

---

# Infections du site chirurgical

Version abrégée | Rapport comparatif national 2020–2021

Programme de surveillance effectué par Swissnoso  
pour le compte de l'ANQ

---

## Périodes de surveillance

- Interventions sans implant : du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 30 septembre 2021
- Interventions avec implant : du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 30 septembre 2020

## Auteurs et auteurs

Christelle Perdrieu, Swissnoso, Sitten  
Marie-Christine Eisenring, Swissnoso, Sitten  
Prof Dr med. Nicolas Troillet, Swissnoso, Sitten  
Dr med. Delphine Berthod, Swissnoso, Sitten

Septembre 2022/version 1.0

## Contexte

---

Depuis le 1er juin 2009, Swissnoso, le Centre national de prévention des infections, est mandaté par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques (ANQ) pour exercer la surveillance post-opératoire des infections du site chirurgical (ISC) en Suisse. Le dixième rapport comparatif national présente les résultats de la période de mesure du 1er octobre 2020 au 30 septembre 2021 (pour les interventions sans implant) et du 1er octobre 2019 au 30 septembre 2020 (pour les interventions avec implant). La présente version abrégée donne un aperçu de l'analyse et de ses principaux résultats.

### Interventions chirurgicales surveillées chez les adultes

- Appendicectomie (ablation de l'appendice)
- Cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire)
- Chirurgie du côlon (chirurgie du gros intestin)
- Prothèse totale de hanche en électif (planifiable)
- Prothèse totale de genou en électif (planifiable)
- Cure de hernie (traitement d'une hernie)
- Chirurgie cardiaque
- Hystérectomie (ablation de l'utérus)
- Laminectomie avec et sans implant (opération de la colonne vertébrale)
- Pontage gastrique
- Chirurgie du rectum
- Césarienne

Chaque site hospitalier et clinique a l'obligation de surveiller simultanément au moins trois des types d'interventions mentionnés ci-dessus. La surveillance des interventions chirurgicales du côlon est obligatoire pour les hôpitaux et les cliniques les proposant. Les autres types d'interventions peuvent être sélectionnés librement avant chaque période de surveillance. Un relevé exhaustif est obligatoire pour les types d'interventions sélectionnés. Le fait que les échantillons changent dans chaque période de surveillance doit être pris en compte dans l'interprétation des comparaisons avec l'année précédente.

## Méthode

---

Les infections du site chirurgical sont des infections de la peau, des tissus sous-jacents (y compris les fascias et les couches musculaires au niveau de l'incision<sup>1</sup>) et des organes ou des espaces ouverts ou manipulés au cours de l'intervention chirurgicale et se produisant dans les 30 jours suivant une intervention chirurgicale sans implant ou dans l'année suivant des interventions avec implantation de matériau étranger. La méthode de surveillance de Swissnoso est semblable à celle suggérée par le National Healthcare Safety Network (NHSN) aux États-Unis, en particulier concernant les catégories d'interventions chirurgicale et de risques. Ces dernières sont déterminées à l'aide de l'indice de risque

---

<sup>1</sup> incision chirurgicale

NNIS/NHSN<sup>2</sup> sur la base de la classe de contamination<sup>3</sup>, du score ASA<sup>4</sup> et de la durée de l'intervention. Notons cependant que, contrairement à la plupart des autres programmes, la surveillance en Suisse inclut une surveillance active et complète des infections du site chirurgical après la sortie de l'hôpital (anglais : postdischarge surveillance [PDS]). Cela signifie que Swissnoso enregistre aussi les infections du site chirurgical apparaissant après la sortie de l'hôpital (dans les 30 jours suivant une intervention chirurgicale sans implant, dans l'année suivant une intervention chirurgicale avec implant). Chaque année en février, chaque hôpital et chaque clinique obtient un rapport individuel permettant une comparaison avec les autres institutions. Les données suisses sont comparées aux données publiées par les autres systèmes de surveillance nationaux. Le processus de surveillance et les résultats sont validés dans le cadre d'audits, la note maximale étant de 50 points.

