



Incidence des SARM pour 1000 jours d'hospitalisation

Indicateur du tableau de bord et/ou surveillance ?

**SAVEY Anne
FOSSE Thierry
ROS Alain
CAILLAT-VALLET E.
FABRY Jacques**

**C.CLIN Sud-Est, Lyon
CHU Nice
CHU St Etienne
C.CLIN Sud-Est, Lyon
C.CLIN Sud-Est, Lyon**

Contexte

- La surveillance des bactéries multirésistantes aux antibiotiques
 - ▶ **objectif prioritaire du programme national** 2005-2008

- Le taux d'incidence des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline est devenu **un des 5 indicateurs du tableau de bord**
 - ▶ publics
 - ▶ obligatoires (100 % présents en 2008)

Objectif quantifié 2008

3/4 des étab. présentent une baisse de 25% de leur taux de SARM / 1000 j hosp.

Objectifs de l'étude

- **observer le "comportement" de l'indicateur SARM / 1000 JH dans le cadre du réseau de surveillance BMR Sud-Est**
 - ▶ variabilité entre établissement
 - ajustement : taille, type d'établissement et de séjour
 - proposition de classement / communication des résultats
 - ▶ variabilité dans le temps

- **s'interroger si la surveillance "classique" conserve une plus-value**

Méthode

■ réseau BMR SUD-EST

- ▶ coordonné par le C.CLIN Sud-Est depuis 2000
- ▶ périodicité annuelle d'avril à juin (3 mois)
- ▶ méthodologie RAISIN
 - prélèvement : hors dépistage, hors environnement
 - patient : hospitalisation complète (hors cons., ambul., hôp de J)
 - dédoublement (ONERBA) :
 - ✓ 1 SARM d'un antibiotype donné/ patient / période

■ base BMR Sud-Est 2000-2004

- ▶ 322 établissements soit 954 participations

■ 215 établissements

- participation = 41 % des lits de l'inter-région
- 2 410 SARM observés

29.5 % SARM dans l'espèce

0,47 SARM /100 adm. court séjour

0,64 **SARM / 1000 JH**

Taux d'incidence SARM 2004 selon le type de séjour

n = 215

Type de séjour	Etab. n	J d'hosp. n	SARM	
			n	Taux inc.
Court séj.	171	2 272 618	1 788	0,79
<i>dont réa</i>	76	94 275	212	2,25
SSR-SLD	139	1 484 173	622	0,42

