

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n°3 : améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins

Indicateur n° 3-4 : Indicateur relatif à la prévention des infections nosocomiales des établissements de santé

1^{er} sous-indicateur : score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales

Finalité : cet indicateur vise à présenter les résultats de l'activité de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé. Les résultats permettent d'attribuer une note sur 100 aux établissements de santé et de les regrouper en 5 classes de performance, de A à E, la classe A comprenant les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée et la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux. Les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés F comme non répondants.

Résultats : l'évolution de la répartition des établissements au sein des classes de performance du score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales figure dans le tableau ci-dessous :

	2006	2007	2008	2009	2010
	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Objectif
% en classe A	4,8	15,4	31,8	60,1	61
% en classe B	19,1	32,8	38,7	27,2	27
% en classe C	66,1	42,7	26,3	11,3	11
% en classe D	8,2	2,4	1,1	0,6	0,5
% en classe E	0,85	0,5	0,6	0,1	0,1
% en classe F	0,85	0,5	0,1	0,1	0,1
% d'exclus	inadapté	5,6	1,4	0,5	0

Source : tableau de bord des infections nosocomiales, 2009 - DGOS.

En 2009, 87,3 % des établissements se situent dans les classes les plus élevées (classes de performance A ou B) : ceci est expliqué par le fait que, d'une part, pour le score ICALIN les établissements sont majoritairement classés en A ou B, et d'autre part, que les établissements utilisent de plus en plus la désinfection des mains avec un produit hydro-alcoolique. En effet, 76 % des établissements sont classés en A ou B pour cet indicateur contre 43,5 % l'année précédente.

Il n'existe pratiquement plus aucun établissement ignorant la nécessité d'organiser la prévention des infections nosocomiales (0,1 % de classe E), ou n'ayant pas répondu au bilan standardisé de lutte contre les infections nosocomiales (0,1 %, des 2 780 établissements en 2009). De même, le nombre d'établissements exclus pour absence de surveillance des infections sur le site opératoire (dans les établissements ayant une activité chirurgicale ou chirurgicale) a diminué entre 2008 et 2009. Seulement 14 établissements ont été exclus pour absence de surveillance (38 en 2008). Les régions concernées par l'exclusion de ces établissements de santé ont été alertées pour assurer un suivi particulier de ces établissements de santé. L'objectif est de ne plus avoir d'établissement exclu du score agrégé en 2010.

Il est à noter que les exigences en matière d'utilisation de produits hydro-alcooliques ont augmenté pour le tableau de bord des infections nosocomiales 2010. Ainsi, le nombre de frictions demandé par patient et par jour a augmenté. Des établissements non concernés jusqu'alors par l'indicateur ICSHA, ont été pris en compte dans le calcul de l'ICSHA version 2. En conséquence, les modalités de calcul du score agrégé pour certaines catégories d'établissement ont changé. Ce niveau d'exigence plus élevé et la commande importante de produits hydro-alcooliques par les établissements de santé en 2009 dans le cadre de la pandémie grippale auront un impact sur les résultats du score agrégé avec une baisse possible du nombre d'établissements situés dans les classes de performance les plus hautes (A ou B). Cependant les objectifs devraient être atteints.

La distribution des scores agrégés par catégorie d'établissements figure dans le tableau ci-dessous :

Distribution nationale des classes de performance par catégories d'établissements								
Catégories d'établissement	Scores Agrégés 2009 - Classes							Effectif
	A (%)	B (%)	C (%)	D (%)	E (%)	F (%)	Exclu (%)	
CHR-CHU	91,5	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	71
CH INF 300	68,5	26,2	5,0	0,0	0,0	0,0	0,3	321
CH SUP 300	77,0	20,7	1,8	0,0	0,0	0,0	0,5	222
ETS PSYCHIATRIQUE	37,2	34,8	25,2	2,4	0,3	0,0	0,0	290
HOPITAL LOCAL	58,5	34,8	6,5	0,0	0,0	0,3	0,0	325
CLINIQUE MCO INF 100	75,6	17,2	4,2	0,0	0,0	0,0	2,9	238
CLINIQUE MCO SUP 100	82,1	15,2	1,8	0,0	0,0	0,0	0,9	330
SSR-SLD	40,5	37,9	20,4	1,0	0,1	0,1	0,0	726
CLCC	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20
HAD	71,6	13,6	13,6	0,0	0,0	1,2	0,0	81
HEMODIALYSE	67,1	21,5	10,1	1,3	0,0	0,0	0,0	79
MECSS	37,5	25,0	34,4	3,1	0,0	0,0	0,0	32
AMBULATOIRE	64,4	11,1	11,1	4,4	4,4	0,0	4,4	45
TOTAL	60,1	27,2	11,3	0,7	0,1	0,1	0,5	2780

Source : tableau de bord des infections nosocomiales, 2009 - DGOS.

