

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

Sous-indicateur n°3-4-1 : score agrégé du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales

Finalité : cet indicateur vise à présenter les résultats de l'activité de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé. Le score agrégé du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales a fait l'objet cette année d'une importante modification. En effet, le score initial ne permettait plus de discriminer les établissements entre eux : après cinq années de publication (2006-2010), 89,7 % des établissements se situaient dans les classes les plus élevées.

Le référentiel du score agrégé-activités 2011 complète les actions devant être menées par les établissements de santé, en intégrant notamment un nouvel indicateur sur la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes et en renforçant les exigences des autres indicateurs.

Les résultats permettent d'attribuer une note sur 100 aux établissements de santé en fonction de leur activité et de les regrouper en classes de performance, de A à F, 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 en F comme non-répondants.

Résultats : l'évolution de la répartition des établissements au sein des classes de performance ne sera disponible qu'à partir du recueil du bilan 2012. Le score agrégé-activités 2011 par classe figure dans le tableau ci-dessous :

Classe / année	2010 (année de référence) réalisé	Objectif 2011
% en classe A	20%	22%
% en classe B	20%	23%
% en classe C	20%	25%
% en classe D	20%	18,5%
% en classe E	20%	11%
% en classe F	0%	0,5%

Source : DGOS

Les indicateurs score agrégé et score agrégé-activités 2011 ont été calculés à partir des données transmises par les établissements de santé concernés dans le cadre du recueil de leur tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales de 2011.

Les deux indicateurs (score agrégé-activités 2010 et score agrégé-activités 2011) étant des indicateurs très différents l'un de l'autre, il n'est pas possible de les comparer.

L'année 2010 est l'année de référence pour calculer les limites des classes de performance pour le score agrégé-activités 2011. Le mode de construction de l'indicateur réparti de façon homogène les établissements dans les différentes classes pour la première année de mesure (2010). Ces classes ont été définies à partir d'une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé : ainsi 20% des établissements de santé ayant le meilleur score agrégé- activités définissent la classe A, les 20% d'établissements suivants constituent la classe B et il en va de même pour les trois autres classes. Pour illustration de l'objectif à atteindre : un établissement de santé dont le score agrégé-activités 2011 correspond à la classe E devra faire évoluer ses pratiques pour lui permettre de faire augmenter son score et au fil des ans, d'atteindre les classes D puis C, puis B puis A.

Ces bornes de classes ne changeront pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression.

Les résultats sont rendus sous forme de classes de performance par catégorie d'établissements de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer...) en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements afin de les comparer entre eux.

Construction de l'indicateur : le score agrégé-activités est un indicateur qui permet de rendre lisible en une seule fois l'ensemble des indicateurs de processus et de moyens du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales. 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.

Les indicateurs de processus et de moyens du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales sont :

- ICALIN.2 - indicateur composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales,
- ICATB - indicateur composite de bon usage des antibiotiques (cf. indicateur n° 4-3, 3^{ème} sous-indicateur),
- ICA-BMR – indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes,
- ICA-LISO – indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire,
- ICSHA.2 - indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques.

Il est présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F). Le poids relatif de chaque indicateur dans le score agrégé est fixé ainsi : ICALIN.2 (35 %), ICSHA.2 (20 %), ICATB (20 %), ICA-BMR (10%) et ICA-LISO (15%). Ainsi la formule du score agrégé-activités 2011 est la suivante :

$$(ICALIN.2 * 0,35) + (ICSHA.2 * 0,20) + (ICATB * 0,20) + (ICA-BMR * 0,10) + (ICA-LISO * 0,15)$$

Critère d'inclusion : tous les établissements de santé.

Pour les établissements qui ne sont pas concernés par tous les indicateurs, le score est calculé en redistribuant le poids de chaque indicateur en fonction des indicateurs présents. Par exemple, si un établissement de santé n'est pas concerné par l'indicateur ICA-LISO, la formule devient :

$$(ICALIN.2 * 0,41) + (ICSHA.2 * 0,235) + (ICATB * 0,235) + (ICA-BMR * 0,12)$$

Pour plus de détails techniques, se référer aux documents suivants :

- Circulaire n°DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 ;
- Instruction n°DGOS/PF2/2012/259 du 29 juin 2012 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ;
- Instruction n°DGOS/PF2/2012/286 du 16 juillet 2012 complétant la circulaire n°DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 et modifiant son annexe 4.

Sous-indicateur n°3-4-2 : indice triennal SARM du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales

Finalité : cet indicateur vise à rendre compte des résultats concernant le taux de staphylocoque doré (*staphylococcus aureus*) résistant à la méticilline (SARM), 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 (SARM) 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 SARM fait partie du programme national de prévention des infections nosocomiales, et l'indicateur SARM a été retenu dans le tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales comme indicateur de résultat.