Taux d'incidence SARM 2004

selon la taille de l'établissement

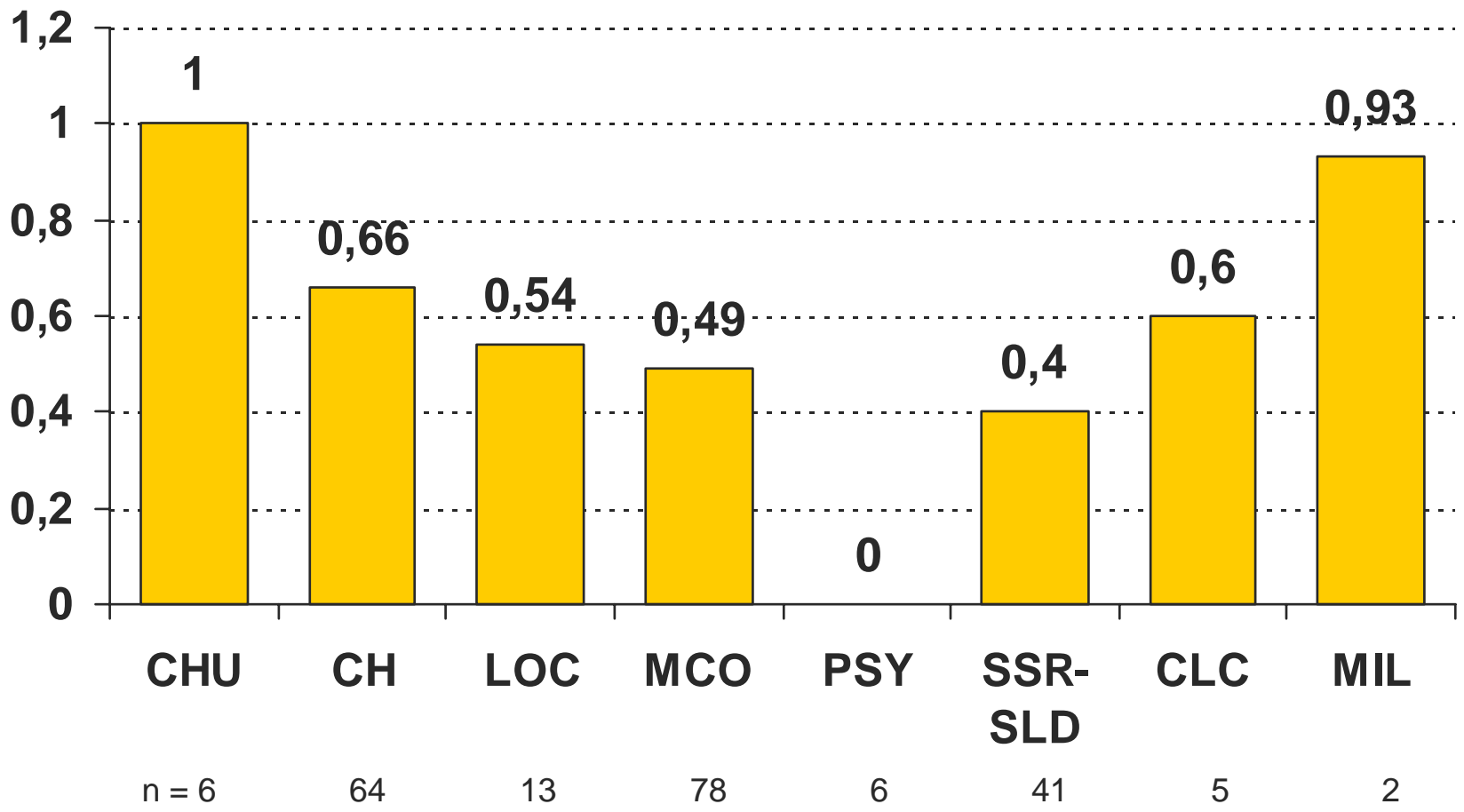
n = 215

Taille	Etab.	J d'hosp.	SARM	
	n	n	n	Taux
< 100 lits	72	340 539	145	0,43
