

DESCRIPTION DU SCORE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE CHIRURGICAL

Mce/ version du 15 mai 2013

INTRODUCTION

La connaissance et le degré d'application de la méthode standardisée de surveillance des infections du site chirurgical développée par SwisSwissnoso ont un impact sur la qualité de la surveillance sur le terrain. Des lacunes voir des biais survenant dans les différentes étapes de la surveillance peuvent influencer les taux d'infection identifiés. Le programme de validation des établissements participants vise à évaluer la qualité de la surveillance lors de visites sur le terrain. La structure, les processus internes et les résultats sont évalués à l'aide d'outils standardisés.

BUT

Afin de permettre aux institutions de suivre leurs processus d'amélioration, un score est utilisé. Celui-ci permet à l'établissement concerné de se situer par rapport à une moyenne calculée avec l'ensemble des autres établissements validés en Suisse. Les points d'amélioration, décrits explicitement dans les rapports de validation envoyés à chacun, sont en lien avec les éléments constituant le score.

METHODE

La phase d'inclusion des cas, les moyens à disposition pour accéder à l'information requise, le procédé de suivi de l'évolution clinique pendant le séjour hospitalier et après la sortie, la qualité de l'interview téléphonique et du recensement des données liées, l'exactitude des données saisies, la présence d'une supervision médicale, ainsi que la compréhension du processus infectieux et des critères cliniques reflètent la qualité des processus de surveillance.

Au total, 9 items issus des thèmes précités composent le score. Pour chaque item, des points d'une valeur de 0 à 2 pour 2 d'entre eux et de 0 à 3 pour les 7 autres, leur sont attribués en fonction des réponses obtenues et des observations de l'enquêteur.

L'importance allouée à chaque élément est représentée par une pondération s'échelonnant de 1.5 à 3.0. La valeur globale du score pondéré se situe de 0 (très mauvais) à 50 (excellent). L'évaluation des processus de surveillance s'effectue à l'aide d'un questionnaire, d'observations et de discussion avec les personnes en charge. L'essentiel de cette évaluation est basée sur des faits objectifs, le reste repose sur des observations et des interprétations.

Le tableau ci-dessous présente les 9 items, les réponses et leur graduation, la pondération et la raison du choix de l'item pour refléter la qualité du processus.

N	Items	Evaluation	Echelle des points	Pondération	Valeur maximale	Postulats et principes d'interprétation
1	Inclusion des cas	0 = biais de sélection (volontaire ou involontaire) 1 = pas de contrôle de l'adéquation de l'inclusion (urgences, type de chirurgie) 2 = contrôle effectué mais incomplet ou inadapté 3 = contrôle effectif et complet	0 - 3	2	6.0	<ul style="list-style-type: none"> Sélection des cas : biais potentiels, impact sur les taux d'infection, problème organisationnel, source inadéquate Manque de contrôle: erreur d'inclusion et de classification, impact sur le pool de comparaison Contrôle effectué : lecture du rapport opératoire et compréhension du domaine, proportion de cas inclus cohérente avec la méthode de l'hôpital
2	Accès documentation médicale	0 = très incomplet 1 = partiellement incomplet 2 = complet	0 - 2	3	6.0	<ul style="list-style-type: none"> Accès à toute l'information du dossier médico-soignant du patient indispensable pour effectuer un suivi clinique complet pendant et après la sortie, y compris les résultats d'examen biologiques, radiologiques et autres
3	Follow up rétrospectif durant le séjour hospitalier	0 = aucun 1 = incomplet ou seulement lors de suspicion détectée par téléphone 2 = complet 3 = excellent	0 - 3	3	9.0	<ul style="list-style-type: none"> Survenue d'une partie des infections pendant le séjour (proportion dépend du type de chirurgie, moyenne 50%, extrêmes 20-80%) Suivi rétrospectif de l'évolution clinique nécessite une méthode systématique et reproductible Interview téléphonique évalue l'évolution et les événements survenus seulement après la sortie
4	Qualité de l'interview téléphonique après la sortie FUP après la sortie	0 = pas de rapport / pas de traces 1 = incomplet 2 = pas de rapport Swissnoso mais le document de l'hôpital est complet 3 = rapport Swissnoso est utilisé et complet	0 - 3	1.5	4.5	<ul style="list-style-type: none"> Précision et cheminement des questions=meilleure sensibilité Reproductibilité de l'interview d'un enquêteur à l'autre Recensement complet des informations sur le document reflète la qualité de l'interview et la connaissance des critères de diagnostic
5	Qualité des données recensées	0 = ≥6 erreurs 1 = 3-5 erreurs 2 = 2 erreurs 3 = ≤1 erreur	0 - 3	1.5	4.5	<ul style="list-style-type: none"> Erreur de transcription Contrôle lacunaire des informations, responsabilité dissociée Consultation incomplète ou absente des documents requis Détermination de la classe de contamination, durée de l'opération, score ASA => impact sur l'indice de risque NNIS
6	Documentation des cas infectés	0 = aucune 1 = incomplète 2 = complète 3 = documentés et discutés (traçabilité)	0 - 3	1.5	4.5	<ul style="list-style-type: none"> Préparation du cas pour présentation => compréhension du processus infectieux, compétences des personnes en charge et connaissance de la méthode Swissnoso Evaluation sur des données cliniques objectives Traçabilité

