

## **Circulaire DHOS/ED/DGS/SD5C n° 2006-163 du 7 avril 2006 relative au tableau de bord des infections nosocomiales et portant sur les modalités de calcul de l'indicateur sur le taux de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline par les établissements de santé**

07/04/2006

Date d'application : immédiate.

Références :

Arrêté du 8 mars 2006 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ;

Circulaire DGS/DHOS/SD5C/E2 n° 2006-115 du 9 mars 2006 relative au bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2005 ;

Circulaire DHOS/DGS/E2/5C n° 2004-599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé.

Annexes :

Annexe I : calcul du numérateur de l'indicateur SARM ;

Annexe II : description du dénominateur de l'indicateur SARM.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les responsables des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (pour information).

Le tableau de bord des infections nosocomiales, suite aux propositions de l'Institut de veille sanitaire (InVS) en février 2004, et à la concertation qui a suivi, comprend 5 indicateurs, parmi lesquels figure le taux de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) dans les prélèvements à visée diagnostique pour 1000 journées d'hospitalisation.

Le cahier des charges de cet indicateur a été rédigé par un groupe de travail coordonné par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Sa faisabilité a été testée fin 2004 au sein des établissements de santé engagés dans le projet COMPAQH (coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière), projet conduit par l'INSERM et financé par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en collaboration avec la Haute autorité de santé.

Depuis février 2005, un groupe d'experts du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) est missionné spécifiquement sur les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales afin notamment de préciser les cahiers des charges et les modes de présentation des résultats obtenus dans les établissements de santé.

Le programme national 2005 - 2008 de lutte contre les infections nosocomiales a fixé l'objectif quantifié national suivant concernant les SARM entre 2005 et 2008, le taux de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) a baissé de 25 % dans au moins 75 % des établissements de santé (3e indicateur figurant dans le tableau de bord).

Dans ce cadre, les établissements de santé doivent mettre en place le recueil d'informations permettant le calcul des indicateurs. L'indicateur de taux de SARM sur les prélèvements à visée diagnostique est le troisième indicateur introduit dans les établissements de santé après l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) et l'indicateur de volume de produits hydro-alcooliques (SHA) consommés.

L'objectif de cette circulaire est d'informer les établissements de santé sur les modalités de calcul de l'indicateur de taux de SARM dans les prélèvements à visée diagnostique en 2005 et 2006 et sur le mode de présentation des résultats nationaux qui aura lieu en 2007.

Pour les questions techniques sur la prévention de la transmission des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques, les établissements de santé peuvent se référer au guide « Maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques » (ministère de la Santé, CTIN, 1999) et se rapprocher des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (C.CLIN).

## 1. La prévention de la transmission des SARM une priorité

La France connaît en matière de SARM une situation endémique depuis de nombreuses années. Cette situation concerne tous les établissements de santé où *S. aureus* est une espèce fréquemment en cause dans les infections nosocomiales (réf enquête de prévalence nationale 2001, [http://www.invs.sante.fr/publications/2003/raisin\\_enp\\_2001/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2003/raisin_enp_2001/index.html)).

En 2003, le réseau de surveillance des bactéries multi-résistantes du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (BMR-Raisin) couvrait 549 établissements de santé, dont 438 de court séjour soit 24,2 % des établissements de ce type (réf. rapport BMR-Raisin 2003, à paraître sur <http://www.invs.sante.fr/raisin/>). Les réseaux de surveillance français rassemblent un nombre important d'établissements par rapport aux autres pays et fournissent des données épidémiologiques très complètes. Mais la complexité méthodologique et la charge de travail nécessitée par le recueil de ces données ne permettent pas à tous les établissements de s'inscrire dans ce processus de surveillance. C'est pourquoi, l'enjeu de l'indicateur du tableau de bord est de permettre d'estimer au sein de tous les établissements de santé, de façon certes plus rudimentaire, mais cependant robuste, l'évolution de la fréquence de ces bactéries multi-résistantes aux antibiotiques.

L'indicateur national repose sur le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée dans l'année au sein d'un prélèvement à visée diagnostique. C'est un indicateur de résultat, reflétant l'écologie microbienne des établissements de santé et leur capacité à la maîtriser, en particulier par des mesures de prévention de la transmission croisée.