[100-250[83	961 590	478	0,50
[250-500[37	965 268	635	0,66
≥ 500 lits	23	1 489 394	1 152	0,77

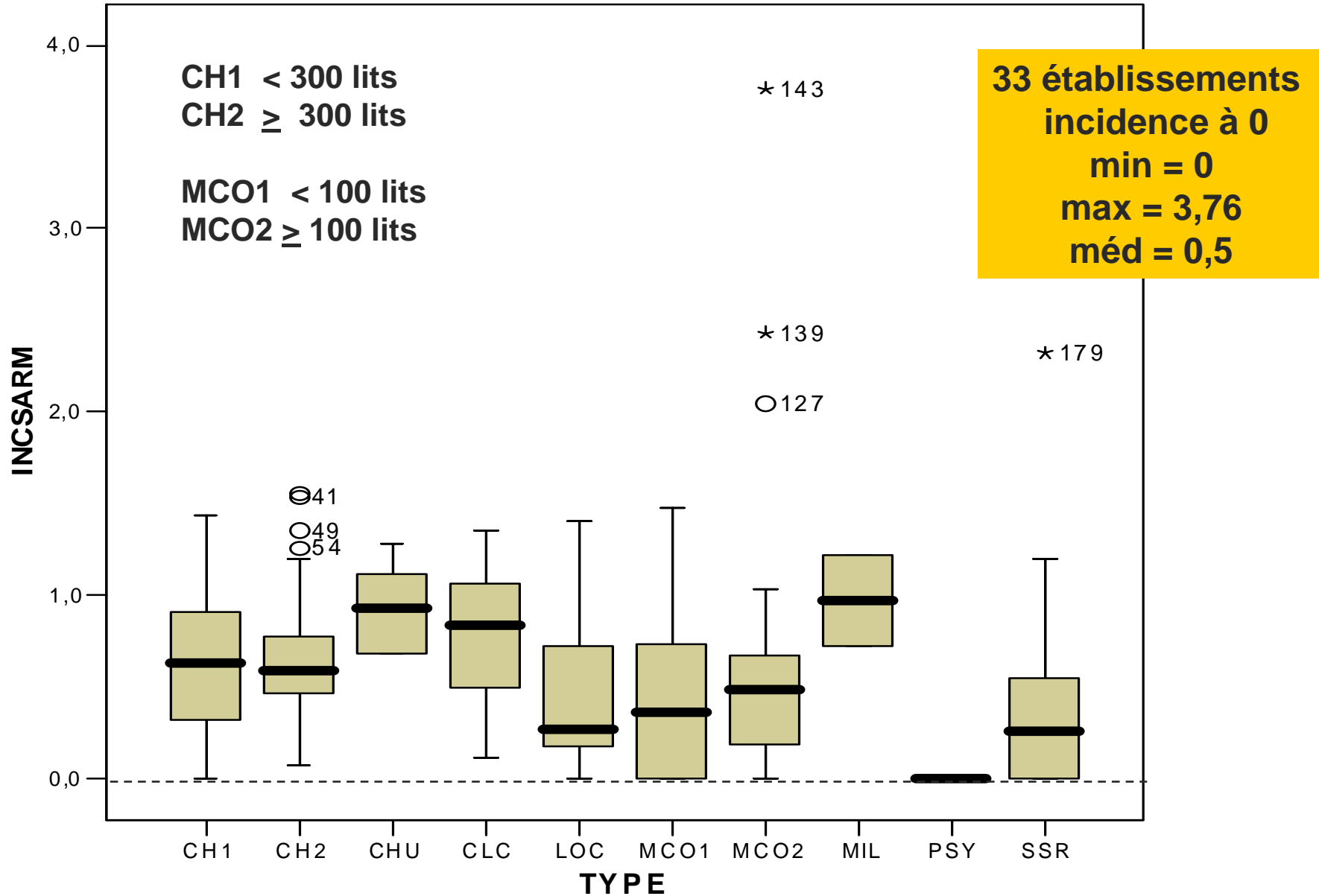
Taux d'incidence SARM 2004 selon le type d'établissement