## Résultats

---

De juin 2009 au 30 septembre 2020 (interventions avec implant) et au 30 septembre 2021 (interventions sans implant), 574 395 interventions chirurgicales ont été enregistrées dans la base de données. Au cours de la période de mesure du 1er octobre 2020 au 30 septembre 2021, (interventions sans implant) et du 1er octobre 2019 au 30 septembre 2020 (interventions avec implant), 40 461 interventions chirurgicales de 162 hôpitaux, cliniques et sites hospitaliers ont été incluses. Afin de soulager les institutions au cours de la pandémie de COVID-19, la surveillance des infections a été interrompue de novembre 2020 à mars 2021. La situation exceptionnelle liée à la pandémie peut avoir influencé les taux d'infections et permet difficilement d'interpréter la comparaison avec la période précédente. En outre, moins d'interventions chirurgicales sans implant ont été enregistrées par rapport à l'année précédente, ce qui pourrait s'expliquer par l'interruption de la mesure susmentionnée.

Pour 6 institutions, il a été impossible de publier les résultats. De plus amples informations à ce sujet sont publiées sur le [portail web de l'ANQ](#) dans le cadre de la publication transparente. La part de suivis médicaux terminés (post-discharge follow-ups) était de 91,5 %.

### Comparaison avec la période précédente 2019–2020

#### Taux total d'infections du site chirurgical

Par rapport à la période de surveillance précédente, le taux total des infections du site chirurgical a changé pour les interventions suivantes :

- Hystérectomies : taux d'infection significativement plus élevé
- Chirurgie rectale : taux d'infection plus bas, mais statistiquement non significatif

#### Taux spécifiques d'infections du site chirurgical

<sup>2</sup> L'indice de risque NNIS/NHSN permet de classer les patientes et patients en quatre catégories (0, 1, 2, 3), en fonction de leur risque de subir une infection du site chirurgical.

<sup>3</sup>Le classement selon Altmeier décrit l'ampleur de la contamination microbiologique du site chirurgical au moment de l'incision. La plage va de I (propre) à IV (sale ou infecté).

<sup>4</sup> Le score de l'American Society of Anaesthesiologists (ASA) est utilisé pour classer l'état préopératoire des patientes et patients. Il va de 1 (en bonne santé) à 5 (moribond, le patient ou la patiente décèdera sans intervention chirurgicale).

L'examen séparé des différents types d'infections (pour les incisions superficielles ou profondes et les infections des organes/espaces) démontre les différences suivantes par rapport à la période précédente :

- Appendicectomies (infections des organes/espaces) : taux significativement inférieur
- Pontages gastriques (infections des organes/espaces) : taux significativement inférieur
- Cures de hernie (infections incisionnelles superficielles) : taux significativement supérieur
- Pontages gastriques (infections incisionnelles superficielles) : taux significativement supérieur
- Hystérectomies (infections des organes/espaces) : taux significativement supérieur
- Chirurgie cardiaque globale (infections des organes/espaces) : taux significativement supérieur
- Pontages aorto-coronariens CAB (infections des organes/espaces) : taux significativement supérieur
- Césariennes (combinaison d'infections en cas d'incisions profondes et d'infections des organes/espaces) : taux significativement supérieur

### Prévention

La part de cas auxquels des antibiotiques ont été administrés dans l'heure précédant l'intervention chirurgicale à titre préventif a changé significativement pour les types d'interventions suivants :

- Appendicectomies : augmentation significative
- Chirurgie rectale (classe de contamination II) : augmentation significative
- Chirurgie cardiaque globale (classe de contamination I) : augmentation significative
- Pontages aorto-coronariens CAB (classe de contamination I) : augmentation significative
- Laminectomies avec implant (classe de contamination I) : recul significatif
- Césariennes (classe de contamination II) : Recul de l'administration avant l'intervention (recommandations actuelles) et augmentation de l'administration après l'intervention

### Techniques chirurgicales

- Les accès<sup>5</sup> laparoscopiques ont été utilisés significativement plus souvent pour les appendicectomies, les cures de hernie et les hystérectomies.
- Les accès mini-invasifs ont été utilisés plus souvent pour les prothèses articulaires de la hanche.