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport2009-2.pdf>

Construction de l'indicateur : le score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales est un indicateur qui synthétise les quatre indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales que sont ICALIN (indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) ; ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques - cf. indicateur n° 4-3, 3^{ème} sous-indicateur) ; ICSHA (indicateur de consommation de produits ou solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains) et SURVISO (indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire). Il mesure le niveau des activités développées dans les établissements de santé pour prévenir les infections nosocomiales d'une façon plus globale que les indicateurs pris séparément.

Le poids relatif de chaque indicateur dans le score agrégé est fixé ainsi : ICALIN 40 %, ICSHA 30 %, ICATB 20 % et SURVISO 10 %. Pour les établissements qui ne sont pas concernés par tous les indicateurs, le score agrégé est calculé en redistribuant le poids de chaque indicateur en fonction des indicateurs présents. Pour plus de détails techniques : <http://www.sante-sports.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-dans-les-etablissements-de-sante.html>

Des établissements ont été exclus en 2009 pour absence de surveillance des infections du site opératoire (non répondants à l'indicateur SURVISO), façon de souligner l'importance de cette surveillance pour les établissements effectuant une activité chirurgicale ou obstétricale.

Précisions méthodologiques : le score agrégé est la somme pondérée des niveaux de performance réalisés dans chaque domaine évaluée par les quatre indicateurs décrits ci-dessus, chacune des évaluations étant mesurée par une note comprise entre 0 et 100. Pour le détail du calcul du score agrégé : <http://www.sante-sports.gouv.fr/score-agrege.html>

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n°3 : améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins

Indicateur n° 3-4 : Indicateur relatif à la prévention des infections nosocomiales des établissements de santé

2^{ème} sous-indicateur : l'indice triennal SAMR du tableau de bord des infections nosocomiales

Finalité : cet indicateur vise à rendre compte des résultats concernant le taux de staphylocoque doré (*staphylococcus aureus*) résistant à la méticilline (SAMR), qui fait partie intégrante du programme national de prévention des infections nosocomiales.

La lutte contre les bactéries multi-résistantes (BMR) dans un établissement de santé, qui s'intègre dans une politique globale de prévention des infections nosocomiales et de maîtrise de la résistance aux antibiotiques, est une priorité nationale qui implique toute la communauté hospitalière et fait partie des indicateurs d'activité et de qualité, et des référentiels d'accréditation des établissements de santé.

Le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SAMR) est la plus fréquente des bactéries multi-résistantes (environ 13% de l'ensemble des bactéries des infections nosocomiales). En raison de leur fréquence élevée, de leur potentiel pathogène, de leur risque de diffusion au sein de l'établissement, dans la communauté, et du risque potentiel d'impasse thérapeutique, la lutte contre la diffusion des SAMR fait partie du programme national de prévention des infections nosocomiales, et l'indicateur SAMR a été retenu dans le tableau de bord des infections nosocomiales comme indicateur de résultat.

Résultats : l'indice du taux de staphylocoque doré (*aureus*) résistant à la méticilline (SAMR) par catégories d'établissement pour 1 000 journées d'hospitalisation est présenté dans le tableau suivant :

Indice Triennal de SAMR 2007-2009						
Catégories d'Etablissements	Médiane	Minimum	Maximum	% de répondants	Nombres d'établissements	Objectif
CHR-CHU	0,48	0,14	1,01	100,0%	71	Diminution
CH INF 300 LITS	0,47	0,03	1,56	93,1%	233	
CH SUP 300 LITS	0,49	0,08	2,20	98,7%	222	
HOPITAL LOCAL	0,23	0,04	1,50	43,5%	138	
CLINIQUES MCO	0,38	0,03	1,75	89,3%	214	
SSR-SLD	0,22	0,01	1,60	53,4%	356	
CLCC	0,4	0,24	0,63	100,0%	11	
TOTAL	0,39	0,01	2,20	77,0%	1245	

Source : tableau de bord des infections nosocomiales, 2009 - DGOS.