n = 215

Taux de SARM /1000 JH



Distribution des taux de SARM 2004 par type et taille d'établissement (n = 215)



Distribution des établissements

(détermination des classes)

Type	n étab.	moy	méd	P10	P30	P70	P90
CH < 300 lits	27	0,64	0.63	0.20	0.38	0.87	1.11
CH ≥ 300 lits	37	0,66	0.59	0.24	0.50	0.74	1.22
CHU	6	0,94	0.93	-	-	-	-
CLC	5	0,78	0.84	-	-	-	-
LOC	13	0,52	0.27	0.16	0.22	0.66	1.16
MCO < 100 lits	38	0.44	0.36	0	0	0.58	0.99
MCO ≥ 100 lits	40	0.62	0.49	0.13	0.33	0.67	0.92
MIL	2	0.97	-	-	-	-	-
PSY	6	0	0	-	-	-	-
SSR-SLD	41	0.39	0.26	0	0.08	0.52	1.06
Total	215	0.55	0.50	0	0.24	0.68	1.13

Modèle "démarche qualité"

- équivalence avec la démarche d'accréditation
 - ▶ sans recommandations **TOUT VA BIEN** < P75
 - ▶ recommandations **PEUT MIEUX FAIRE** ≥ P75
 - ▶ réserve mineure **ALERTE !** ≥ P90
 - ▶ réserve majeure **ACTION !!** ≥ seuil outlier
P75 + 1.5 (P75-P25)

- regroupement des établissements (2 groupes)

CHU-CH-MCO-MIL-CLC vs LOC-SSR-SLD-PSY

 - ▶ justifié taux très proches vers le haut
 - ▶ plus robuste effectifs
 - ▶ plus simple affichage public

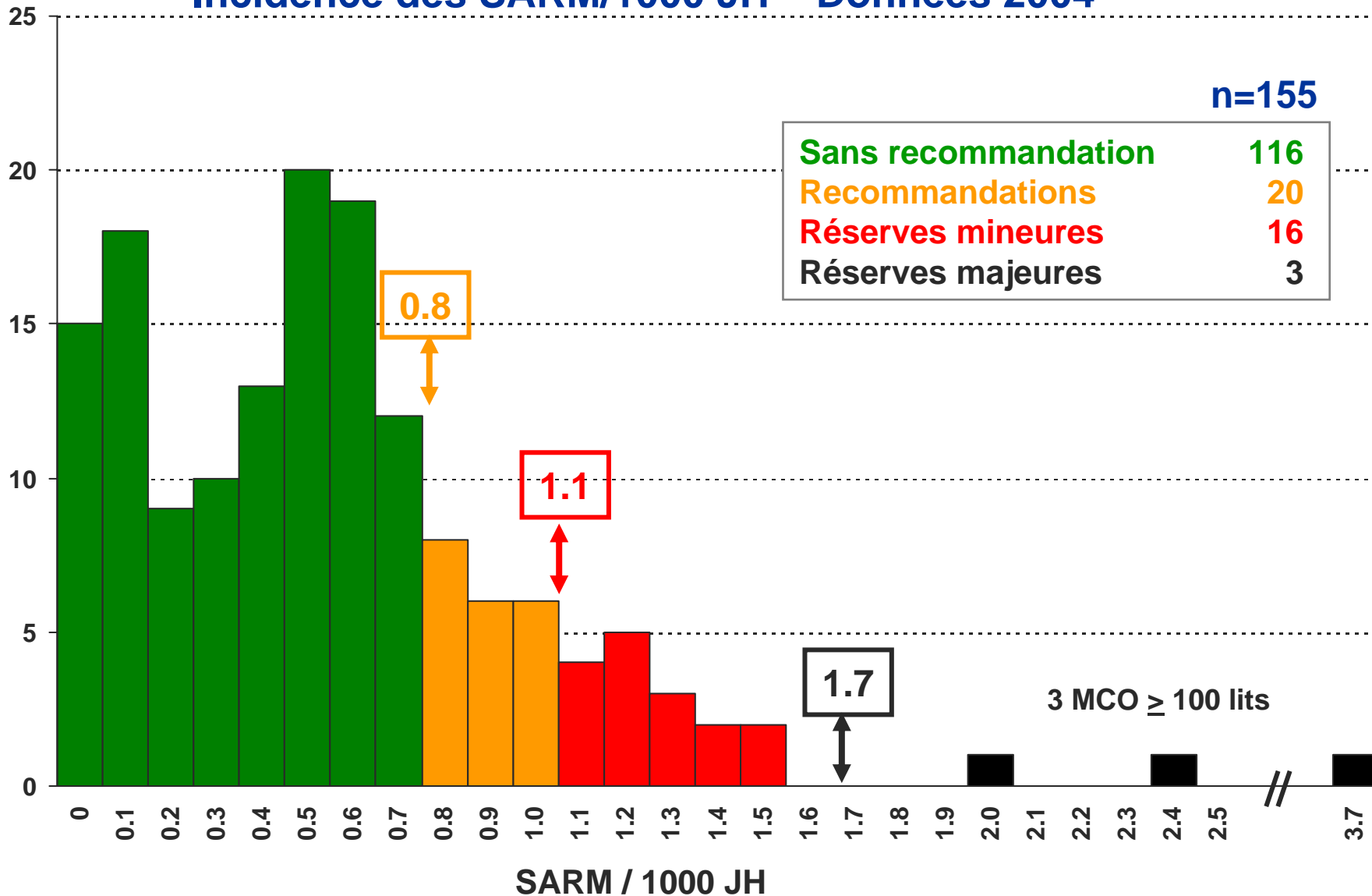
- moyenne des "bornes" sur 4 ans (2001-2004)