### Facteurs de risque

Certains facteurs de risque ont nettement changé depuis la période d'observation précédente :

- Globalement, la part de cas avec un score ASA  $\geq 3$  a significativement augmenté. Dans le détail, cela concerne aussi les cholécystectomies et les hystérectomies.
- La catégorie de risque NNIS/NHSN  $\geq 2$  est observée plus souvent que dans la période précédente pour les cures de hernie et les hystérectomies.
- La part des interventions d'urgence a augmenté significativement pour le remplacement de valve cardiaque.

<sup>5</sup> forme d'examen et d'intervention chirurgicale mini-invasive dans la cavité abdominale

### Effets des infections du site chirurgical

Les infections constatées ont conduit à de nouvelles interventions dans la moitié des cas (53,1 %) et ont nécessité une réadmission dans 42 % des cas. Les infections du site chirurgical diagnostiquées après la sortie ont légèrement augmenté. Elles ont constitué 59,2 % des infections du site chirurgical (période précédente : 53,3 %). Deux tiers (66,4 %) d'entre elles ont nécessité une réadmission et environ la moitié (49,2 %) une nouvelle intervention. Les parts des réadmissions et des nouvelles interventions chirurgicales sont donc restées stables par rapport à la publication des résultats de 2021.

### Tendance sur plusieurs années consécutives

Depuis la publication transparente des résultats en 2011, l'évolution dans le temps des taux d'infections présente un recul statistiquement significatif pour les appendicectomies et les cures de hernie, pour les pontages gastriques et les interventions chirurgicales du côlon, les laminectomies avec implant, les prothèses de la hanche électives primaires et dans la chirurgie cardiaque (toutes les interventions et particulièrement pour les pontages aorto-coronariens CAB).

En revanche, les taux d'infection après une césarienne et les interventions chirurgicales du rectum présentent une tendance significative à la hausse depuis 2011. Le recul (non significatif) enregistré depuis la dernière période d'observation pour la chirurgie du rectum ne compense pas encore cette évolution dans le temps.

Certains facteurs de risque ont changé significativement sur l'ensemble de la période 2011–2021. Ainsi, la part des cas avec un score ASA  $\geq 3$  pour les appendicectomies  $\geq 16$  ans ( $P < 0,001$ ), cholécystectomies ( $P < 0,001$ ), cures de hernie ( $P < 0,001$ ) et interventions chirurgicales du côlon ( $P < 0,001$ ), chirurgie rectale ( $P < 0,001$ ), laminectomie sans implant ( $P < 0,001$ ), chirurgie cardiaque globale ( $P < 0,001$ ) et prothèses de la hanche électives ( $P < 0,001$ ), hystérectomies ( $P = 0,028$ ), césariennes ( $P = 0,047$ ) et laminectomies avec implant ( $P = 0,05$ ).

Concernant l'âge des patientes et patients, on a également constaté une augmentation significative dans la période globale 2011–2021 pour les appendicectomies  $\geq 16$  ( $P < 0,001$ ) avec un âge moyen de 35,6, les cholécystectomies ( $P < 0,001$ ) (56,8 ans), les cures de hernie ( $P < 0,001$ ) (58,4 ans), les césariennes ( $P < 0,001$ ) (32,9 ans), les interventions chirurgicales du côlon ( $P = 0,002$ ) (68,4 ans), la chirurgie du rectum ( $P = 0,019$ ) (67,4 ans), les laminectomies sans implant ( $P < 0,001$ ) (59,7 ans) et les prothèses de la hanche électives primaires ( $P < 0,001$ ) (69,2 ans). En revanche, la période globale 2011–2021 indique une baisse significative de l'âge pour les laminectomies avec implant ( $P < 0,001$ ) (58,0 ans) et les prothèses du genou ( $P < 0,001$ ) (69,5 ans).

