



Discours publics

## **Conférence de presse de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, sur la présentation du Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins (IAS), Paris le 21 janvier 2009.**

**Personnalité, fonction :** BACHELOT-NARQUIN Roselyne.

FRANCE. Ministre de la santé et des sports

Mesdames, Messieurs,

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins doit être poursuivie sans relâche.

Aussi devons-nous à nos concitoyens une évaluation des risques et une transparence totale sur les infections associées aux soins, en particulier sur les infections nosocomiales.

C'est tout le sens des tableaux de bord que nous vous présentons tous les ans : renforcer la sécurité des soins et préserver le lien de confiance qui unit patients et personnels soignants.

Rares sont les pays européens qui ont la même transparence que la France sur ce sujet.

Je tiens à remercier le groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales (GROUPEILIN), les comités de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) et leurs antennes régionales, les ARLIN, les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et, bien entendu, les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (EOHH), qui oeuvrent au quotidien pour améliorer la prévention des infections associées aux soins.

Je voudrais surtout féliciter les personnels soignants et les établissements de santé, puisque

près de 99,5 % d'entre eux ont fourni des données en 2007. Le dispositif, je le sais, repose pour beaucoup sur leur confiance.

Quels sont les résultats cette année ? En une phrase, tous les indicateurs du tableau de bord sont en nette amélioration.

Ces résultats, très satisfaisants, prouvent que nos établissements de santé sont de plus en plus mobilisés dans la lutte contre les infections nosocomiales : pour plus de 85 %, cette implication ressort comme bonne ou très bonne.

La consommation de produits hydro-alcooliques, reflet de l'hygiène des mains, a elle aussi largement progressé : la part des établissements obtenant une bonne ou une très bonne note dans ce domaine est passée de 11 % en 2006 à près de 25 % en 2007. Des progrès sont néanmoins encore indispensables.

C'est pourquoi j'ai souhaité qu'une nouvelle journée « hygiène des mains » ait lieu le 5 mai prochain.

Plus de la moitié des établissements accorde l'importance requise à la question cruciale du bon usage des antibiotiques.

Enfin, près de 85 % des établissements surveillent désormais les infections du site opératoire. Tous indices confondus, la proportion des bons et très bons établissements a ainsi doublé, atteignant désormais les 48 %.

Parce que je souhaite que ces indicateurs soient pleinement adaptés à la situation sanitaire française, j'ai introduit, cette année, un nouvel indice, sur les staphylocoques dorés résistants à la méticilline, les SARM.

Cependant, dans sa forme actuelle, son interprétation est trop complexe, c'est pourquoi j'ai demandé l'élaboration d'un indice d'interprétation plus simple. Pour être tout à fait complète sur les données dont nous disposons, je soulignerai enfin que sur près d'un million d'interventions chirurgicales surveillées, l'incidence globale des infections du site opératoire a diminué de 38 % entre 1999 et 2006. Elle était de 1,54 % en 2006.

Cet engagement de nos établissements a porté ses fruits dès 2006, puisque la prévalence des patients infectés était de 4,97 % dans notre pays, soit une baisse de 12 % par rapport à 2001. Je rappelle que les résultats européens se situent entre 4,9 et 8,5 %.

Cependant, il nous faut aller plus loin et évoluer dans notre approche, pour deux raisons.

Tout d'abord, parce que de nouveaux phénomènes infectieux sont apparus ces dernières années : des épidémies à germe pathogène, comme celle à *Clostridium difficile* qui a touché particulièrement le Nord de la France, et de nouvelles bactéries multirésistantes, par exemple les entérocoques résistant à la vancomycine (ERV) qui provoquent des épidémies localisées. Ensuite, parce que ces nouveaux phénomènes infectieux ne se limitent pas aux seuls établissements de santé. Ils se diffusent en suivant le parcours de soins des patients, marqué par un raccourcissement des durées d'hospitalisation en secteur de soins aigus, le développement des soins et hospitalisations à domicile, des transferts de plus en plus fréquents entre établissements, ainsi que par l'augmentation de la population âgée en maisons de retraite et EHPAD, elle-même liée au vieillissement de la population.

Tous les secteurs de soins sont concernés. Donc, si nous voulons continuer à progresser et faire face à l'évolution des risques, nous devons passer de la prévention des infections nosocomiales à la prévention de l'ensemble des infections associées aux soins (IAS), tout au long du parcours de soins.

C'est pourquoi, j'ai décidé de lancer un Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins (IAS).

Ce plan se structure autour de trois axes :

- . renforcer l'organisation de la prévention des infections associées aux soins ;
- . mieux structurer les actions de prévention dans ce domaine ;
- . agir sur les déterminants du risque infectieux associé aux soins.