N	Items	Evaluation	Echelle des points	Pondération	Valeur maximale	Postulats et principes d'interprétation
7	Supervision médicale (présence)	0 = aucune 1 = parfois 2 = souvent 3 = toujours	0 - 3	2	6.0	<ul style="list-style-type: none"> Supervision médicale=>support pour les équipes en charge et amélioration des connaissances du processus infectieux Validation médicale des cas et type d'infection=>requis par la méthode
8	Type de supervision médicale	0 = aucune 1 = chirurgien seul / ou personne en charge seule (nurse) 2 = chirurgien + médecin interniste 3 = infectiologue et/ou médecin interniste	0 - 3	1.5	4.5	<ul style="list-style-type: none"> Conflit d'intérêt potentiel à éviter Erreur de diagnostic Erreur de classification du type d'infection Indépendance requise par la méthode
9	Formation Swissnoso des personnes en charge de la surveillance	0 = non, pas de participation 1 = partiel, une partie de l'équipe 2 = complet, toute l'équipe	0 - 2	2.5	5.0	<ul style="list-style-type: none"> Application de la méthode Swissnoso impossible sans formation Formation par un autre participant=>reproduction d'erreur, information incomplète, mauvaise intégration des éléments clés de la méthode Motivation à participer à un programme national=>meilleur sensibilité
Score maximum					50	

DISCUSSION

La valeur du score ne reflète pas de manière exhaustive les lacunes ou les biais. Il évalue la qualité de la surveillance ainsi que l'intensité avec laquelle celle-ci est effectuée sur le terrain. Aussi la valeur du score doit être mis en corrélation avec d'autres éléments tout aussi importants tels que la proportion de suivi complété¹ par type de chirurgie incluse, la proportion d'opérations incluses par rapport à un total annuel, et le délai entre l'opération et la saisie informatique des données.

CONCLUSION

L'utilisation d'un score constitue une des paramètres permettant d'évaluer la qualité des processus de surveillance. Couplé aux informations transmises dans le rapport de validation, il permet à l'établissement d'identifier les points qui nécessitent une amélioration des processus internes de surveillance. Il participe de ce fait à homogénéiser le degré d'application de la méthode standardisée dans les institutions du programme national de surveillance des infections du site chirurgical de Swissnoso. Le score corrélé aux points cités précédemment dans la discussion et aux taux d'infection apporte une information pertinente sur la fiabilité des résultats.

¹ La méthode Swissnoso requiert une proportion de suivi complété $\geq 80\%$. En dessous, les comparaisons inter hospitalières pourraient constituer un problème.