### Audits de validation

Entre octobre 2012 et mi-avril 2022, Swissnoso a contrôlé plusieurs fois la qualité des processus de surveillance dans le cadre de visites d'audit sur des journées complètes : une fois dans 177 hôpitaux, cliniques et sites hospitaliers, une deuxième fois dans 170 institutions et une troisième fois dans 152 institutions. Un quatrième cycle d'évaluation a eu lieu jusqu'à mi-avril 2022 dans 32 établissements. La distribution des points du deuxième cycle de validation allait de 15,8 à 48,9 points (médiane = 39,0) et les points des 152 institutions du troisième cycle d'évaluation allaient de 13,9 à 48,1 points (médiane = 39,4). Alors qu'aucune différence significative ne peut être démontrée entre la deuxième et la troisième

évaluation (valeur médiane : +0,4 points), l'amélioration entre la première et la deuxième évaluation est néanmoins significative (valeur médiane : +4 points ;  $P < 0,001$ ).

Le troisième cycle de validation a pu être effectué dans plus de 90 % des institutions. 82 institutions ont amélioré leur processus de surveillance, la qualité a diminué pour 63 et elle est restée inchangée pour 7 institutions. Le quatrième cycle n'était pas encore terminé au moment de la rédaction du rapport comparatif national. Après les audits dans 20 % des institutions, la valeur médiane était de 39,9. Aucune analyse pertinente n'est encore possible en raison du faible nombre d'institutions validées jusqu'à présent dans le quatrième cycle.

## Conclusion

---

13 ans après l'introduction de la surveillance nationale des infections du site chirurgical, la tendance dans le temps indique un recul significatif des taux d'infections pour huit interventions chirurgicales publiées (appendicectomies, cures de hernie, pontage gastrique, interventions chirurgicales du côlon, laminectomies avec implant, prothèses de la hanche électives primaires, chirurgie cardiaque (toutes les interventions et les pontages aorto-coronariens CAB). Cela confirme la tendance à la baisse observée dans la période précédente pour les mêmes interventions chirurgicales.

En outre, on observe pour la quatrième année de suite un recul significatif du taux d'infections après une intervention du côlon. Celles-ci constituent un élément central pour la chirurgie viscérale<sup>6</sup> et confirment la tendance positive déjà observée en 2019–2020.

Dans la chirurgie du rectum, les taux d'infections du site chirurgical ont reculé entre les deux dernières périodes d'observation, mais pas de manière significative. L'augmentation déjà constatée en 2020 s'est confirmée sur l'ensemble de la période depuis 2011. Une stabilisation des taux ou un changement de tendance éventuels ne seront visibles que dans les analyses de la prochaine période de surveillance.

Pour les appendicectomies et les pontages gastriques, les infections des organes/espaces sont beaucoup plus rares que dans la période précédente. Avec 70 % des infections des organes/espaces après un pontage gastrique donnant lieu à une réadmission à l'hôpital et 80 % à une nouvelle intervention, ces résultats sont très encourageants.

La situation est différente pour les césariennes, pour lesquelles on observe depuis 2011 une augmentation temporelle des taux d'infections du site chirurgical. Lors des deux dernières périodes de surveillance, l'augmentation n'était pas significative pour tous les types d'infections. En revanche, elle était significative pour les taux cumulés des infections profondes du site chirurgical et des infections des organes/espaces.

Bien que la tendance à la baisse dans le temps des infections du site chirurgical après une hystérectomie ne soit pas significative depuis 2011, un taux particulièrement élevé a été observé pendant cette période de surveillance par rapport aux périodes précédentes, en particulier pour les infections des organes/espaces. Ceci pourrait être lié en partie à l'augmentation importante et significative des patients à risque depuis la dernière période.

---

<sup>6</sup> Chirurgie des organes abdominaux et des glandes

La chirurgie cardiaque – en particulier le pontage aorto-coronarien CAB – a connu un recul significatif du taux d'infections du site chirurgical depuis 2011, mais on a constaté une augmentation significative entre les deux dernières périodes de surveillance pour les infections des organes/espaces.