Résultats : le tableau suivant donne la répartition des établissements selon les classes de performance (la classe A regroupant les établissements les plus performants), calculées sur la base du taux triennal de staphylocoque doré (aureus) résistant à la méticilline (SARM) pour 1 000 journées d'hospitalisation:

classes	2007-2009		2008-2010		Objectif
	Nombre d'établissements*	Pourcentage	Nombre d'établissements*	Pourcentage	
A	112	12%	132	14%	Augmentation
B	222	23%	232	25%	
C	388	41%	388	41%	
D	169	18%	152	16%	
E	57	6%	40	4%	
Total	948	100%	944	100%	

*nombre d'établissements concernés par l'indice SARM

Source : tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales - DGOS

<http://www.sante.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-dans-les-etablissements-de-sante.html#rapports>

Le nombre d'établissements concernés par l'indice SARM reste stable entre 2009 et 2010. Le nombre d'établissements situés en classe A ou B a augmenté entre 2009 et 2010, passant de 35% en 2009 à 38,6% en 2010. L'objectif fixé est que la proportion d'établissement de santé dans les classes A et B augmente chaque année.

Plus précisément, la répartition des établissements par classe du taux triennal 2008-2010 et par catégorie d'établissement est donnée dans le tableau suivant :

Distribution nationale par catégorie d'établissements des classes des taux triennal SARM 2008-2010

Catégorie d'établissements	Classes					Nombre d'établissements
	A	B	C	D	E	
CHR-CHU	18%	35%	35%	6%	6%	71
CH < 300 lits	11%	30%	37%	18%	5%	222
CH > 300 lits	19%	24%	42%	11%	4%	210
HOPITAL LOCAL	8%	14%	47%	14%	17%	36
CLINIQUE MCO	5%	25%	47%	20%	3%	200
SSR-SLD	21%	18%	40%	19%	3%	205
TOTAL GÉNÉRAL	14%	25%	41%	16%	4%	944

Légende : CHR-CHU : centre hospitalier régional/universitaire ; CH : centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés ; SSR-SLD : soins de suite et de réadaptation/soins de longue durée.

L'évolution de tendance des taux annuels de SARM 2005-2010 met en évidence une diminution du taux de SARM au cours du temps. Une baisse très significative a notamment été constatée entre 2005 et 2010 pour près de 70% des CHR-CHU.

Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'évolution du taux de patients présentant une infection à SARM lors des enquêtes de prévalence des infections réalisées en 2001 et 2006. L'enquête de prévalence des infections nosocomiales actuellement en cours (2012), réalisée sous l'égide du Réseau d'Alerte d'Investigation et de Surveillance des INfections associées aux soins (RAISIN), mise en œuvre par les établissements de santé et coordonnée au niveau national par l'InVS et au niveau interrégional par les Centres de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN), permettra de confirmer ou non cette tendance.

Construction de l'indicateur : le taux triennal *Staphylococcus aureus* (staphylocoques dorés) résistant à la méticilline (SARM) et sa classe de performance reflètent le risque de colonisation à SARM, risque qui dépend à la fois du type d'activités réalisées et du type de patients pris en charge (notamment de patients déjà porteurs de SARM). L'indicateur SARM est présenté sous la forme d'un taux défini par le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche a été isolée au sein d'un prélèvement à visée diagnostique, rapporté à 1000 journées d'hospitalisation. L'indice SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation est ensuite calculé à partir de l'ensemble des isolats cliniques identifiés dans un établissement au cours des années 2008-2009-2010 pour l'indice triennal SARM 2010. Il est nécessaire d'utiliser un indice triennal car les variations au sein d'un même établissement peuvent être importantes d'une année à l'autre. Le taux et sa classe permettent à l'établissement de se comparer aux établissements de même catégorie. Il est également accompagné d'une évolution de tendance des taux annuels.

Les classes de performance reposent sur des classes de percentiles (10, 30, 70, 90) calculées à partir du taux triennal 2005-2006-2007 (correspondant à l'indice SARM 2007). Les bornes inférieures et supérieures de classes ne changent pas au fil des années afin de visualiser les évolutions de classes d'établissements de santé d'une année sur l'autre. Pour les centres de lutte contre le cancer, le calcul des classes de performance n'est pas possible à calculer (en raison d'effectifs trop faibles).

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 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 (HAD), établissements exclusivement ambulatoires, maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisées (MECSS), psychiatrie et hémodialyse. Le nombre d'établissements correspond aux seuls établissements ayant répondu à l'enquête sur la durée de recueil des données. Pour la période 2007-2009, il diffère de celui indiqué dans le PQE annexé au PLFSS 2012, qui comprenait l'ensemble des établissements concernés (y compris les non répondants).