Je souhaite mettre l'accent tout particulièrement sur le premier de ces axes, qui a trait aux mesures d'organisation, avec trois objectifs principaux :

- \* un objectif de coordination des actions de prévention des infections associées aux soins entre établissements de santé, établissements médicosociaux et soins de ville ;
  - \* un objectif d'adaptation des modalités d'organisation, des moyens et des actions de prévention, aux particularités des catégories d'établissements, afin de permettre de nouveaux progrès ciblés sur les risques réels associés aux soins ;
  - \* un objectif de mobilisation au niveau de chaque région, sous l'impulsion des agences régionales de santé qui vont être créées par la loi « Hôpital-Patients-Santé-Territoire ».
- C'est en organisant l'action publique au plus près des établissements et des professionnels de santé que les risques inhérents aux soins seront le mieux pris en charge. Je voudrais insister, également, sur la progressivité de ce plan : les actions envisagées ont vocation à se développer sur les quatre années à venir, jusqu'en 2012. Plusieurs années seront, à l'évidence, nécessaires pour approcher dans le secteur médico-social et les soins de ville la qualité d'organisation et les résultats atteints depuis plus de dix ans par les établissements

de santé. Ma responsabilité, c'est d'engager un mouvement en profondeur et dans la durée, afin que la lutte contre les infections associées aux soins s'étende et se renforce chaque jour, pour assurer au mieux la qualité des soins et la sécurité des patients. L'une des conditions de réussite de l'élargissement de la lutte contre les infections associées aux soins est de continuer à progresser dans les établissements de santé, tout en faisant bénéficier les autres secteurs de l'expérience accumulée et des compétences existantes. Ces compétences sont réelles, tant au sein de ces établissements que dans tout le dispositif d'expertise en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Le secteur des établissements de santé est ainsi, tout naturellement, le premier à se doter d'une déclinaison opérationnelle du plan stratégique, adaptée à ses spécificités. Il s'agit du « Programme national 2009-2012 de prévention des IAS en établissements de santé » qui propose, pour cette période, les actions prioritaires et des objectifs quantifiés à atteindre par les établissements de santé. Ce programme prend la suite du programme 2005-2008 qui a en grande partie atteint ses objectifs. Il est organisé autour de six orientations nationales, avec des déclinaisons régionales et locales pour les établissements de santé, et des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit de promouvoir une culture partagée de qualité et de sécurité des soins, d'optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance, d'anticiper et de détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique. Il faut également maintenir l'usager au centre du dispositif, améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections associées aux soins et promouvoir la recherche sur les infections associées aux soins.

Les indicateurs de résultats seront, à côté des indicateurs de moyens, de plus en plus utilisés pour compléter nos actions et améliorer l'organisation des établissements de santé.

Un programme national d'action pour la maîtrise des bactéries multi-résistantes (BMR) complètera ce dispositif.

Cette expertise acquise dans le domaine des infections doit nous servir de modèle pour renforcer, plus généralement, la sécurité des patients dans nos établissements.

Au-delà des infections nosocomiales, j'entends mettre en place dès cette année de nouveaux indicateurs, accessibles au grand public, qui permettront d'appréhender au mieux la qualité et la sécurité de notre système hospitalier.

Je présenterai dès le mois de mars prochain une dizaine d'indicateurs nationaux portant sur la qualité et la sécurité de la prise en charge dans les établissements de santé.

Je prévois également des statistiques nationales au mois de juin sur la sécurité des malades en établissement de santé. Il ne s'agit pas de faire un classement, mais de développer des

outils pour améliorer les pratiques.

Parallèlement, nous poursuivons notre travail d'expertise sur les indicateurs de mortalité, qui devraient être disponibles dès le début de l'année prochaine.

J'ai enfin souhaité créer, dès le mois d'octobre dernier, une commission spécialisée au sein du Haut conseil de la santé publique, consacrée à la sécurité des patients. Les experts de la lutte contre les infections associées aux soins y auront toute leur place.

Les établissements doivent s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Je souhaite que, dans chaque hôpital, la commission médicale d'établissement prenne la responsabilité de définir cette politique, dont la mise en oeuvre sera évaluée lors de la certification de ces établissements.

Cela suppose que chacun des professionnels s'approprie les indicateurs que nous allons diffuser, les utilise pour suivre ses progrès et, s'il y a lieu, pour comparer ses résultats avec ceux des établissements du même type.

Vous l'aurez compris, je veux sortir encore davantage de la culture du secret et faire accepter celle de l'évaluation. Cela signifie, bien entendu, que les professionnels doivent être soutenus dans cette démarche de suivi et d'évaluation des événements indésirables.

Ils doivent se sentir accompagnés dans leurs efforts, parce qu'il est bien naturel de progresser sans cesse. Alors que la Commission européenne vient de diffuser une proposition de recommandation relative à la sécurité des patients et à la qualité des services de santé, la France confirme, par tous ses engagements, son rôle d'avant-garde dans la sécurité des soins, notamment pour la prévention des infections associées aux soins.

J'aurai le plaisir de vous en reparler en 2009, puisque l'amélioration du recueil des données nous permettra de vous donner avant la fin de l'année les résultats du tableau de bord 2008 des infections nosocomiales.

Je vous remercie.

Source <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr>, le 22 janvier 2009