthopédie générale

120 PTH, 80 PTG, variations annuelles → Limite...

→ Pas de surveillance prioritaire, surveillance globale par patients





Evolution 2012

En Bref... Les modifications pour l'année 2012

1. Une modification fondamentale à partir de 2012 : **la surveillance globale par patient est supprimée.**
2. Les services auront le choix entre :
 - **une surveillance globale «agrégée» (unit based)** : des données concernant le patient (âge, sexe, infection...) et l'intervention (code, date) ne sont recueillies qu'en cas d'ISO.
 - **la surveillance «patient» (patient based) est maintenue** pour les groupes d'interventions prioritaires avec un protocole inchangé.





Surveillance Agrégée

Pour les services optant pour une surveillance globale, toutes les interventions chirurgicales sont incluses. Par contre, le recueil de données est réduit. Des données individuelles **ne sont recueillies qu'en cas d'ISO** :

- données administratives : service, date de sortie, date d'intervention, statut vital à la sortie du service
- facteurs de risque liés au patient : date de naissance, sexe
- facteurs de risque liés à l'intervention : codes CCAM et RAISIN
- présence d'une ISO : site de l'infection, date d'apparition, micro-organismes (+/- résistance ATB).

Aucune de ces données n'est recueillie en l'absence d'ISO.

Avantage: simplification de la tâche

Inconvénient: risque de perte de motivation des équipes

➔ Décision maintien habitudes du service





Problème Ambulatoire

Le taux d'ISO est de 0,3 pour 100 interventions réalisées en ambulatoire

RAISIN 2010

NNIS	Ambulatoire (n = 19 097)	Non Ambulatoire (n = 52 236)
0	80,7 %	59,9 %
1	18,6 %	34,0 %
2	0,7 %	5,8 %
3	0,0 %	0,3 %

Unité ambulatoire différente

Personnels différents → implication inexistante secrétaires / Infirmières

Nécessité contrôle accru phase 1





Saisie des données

Longtemps EPI-INFO...

- Laborieux
- Saisie dans les périodes de surveillance



Depuis 2010 WEB Iso

Avantages: Suivi possible au fil de l'eau
TRANSCODAGE
Suivi en dehors des périodes de recueil de données
Permet édition document synthétique information pour service

Inconvénients: Connexion internet peu fiable localement
Difficulté organisation de la saisie (Secrétaire bloc?
Service ? Chirugiens?)





Problématique Saisie

Saisie par période

- Saisie uniforme
- Recherche des Fiches pour exhaustivité
- Long et fastidieux

Saisie au fil de l'eau

- Plus facile
- Problème exhaustivité > implication DIM ?





Et L'informatisation ?

Programme de gestion patient et DIM

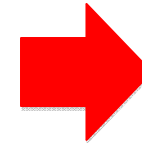
Programme de bloc opératoire

Programme gestion résultats bactério



Transcodage

Transfert CCLIN



Tous les items disponibles

Volonté politique informatique (!)

Problème sécurité informatique...





Et L'informatisation ?

CCLIN sud EST - Expériences intéressantes

- CHU Nice
- Hôpitaux du Léman et centre Hospitalier Alpes Léman
- Hospices Civils de Lyon





Conclusions

Combat difficile, permanent

Nécessité référent impliqué

Automatisation tâches gage succès

Simplification protocole suivi

Intégration ISO systématiquement dans RMM

Implication cellule informatique Hôpital