Distribution des établissements

CHU-CH-MCO-MIL-CLC

Incidence des SARM/1000 JH – Données 2004

n étab.

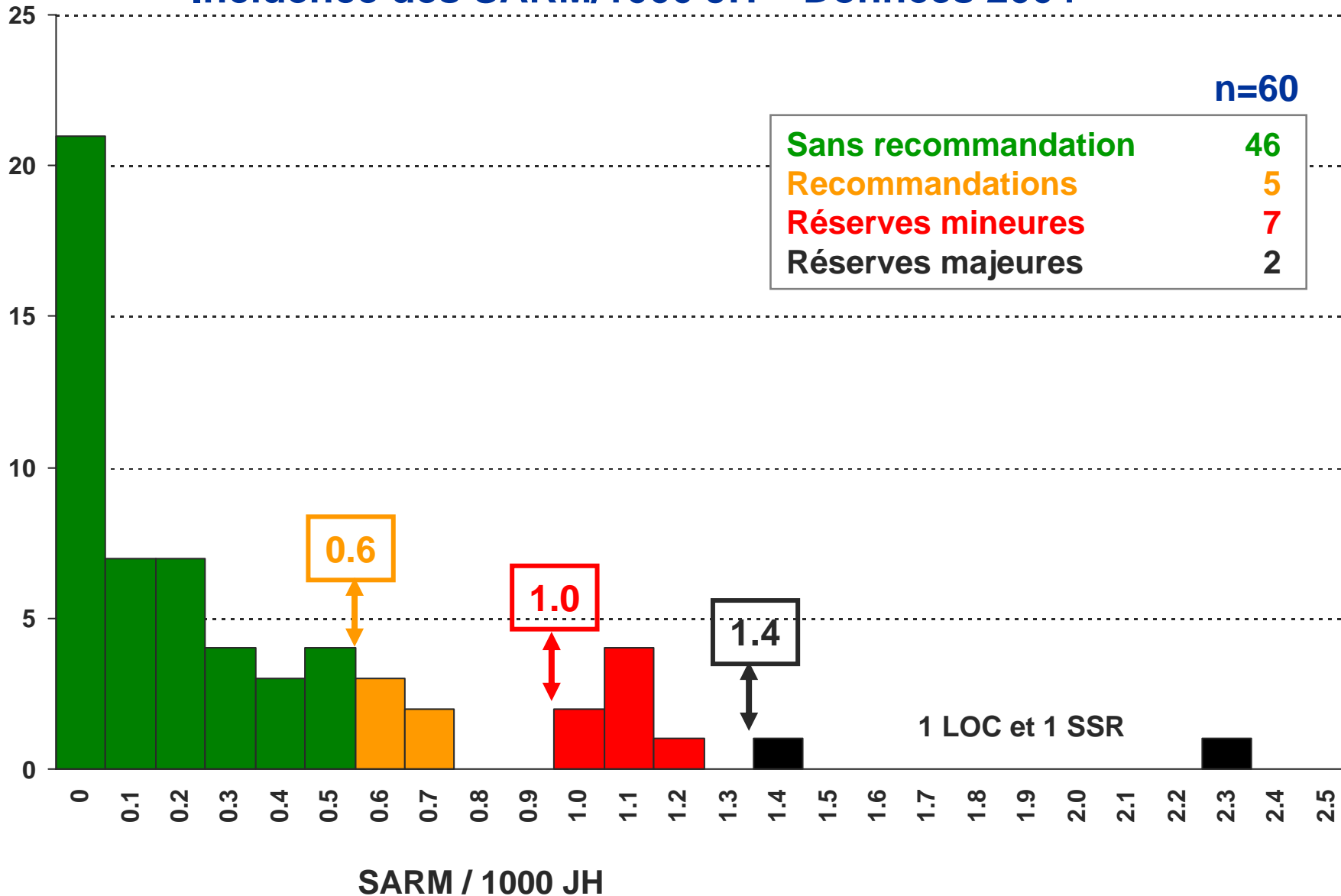


Distribution des établissements