La tendance à la baisse du taux d'infections graves en lien avec une prothèse de la hanche (infections des organes/espaces), observée dans la dernière période de surveillance, ne s'est pas confirmée pendant cette période.

Globalement, les caractéristiques des cas inclus depuis le début de la surveillance semblent être restés stables, à l'exception d'une légère tendance à l'augmentation de la part des cas avec un score ASA  $\geq 3$ . On observe également cette augmentation dans la comparaison de la période actuelle avec la précédente.

Bien que les effets des infections du site chirurgical sur le système de santé et la qualité de vie des patientes et patients soient particulièrement importants dans le cas des infections des organes/espaces, ils ne sont pas négligeables non plus dans le cas des infections superficielles et profondes du site d'incision, y compris des infections détectées après la sortie (PDS).

Globalement, la qualité de la surveillance s'est améliorée lors du deuxième cycle de validation. Elle s'est stabilisée lors du troisième cycle de validation, bien que la valeur du score au sein d'une même institution puisse varier d'une validation à l'autre. Cette tendance à la stabilisation semble se confirmer dans le quatrième cycle débuté récemment. En revanche, la qualité de la surveillance dans certaines institutions est toujours insuffisante, même si les résultats sont moins hétérogènes qu'au début.

## Mesures et perspectives

---

La tendance à la baisse des taux d'infection sur la période de 13 ans est très positive. Elle pourrait être due au moins en partie à la surveillance nationale permettant des comparaisons annuelles entre institutions, ainsi qu'à la publication des résultats de chaque institution sur le portail web de l'ANQ.

Bien que la tendance au recul des taux d'infections soit encourageante, des mesures supplémentaires pour la réduction des infections du site chirurgical sont nécessaires. Globalement, les processus de surveillance doivent être encore améliorés et homogénéisés entre les différents hôpitaux et cliniques. Comme le montre une étude de Swissnoso, la qualité de la surveillance est également en corrélation avec les taux des infections du site chirurgical enregistrés. Cela montre à quel point il est important de tenir compte de la qualité de la surveillance dans la comparaison des hôpitaux/cliniques.

Fin 2015, Swissnoso a mis à disposition une intervention multimodale afin d'aider les hôpitaux et cliniques à mieux mettre en œuvre les mesures de prévention pour diminuer les taux d'infections. Le module d'intervention a été introduit dans tout le pays début 2018. 10 institutions y participent aujourd'hui. On voit également un réel potentiel d'amélioration dans l'administration au bon moment de l'antibioprophylaxie péri-opératoire.

Les évaluations spécifiques aux cliniques des taux d'infection du site chirurgical et la comparaison nationale des taux donnent des points de repère pour des mesures d'amélioration. Les institutions ayant des taux d'infections supérieurs à la moyenne doivent analyser leurs pratiques afin d'en déterminer les causes et de prendre des mesures ciblées. Cela s'applique en particulier aux institutions dont les taux d'infection du site chirurgical augmentent.

## Tableaux et illustrations

### Taux d'infection du site chirurgical 2020–2021 : Aperçu de tous les types d'interventions

Taux d'infection par type d'intervention et profondeur de l'infection entre le 01.10.2020 et le 30.09.2021 (interventions sans implant) et entre le 01.10.2019 et le 30.09.2020 (interventions avec implant)