La possibilité d'utiliser un indicateur plus clinique comme les bactériémies à SARM a été étudié mais n'a pas été retenu, en particulier en raison de la rareté de l'événement qui ne permet pas la généralisation de l'indicateur à l'ensemble des établissements de santé.

L'indicateur national comprend les patients ayant un prélèvement à visée diagnostique positif à SARM quel que soit le lieu d'acquisition. Les souches « importées » et « acquises » sont par conséquent incluses dans le numérateur. Cette démarche est retenue pour différentes raisons :

- la différenciation de l'origine des souches nécessite une politique de dépistage du portage à l'admission qui, en dehors de situation spécifique (réanimation par exemple), pose un problème de pertinence et de coût.
- il y a le plus souvent une corrélation entre le nombre de souches acquises et importées et la tendance évolutive du taux global traduit celle de cas acquis dans la structure.
- la sélection des seules souches acquises est difficilement réalisable à partir des données de laboratoire et risque d'entraîner des biais de mesure.
- les définitions actuelles des cas acquis et importés sont complexes et, par exemple, une infection nosocomiale peut tout à fait survenir au décours d'une intervention chirurgicale, avec une souche de SARM importée.

L'indicateur national retenu est relativement facile à exprimer et peu coûteux à produire à partir des données de routine du laboratoire de microbiologie. Son suivi permettra une analyse tant à l'échelon local que régional et national de la maîtrise de la diffusion des SARM en France.

## 2. Le calcul des valeurs de l'indicateur

L'indicateur est défini par le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) a été isolée dans l'année au sein d'un prélèvement à visée diagnostique (numérateur) rapporté à 1000 journées d'hospitalisation (dénominateur).

Les établissements de santé recueillent le numérateur à partir de l'année 2005 selon le mode de calcul décrit dans l'annexe I.

Le dénominateur en journées d'hospitalisation sera directement extrait à l'échelon national des données de la DREES à partir des déclarations SAE des établissements de santé de l'année correspondante (cf. annexe II).

Le recueil nécessite l'implication de différents acteurs au sein de l'établissement de santé, sous la coordination de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (laboratoire de microbiologie, administration et département ou service d'information médicale).

Les établissements de santé retranscrivent uniquement les données du numérateur dans le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2005 et 2006.

La valeur de l'indicateur sera calculée par l'administration centrale (cellule infections nosocomiales DGS-DHOS) à l'issue des deux années de recueil 2005 et 2006 de façon à présenter une tendance évolutive.

Les établissements de santé seront considérés comme non répondants et apparaîtront en classe « F » si leur bilan n'est pas transmis sous format informatique selon le calendrier défini dans la [circulaire DHOS/DGS/E2/5C n° 2006-115 du 9 mars 2006](http://www.invs.sante.fr/publications/2006/circulaire_dhos_dgs_e2_5c_n_2006_115) ou si le bilan ne contient pas les données nécessaires au calcul du numérateur. Désormais, seuls les bilans <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoseddgssd5c-n-2006-163-du-7-avril-2006-relative-au-tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-et-portant-sur-les-modalites-de-calcul-de-lindicateur-sur-l/>

envoyés sous format informatique seront utilisés par les DDASS.

### **3. Le contrôle de données**

Concernant le contrôle de qualité des données, les établissements de santé organisent leur contrôle interne (saisie et cohérence).

Des contrôles de cohérence des données ainsi que des contrôles aléatoires seront faits aux différents échelons.

Les établissements de santé doivent pour cela garder à disposition des services déconcentrés de l'Etat, les éléments de preuve des données déclarées (notamment liste ou récapitulatif des prélèvements positifs daté de l'année du bilan, établis par le laboratoire de microbiologie, journées d'hospitalisation...).

### **4. L'analyse nationale des résultats des établissements de santé**

Les résultats des établissements de santé seront présentés par catégories d'établissements de santé.

Les résultats 2005 et 2006 seront analysés ensemble pour une diffusion publique des résultats en 2007. Les données 2005 permettront de calculer les valeurs des bornes des classes de performance qui seront ensuite appliquées aux données 2006 pour permettre d'en déduire la tendance évolutive. Les établissements recevront leurs résultats fin 2007 de la part de la cellule infections nosocomiales DGS-DHOS via la DRASS, sous la forme d'une classe de résultats et de leurs taux 2005 et 2006.