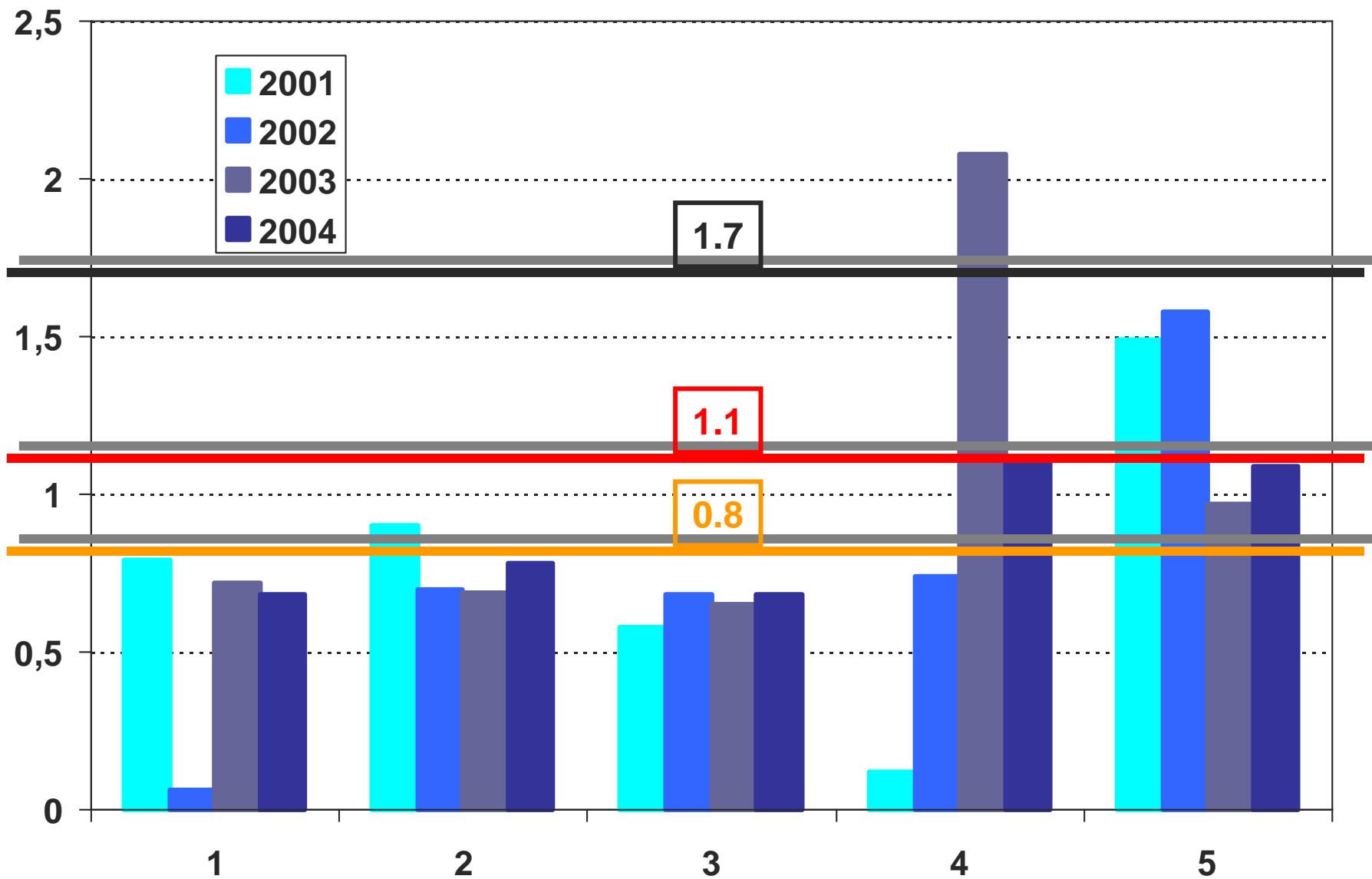
LOC-SSR-SLD-PSY

Incidence des SARM/1000 JH – Données 2004

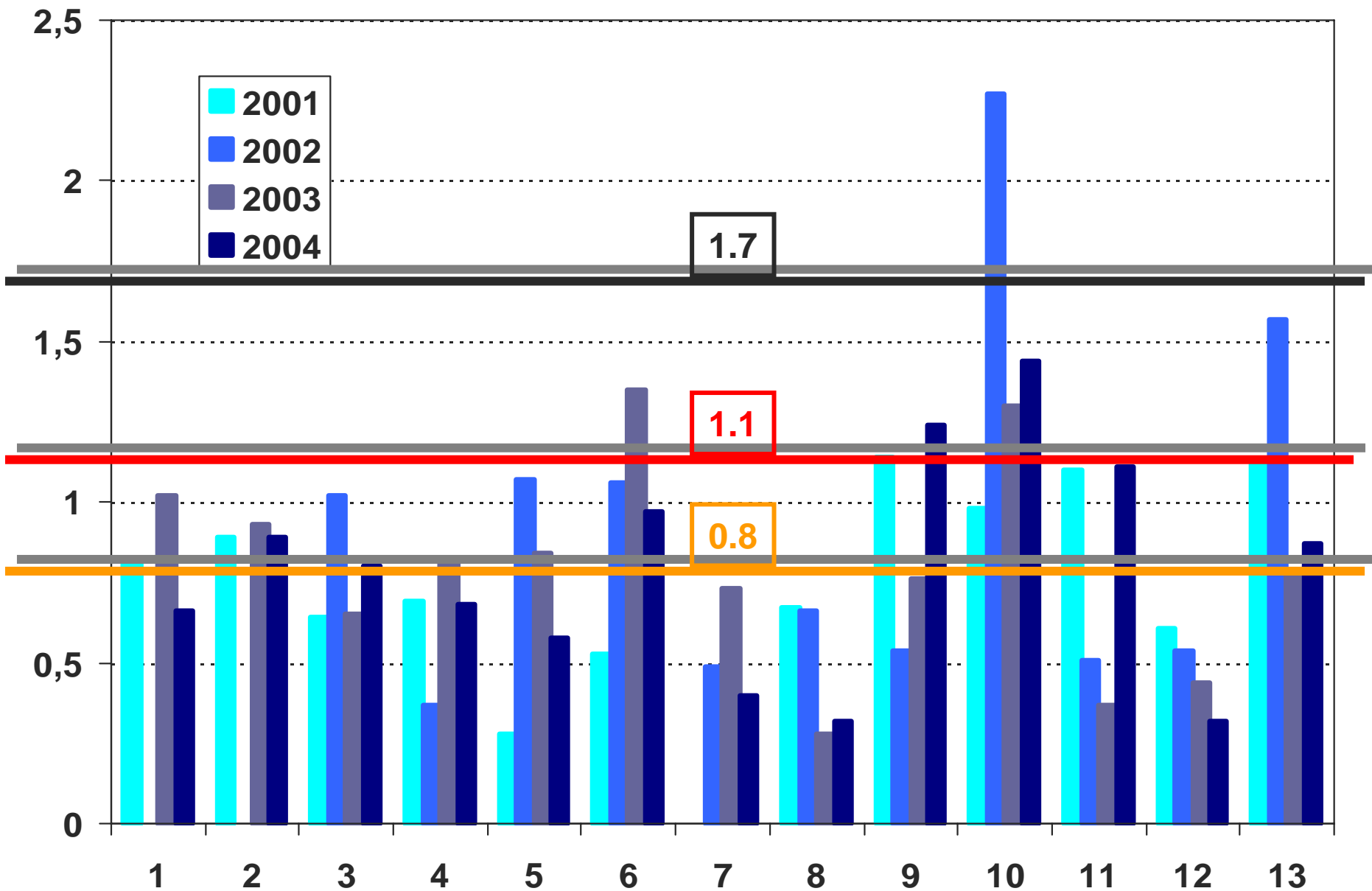
n étab.