Type d'intervention	Nombre d'hôpitaux	Nombre d'interventions	Nombre d'infections	Taux d'infection <sup>7</sup> (IC 95 %)	Distribution de la profondeur d'infection		
					Superficielle, n (%)	Profonde, n (%)	Organe/Espace, n (%)
<b>Période de surveillance du 1.10.2020 au 30.09.2021<sup>8</sup></b>							
Appendicectomie	80	3 155	60	1,9 (1,5–2,5)	19 (31,7)	7 (11,7)	34 (56,7)
Cholécystectomie	29	2 155	41	1,9 (1,4–2,6)	19 (46,3)	2 (4,9)	20 (48,8)
Cure de hernie	40	1 802	19	1,1 (0,6–1,6)	15 (78,9)	4 (21,1)	0 (0,0)
Chirurgie du côlon	95	3 817	475	12,4 (11,4–13,5)	128 (26,9)	46 (9,7)	301 (63,4)
Chirurgie du rectum	12	185	32	17,3 (12,1–23,5)	4 (12,5)	2 (6,3)	26 (81,3)
Pontage gastrique	14	813	17	2,1 (1,2–3,3)	6 (35,3)	1 (5,9)	10 (58,8)
Césarienne	30	3 421	76	2,2 (1,8–2,8)	45 (59,2)	10 (13,2)	21 (27,6)
Hystérectomie	21	1 134	53	4,7 (3,5–6,1)	12 (22,6)	3 (5,7)	38 (71,7)
Laminectomie sans implant	23	1 839	22	1,2 (0,8–1,8)	8 (36,4)	7 (31,8)	7 (31,8)
<b>Période de surveillance du 01.10.2019 au 30.09.2020<sup>9</sup></b>							
Chirurgie cardiaque							
Toutes les interventions	12	3 044	99	3,3 (2,7–3,9)	38 (38,4)	19 (19,2)	42 (42,4)
CAB	12	1 320	49	3,7 (2,8–4,9)	24 (49,0)	12 (24,5)	13 (26,5)
Remplacement de valve cardiaque	11	919	25	2,7 (1,8–4,0)	8 (32,0)	4 (16,0)	13 (52,0)
Prothèse totale de hanche en électif	100	10 699	125	1,2 (1,0–1,4)	39 (31,2)	10 (8,0)	76 (60,8)
Prothèse de genou en électif	65	8 155	77	0,9 (0,7–1,2)	21 (27,3)	8 (10,4)	48 (62,3)
Laminectomie avec implant	19	262	3	1,1 (0,2–3,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)

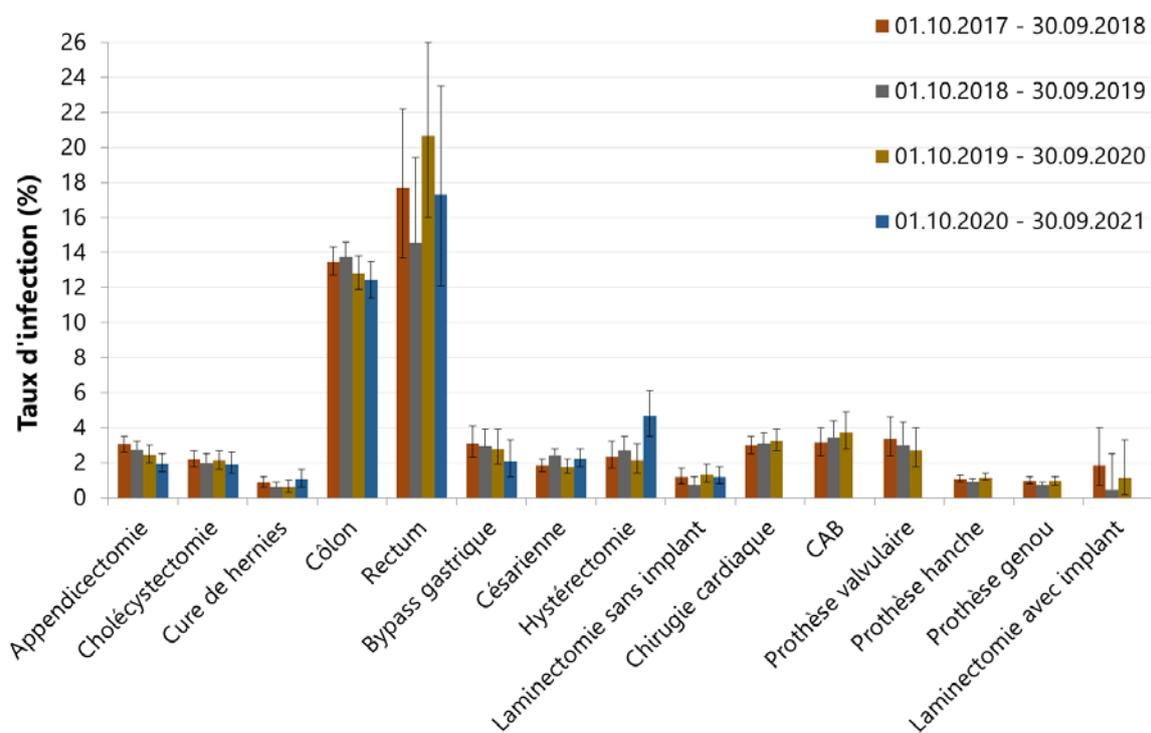
Abréviations : IC = intervalle de confiance ; CAB = coronary artery bypass (pontage aorto-coronarien)