En 2009, l'InVS a analysé l'évolution de l'incidence annuelle de SAMR au niveau national à partir des données recueillies pour le tableau de bord depuis 2005. Cette incidence globale a diminué de 0,55 à 0,44 pour 1 000 journées d'hospitalisation, soit une diminution de 12 % en 4 ans.

L'analyse des tendances temporelles de l'incidence des SAMR par catégories d'établissement montre qu'aucune catégorie d'établissement n'a de tendance significative à la hausse (cf. tableau ci-dessous).

Tendances temporelles de l'incidence des Sarm, par catégorie d'ES – Analyse multivariée

Catégorie	Incidence 2005	Ria	IC 95 %	p
CHR/CHU*	0,626	0,904	[0,872-0,937]	<0,001
CH<300 lits	0,617	0,945	[0,913-0,979]	0,002
CH≥300 lits	0,624	0,929	[0,903-0,957]	<0,001
HL	0,314	1,032	[0,977-1,090]	NS
MCO<100 lits	0,396	0,977	[0,914-1,044]	NS
MCO≥100 lits	0,457	0,970	[0,934-1,008]	NS
SSR/SLD	0,326	0,959	[0,922-0,997]	0,036

* Les CLCC ont été regroupés avec cette catégorie lors de l'analyse; Ria: ratio d'incidence ajusté sur la région; Seuls les Ria significativement différents de 1 (lignes grisées) sont à prendre en compte; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %; l'évolution moyenne (en %) est obtenue par la formule $(Ria-1)*100$.

Source : InVS.

Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'évolution du taux de patients présentant une infection à SAMR lors des enquêtes de prévalence des infections réalisées en 2001 et 2006. En effet, le taux de prévalence des patients infectés à ce micro-organisme a diminué de 0,49% en 2001 à 0,29% en 2006. En ajustant sur les caractéristiques des établissements de santé, des services et des patients, ce taux a diminué de 40%.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est calculé comme le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée au sein d'un prélèvement à visée diagnostique (nombre de SARM déclarés), quel que soit le lieu d'acquisition (souches importées et acquises) rapporté à 1 000 journées d'hospitalisation.

L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est calculé à partir de l'ensemble des isolats cliniques identifiés dans un ES au cours des années 2007-2008-2009 pour l'indice triennal SAMR 2009. Il est nécessaire d'utiliser un tel indice triennal car les variations annuelles au sein d'un même établissement sont importantes d'une année à l'autre ; l'indice triennal permet de « lisser » ces variations.

Le taux triennal dépend:

- du nombre de SARM dits importés (patients infectés venant d'un autre hôpital ou de la communauté). D'après les différentes études menées par l'InVS, ce taux est stable pour un établissement au cours du temps ;
- du nombre de SARM dits acquis (reflet de la prévention de la diffusion des SARM d'un patient à l'autre et de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques).

Les résultats sont rendus par catégorie d'établissements (CHU, CH > à 300 lits, CH< 300 lits, cliniques MCO > 100 lits, SSR-SLD, CLCC) pour prendre en compte le type d'établissement.

Cet indice ne peut avoir qu'une valeur indicative. Il dépend en effet d'une part, du nombre d'hospitalisation des patients (le risque d'être colonisé par un SARM augmente avec le nombre d'hospitalisations), du nombre de patients transférés d'un autre hôpital (la colonisation ou l'infection par un SARM a pu avoir lieu dans un autre hôpital) et d'autre part de la politique mise en œuvre dans l'établissement de santé en matière de bon usage des antibiotiques et de prévention de la diffusion des SARM. Il n'est donc pas pertinent de procéder à un classement des établissements sur la base de cette information. En revanche, les résultats sont présentés en précisant pour chaque catégorie d'établissements, la médiane, le taux de SAMR le plus faible constaté et le taux de SAMR le plus élevé. Cette présentation permet à chaque établissement de santé de se positionner.

Précisions méthodologiques : tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM. Cependant, cette mesure ne peut avoir de sens dans les établissements qui identifient très peu de SARM en raison de la nature et/ou du volume de leur activité. Cet indice triennal n'est pas donc pas calculé pour les établissements ayant réalisé moins de 30 000 journées d'hospitalisation complète par an et pour les catégories d'établissements suivantes : hospitalisation à domicile, établissements exclusivement ambulatoires, maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, psychiatrie et hémodialyse.

Des détails sur les éléments présentés à cet indicateur sont disponibles sur les sites internet du ministère de la santé et de l'InVS.