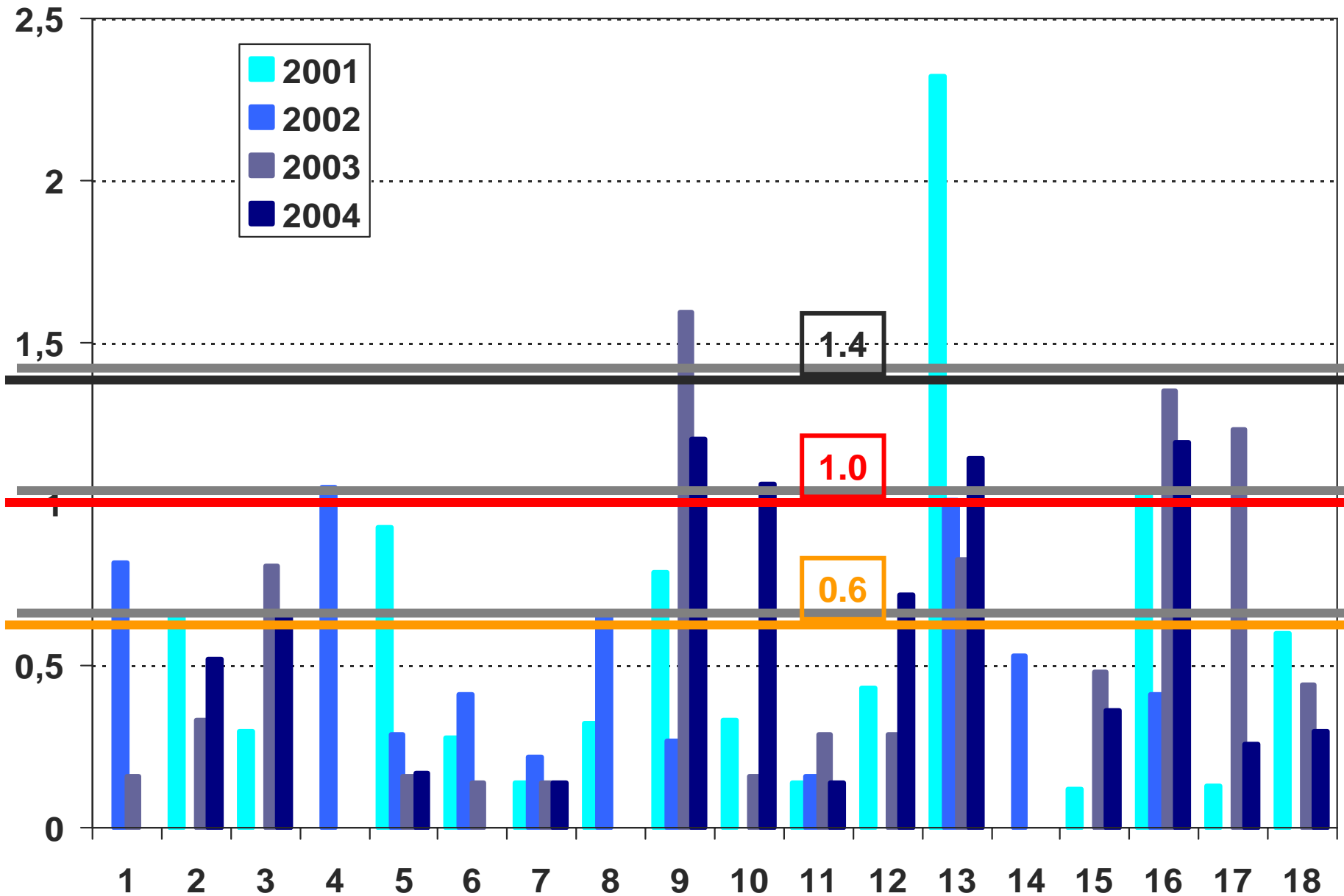
Evolution sur 4 ans du taux de SARM pour les CHU (n=5)



Evolution sur 4 ans du taux de SARM pour les CH < 300 lits (n=13)



Evolution sur 4 ans du taux de SARM pour les SSR-SLD (n=18)



Indicateur = des limites connues

- **pas de prise en compte (interprétation)**
 - ▶ du caractère acquis ou importé des souches
 - ▶ du case-mix
 - durée de séjour, gravité des patients, charge en soins
 - ▶ de la pression de sélection antibiotique
 - ▶ de l'impact en terme de colonisation vs infection

- **finalité**
 - ▶ outil à usage interne de suivi dans le temps
plus qu'outil de comparaison entre établissements