<sup>7</sup> en pourcentage

<sup>8</sup> Les patientes et patients ayant eu une intervention sans implant sont suivis pendant 30 jours après l'intervention chirurgicale.

<sup>9</sup> Les patientes et patients ayant une intervention avec implant sont suivis jusqu'à un an après l'intervention chirurgicale.

### Taux d'infection globaux bruts par type d'intervention et période de surveillance 2017–2021



## Taux d'infection globaux bruts par type d'intervention et période de surveillance, 2011–2016 (partie 1)

Type d'intervention	Taux d'infection en % (IC 95 %) par période de surveillance				
	01.10.2011 –30.09.2012	01.10.2012 –30.09.2013	01.10.2013 –30.09.2014	01.10.2014 –30.09.2015	01.10.2015 –30.09.2016
Appendicectomie	5,1 (4,2–6,1)	4,5 (3,7–5,4)	3,4 (2,9–3,9)	3,8 (3,3–4,3)	3,4 (2,9–3,9)
Cholécystectomie	2,3 (1,9–2,8)	2,5 (2,1–2,9)	1,9 (1,6–2,3)	2,1 (1,7–2,5)	1,9 (1,6–2,4)
Cure de hernie	1,5 (1,2–1,9)	1,1 (0,8–1,4)	0,7 (0,4–1,0)	0,6 (0,4–0,9)	0,8 (0,6–1,2)
Chirurgie du côlon	13,9 (13,0–14,9)	15,1 (14,1–16,1)	14,7 (13,9–15,7)	14,1 (13,2–15,0)	13,8 (13,0–14,6)
Chirurgie du rectum	11,0 (8,2–14,4)	10,4 (7,9–13,3)	11,4 (8,7–14,5)	13,7 (10,6–17,3)	14,3 (10,7–18,7)
Pontage gastrique	5,6 (3,8–7,9)	5,5 (4,1–7,2)	2,8 (1,8–4,2)	4,4 (3,2–6,0)	2,6 (1,8–3,6)
Césarienne	1,6 (1,3–1,9)	1,7 (1,4–2,0)	1,6 (1,3–1,9)	1,4 (1,1–1,6)	1,4 (1,1–1,7)
Hystérectomie	---	---	2,9 (1,7–4,7)	2,6 (1,5–4,0)	2,6 (2,0–3,4)
Laminectomie sans implant	---	---	---	1,4 (0,8–2,1)	1,4 (0,9–2,0)
Chirurgie cardiaque (toutes interventions confondues)	5,0 (4,3–5,7)	4,9 (4,2–5,6)	4,5 (3,9–5,1)	3,9 (3,4–4,5)	4,2 (3,6–4,8)
CAB	5,6 (4,5–6,7)	5,1 (4,1–6,2)	4,8 (3,9–5,8)	5,0 (4,1–6,1)	4,3 (3,4–5,3)
Remplacement de valve cardiaque	---	---	4,0 (3,0–5,4)	2,1 (1,4–3,0)	4,1 (3,0–5,4)
Prothèse totale de hanche en électif	1,4 (1,2–1,6)	1,4 (1,2–1,7)	1,3 (1,1–1,5)	1,2 (1,0–1,5)	1,1 (0,9–1,3)
Prothèse de genou en électif	1,0 (0,8–1,3)	1,1 (0,9–1,3)	0,8 (0,6–1,0)	0,8 (0,7–1,1)	0,9 (0,7–1,2)
Laminectomie avec implant	---	---	5,1 (3,2–7,6)	3,3 (2,4–4,5)	2,5 (1,6–3,7)