Les établissements non-répondants seront désignés comme appartenant à la classe « F ».

\*  
\* \*

Vous voudrez bien diffuser cette circulaire aux directeurs des établissements de santé publics et privés de votre département, en leur demandant de la transmettre aux présidents des commissions médicales d'établissement, des conférences médicales, aux présidents des comités de lutte contre les infections nosocomiales, aux équipes opérationnelles d'hygiène, aux responsables du département d'information médicale, aux responsables des laboratoires de microbiologie ainsi qu'à tous les services et professionnels concernés.

## **ANNEXE I CALCUL DU NUMÉRATEUR DE L'INDICATEUR SARM Le numérateur**

Nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée dans l'année au sein d'un prélèvement à visée diagnostique.

### **Le mode de calcul**

Seront incluses les souches de SARM :

- isolées de prélèvements à visée diagnostique, c'est-à-dire de tous les prélèvements sauf ceux à visée de dépistage.
- chez les malades en hospitalisation complète ou de semaine, c'est-à-dire dans l'ensemble des services de soins : court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, psychiatrie et ceci quel que soit le mode d'admission dans le service (direct, en urgence, par transfert) et le mode de sortie (à domicile, transfert externe ou décès).

Remarques :

1. Les prélèvements à visée diagnostique sont ceux effectués pour le diagnostic individuel (diagnostic positif et diagnostic étiologique) des pathologies infectieuses. Ces prélèvements sont destinés à rechercher chez des sujets malades les bactéries responsables de ces pathologies.
2. Chaque patient avec au moins une souche de SARM isolée d'un prélèvement à visée diagnostique dans l'année dans l'établissement, ne doit être compté qu'une seule fois (dédoublonnage), même en cas de séjours multiples. Un doublon correspond ici à « toute souche de SARM isolée chez un patient pour lequel une souche de SARM a déjà été prise en compte dans l'année, quel que soit son antibiotype et quel que soit le site de prélèvement ».

Seront exclues les souches de SARM isolées de :

- prélèvements à visée de dépistage : prélèvement réalisé dans le but exclusif de rechercher le portage de SARM (écouvillonnage nasal ou de la peau faisant l'objet de cultures à la recherche de SARM par culture sur milieux sélectifs contenant en général des antibiotiques).
- prélèvements environnementaux (surfaces, ...).

En pratique :

L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière demande au laboratoire de microbiologie l'édition de la liste des patients chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée dans l'année au sein d'un prélèvement à visée diagnostique. Un patient n'est compté qu'une seule fois dans l'année. Le nombre de patients est égal au numérateur de l'indicateur.

## **ANNEXE II**

### **DESCRIPTION DU DÉNOMINATEUR DE L'INDICATEUR SARM**

#### **Le dénominateur**

Nombre total annuel de journées d'hospitalisations (journées-patient) de l'établissement de santé pour l'année de recueil.

Le dénominateur est celui déclaré dans la SAE (bordereau Q02A). Il sera directement extrait à l'échelon national des données de la DREES à partir des déclarations SAE. Il n'est donc pas demandé dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

Le calcul des journées d'hospitalisation comprend :

- les journées réalisées en hospitalisation complète et hospitalisation de semaine ;  
pour l'ensemble des services de soins : court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, psychiatrie ;
- à l'exclusion : des activités réalisées en alternative à l'hospitalisation complète, c'est-à-dire hospitalisation à temps partiel de jour (y compris chimiothérapie), hospitalisation à temps partiel de nuit, hospitalisation à domicile, des activités de consultation, de l'accueil des urgences (nombre de passage), des traitements et cures ambulatoires (y compris radiothérapie et hémodialyse en centre).

Cas particuliers :

Pour certaines catégories d'établissements de santé (hospitalisation à domicile, hémodialyse, maisons d'enfants à caractère sanitaire et social) un dénominateur spécifique sera utilisé, adapté à leur unité de mesure de l'activité.

Source Bulletin Officiel n° 2006/5 du 15 juin 2006