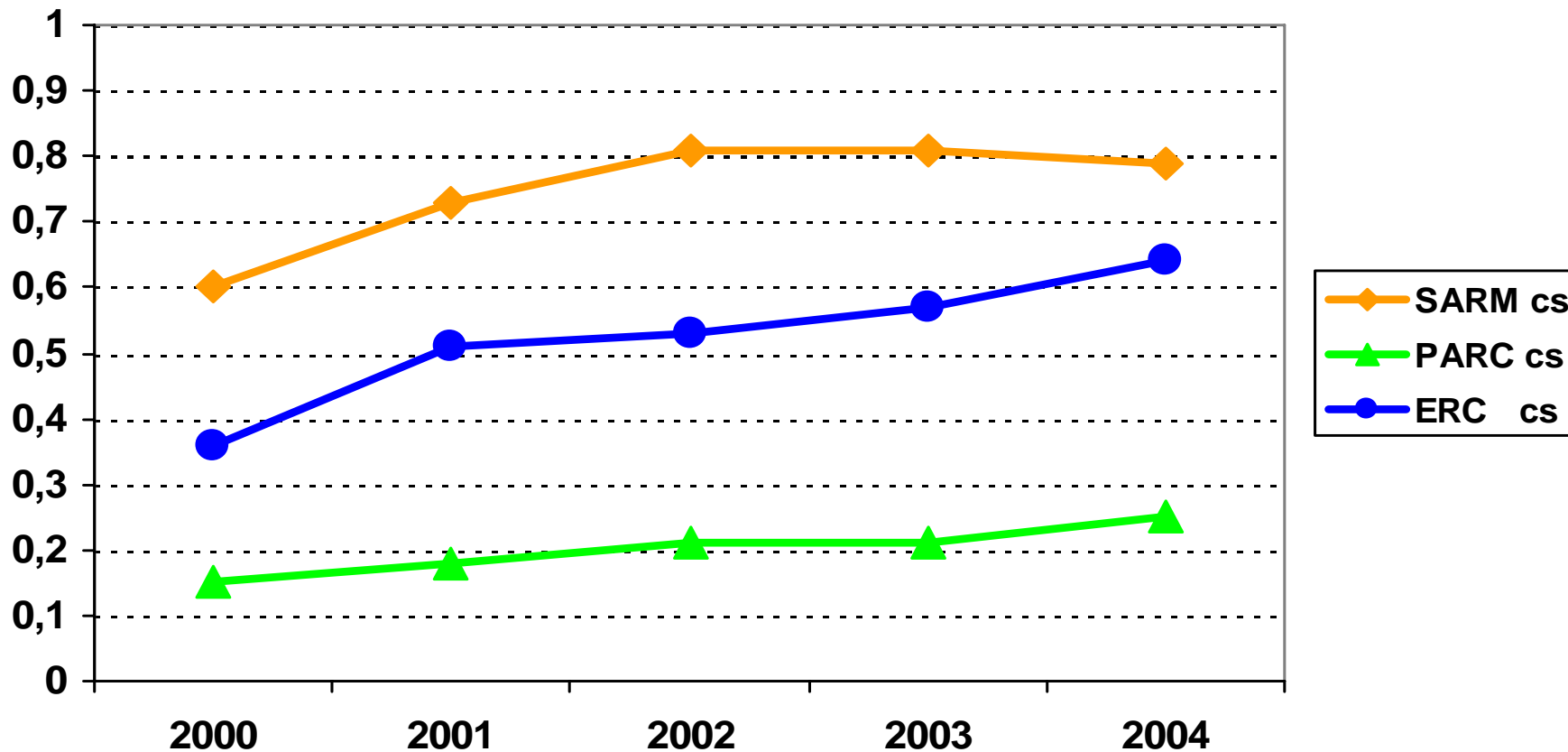
- **nécessité de stratification**
 - ▶ type d'établissement ?
 - ▶ taille d'établissement ?
 - ▶ proportion de court séjour ?

Surveillance = quelle plus-value ?

- **niveau A** = production des différents taux
- **niveau B = meilleur outil pour cibler la prévention**
 - ▶ caractère acquis ou importé des souches
 - 58 % de SARM acquis vs importé (50 % CS vs 71% SSR-SLD)
 - variation de 0 à 100% selon les établissements
 - ▶ délai d'acquisition des cas acquis (méd. 20 j)
 - ▶ répartition par type de prélèvement, par spécialité
 - ▶ impact clinique (37 % colonisation vs 61 % infection)
 - ▶ répartition des sites d'infection
- **suivi d'autres indicateurs**
 - ▶ de transmission croisée entérob. BLSE
 - ▶ de pression de sélection aux antibiotiques entérob. HCASE & PARC

Evolution de 2000 à 2004 par type de séjour de l'incidence des BMR / 1000 JH

Taux BMR / 1000 JH



BMR Sud-Est : tendance similaire parmi la cohorte de 102 étab. ayant surveillé en continu

Dans un avenir proche

- étudier la distribution des établissements sur la **base nationale BMR-RAISIN 2004**
 - ▶ effectifs plus conséquents
 - ▶ validation de seuils nationaux
 - ▶ CHU et PSY à part ?

- prolonger la période de **surveillance sur 1 an** au lieu de 3 mois actuellement dans les réseaux
 - plus grande stabilité des taux
 - moins d'établissements avec une incidence à 0

- décider d'une **méthode identique de dédoublement** pour les 2 démarches indicateur / surveillance
 - 1 SARM / patient / an

Conclusion

- amorcer dès à présent une **politique d'information et de communication** autour de cet indicateur

- **produire l'indicateur sans perdre l'atout de la surveillance en réseau**
 - ▶ BMR Sud-Est dès 2006 (SARM, PARC, ERC)
 - **niveau A sur 1 an (labo)**
 - ✓ permet de produire l'indicateur SARM
 - **niveau B sur 3 mois (labo+clinique)**
 - ✓ décalage en janvier-mars (dédoublonnage)

- **participer à un réseau est déjà un indicateur de qualité en soi ...**