Abréviations : IC = intervalle de confiance ; CAB = coronary artery bypass (pontage aorto-coronarien)

## Taux d'infections globaux bruts par type d'intervention et période de surveillance, 2016–2021 (partie 2)

Type d'intervention	Taux d'infection en % (IC 95 %) par période de surveillance				
	01.10.2016 –30.09.2017	01.10.2017 –30.09.2018	01.10.2018 –30.09.2019	01.10.2019 –30.09.2020	01.10.2020 –30.09.2021
Appendicectomie	3,2 (2,7–3,7)	3,1 (2,6–3,5)	2,8 (2,3–3,2)	2,5 (2,0–3,0)	1,9 (1,5–2,5)
Cholécystectomie	2,0 (1,5–2,5)	2,2 (1,8–2,7)	2,0 (1,6–2,5)	2,1 (1,6–2,7)	1,9 (1,4–2,6)
Cure de hernie	1,0 (0,7–1,3)	0,9 (0,6–1,2)	0,6 (0,4–0,9)	0,6 (0,3–1,0)	1,1 (0,6–1,6)
Chirurgie du côlon	13,7 (12,9–14,5)	13,5 (12,7–14,3)	13,7 (12,9–14,6)	12,8 (11,9–13,8)	12,4 (11,4–13,5)
Chirurgie du rectum	18,8 (14,3–24,0)	17,7 (13,7–22,2)	14,6 (10,5–19,4)	20,7 (16,0–26,0)	17,3 (12,1–23,5)
Pontage gastrique	2,9 (2,0–4,0)	3,1 (2,3–4,1)	2,9 (2,2–3,9)	2,8 (1,9–3,9)	2,1 (1,2–3,3)
Césarienne	1,7 (1,4–2,0)	1,8 (1,5–2,2)	2,4 (2,1–2,8)	1,8 (1,4–2,2)	2,2 (1,8–2,8)
Hystérectomie	2,5 (1,8–3,4)	2,3 (1,7–3,2)	2,7 (2,0–3,5)	2,1 (1,4–3,1)	4,7 (3,5–6,1)
Laminectomie sans implant	0,7 (0,4–1,1)	1,2 (0,8–1,7)	0,7 (0,4–1,2)	1,3 (0,9–1,9)	1,2 (0,8–1,8)
Chirurgie cardiaque (toutes interventions confondues)	4,3 (3,7–4,9)	3,0 (2,5–3,5)	3,1 (2,6–3,7)	3,3 (2,7–3,9)	
CAB	4,1 (3,2–5,0)	3,1 (2,4–4,0)	3,5 (2,7–4,4)	3,7 (2,8–4,9)	
Remplacement de valve cardiaque	4,3 (3,2–5,7)	3,4 (2,4–4,6)	3,0 (2,0–4,3)	2,7 (1,8–4,0)	
Prothèse totale de hanche en électif	1,1 (0,9–1,3)	1,1 (0,9–1,3)	0,9 (0,8–1,1)	1,2 (1,0–1,4)	
Prothèse de genou en électif	0,8 (0,6–1,0)	1,0 (0,8–1,2)	0,7 (0,6–0,9)	0,9 (0,7–1,2)	
Laminectomie avec implant	1,9 (0,7–4,0)	1,9 (0,7–4,0)	0,5 (0,01–2,5)	1,1 (0,2–3,3)	

Abréviations : IC = intervalle de confiance ; CAB = coronary artery bypass (pontage aorto-coronarien)