

Université Clermont Auvergne
Faculté de Médecine

Impact, à moyen terme, de l'épidémie de Covid-19 sur les
pratiques en hygiène en médecine ambulatoire en Auvergne-
Rhône-Alpes.

Par le Dr Lair Julie

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

DIPLOME D'UNIVERSITE
D'HYGIENE HOSPITALIERE ET DE PREVENTION
DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Année 2019-2020

Sommaire

Résumé	4
Introduction	5
Précautions standard : définition, émergence, évolution	5
Infections associées aux soins	6
Non connaissance des Précautions Standard, application difficile en ambulatoire.....	7
Emergence de pathogènes et évolution des pratiques	7
Matériel et Méthode	9
Population de l'étude et mode de recrutement	9
Recueil des données.....	9
Analyse des données, méthode	9
Résultats	12
Echantillon.....	12
Amélioration des connaissances en hygiène grâce au Covid-19	14
Progression des pratiques d'hygiène en cabinet de médecine générale à l'avenir et adaptation au risque saisonnier	15
Formation suffisante en hygiène et volonté d'en apprendre plus	16
Volonté de travailler avec le CPias malgré la méconnaissance de leurs missions	18
Facteurs influençant les pratiques d'hygiène en médecine ambulatoire en ARA, suite à l'épidémie de Covid-19	19
Discussion Conclusion	26
Analyse des résultats	26
Forces et limites.....	27
Forces	27
Limites	28
Perspectives	29

Soutien du CPias aux généralistes	29
Etudier la possibilité de créer d'autres moyens de support.....	29
Perspectives d'études	29
Bibliographie.....	31
Annexe	33
Questionnaire envoyé par l'URPS.....	33

Résumé

Introduction : L'émergence de nouveaux pathogènes peut amener à de nouvelles recommandations en hygiène et à faire évoluer les pratiques quotidiennes.

Objectif : Evaluer l'impact, à moyen terme, de l'épidémie de Covid-19 sur les pratiques en hygiène en médecine ambulatoire en Auvergne-Rhône-Alpes.

Méthode : Etude descriptive et étiologique concernant les médecins généralistes qui ont été recrutés via un questionnaire relayé par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Auvergne-Rhône-Alpes sur la période du 27 mai au 17 juillet 2020. Une analyse univariée puis multivariée ont été réalisées.

Résultats : 320 médecins ont répondu. La moitié ont le sentiment d'avoir amélioré leurs connaissances en hygiène grâce au Covid-19. 88% pensent que l'épidémie va faire évoluer leurs pratiques d'hygiène au quotidien. Les facteurs influençant cette progression sont le « sentiment d'avoir amélioré les connaissances en hygiène du fait de l'épidémie » (OR ajusté = 6,16 (IC 95 % [2,51; 15,15], $p < 0,0001$), le « Changement de pratiques d'hygiène en fonction du risque infectieux saisonnier » (OR ajusté = 3,15 (IC 95 % [1,45; 6,85], $p = 0,004$), le « Sentiment d'être formé en hygiène » (OR ajusté = 7,33 (IC 95 % [1,63; 32,9], $p = 0,009$) et l'« Intérêt pour travailler avec le CPias » (OR ajusté = 2,63 (IC 95 % [1,16; 5,96], $p = 0,02$).

Conclusion : L'épidémie impose une formation accélérée en hygiène à l'origine d'une prise de conscience dans la nécessité de faire évoluer les pratiques en hygiène au quotidien. Les facteurs socio-démographiques, notamment l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, ne sont pas des facteurs influençant cette évolution.

Introduction

Précautions standard : définition, émergence, évolution

Les précautions standard correspondent à un ensemble de mesures d'hygiène de base. Socle de la prévention de la transmission croisée des micro-organismes entre soignants, patients et environnement, elles regroupent aujourd'hui différents thèmes : l'hygiène des mains, les équipements de protection individuelle, l'hygiène respiratoire, la gestion des excréta, la gestion de l'environnement et la prévention des accidents d'exposition au sang ou à tout autre produit biologique d'origine humaine.

Les premières « précautions standard » naissent dans les années 80 aux Etats-Unis alors que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) émerge et se propage. Initialement appelées « Universal Precautions », car tout patient pouvait être potentiellement infecté, elles visaient à protéger les professionnels de santé du VIH lors des accidents d'exposition au sang (1, 2). En France, elles prennent le nom de « Mesures d'Hygiène Universelles » (MHU) en 1989 (3). Elles connaissent ensuite deux évolutions majeures. La première à la fin des années 90 : les MHU évoluent et deviennent les « Précautions Standard » en s'élargissant à tous les gestes avec risque d'exposition à tout produit biologique d'origine humaine (4). Elles concernent alors la limitation de transmission d'agents infectieux des patients aux professionnels, mais aussi des professionnels aux patients et entre patients que ce soit de façon directe ou indirecte via l'environnement. La notion d'hygiène respiratoire, qui correspond au « port du masque par toute personne présentant des symptômes respiratoires supposés d'origine infectieuse, l'utilisation d'un mouchoir à usage unique pour tousser et éternuer, et la réalisation d'une hygiène des mains après contact avec des sécrétions respiratoires », introduite en 2007 par le Center For Disease Control and Prevention américain, constitue la deuxième évolution majeure des Précautions Standard (5).

En vingt ans environ, les précautions standard se sont progressivement généralisées : à des pathogènes ayant différents modes de transmission (sanguine, puis tout liquide biologique et sécrétions respiratoires), à toute personne (professionnels, patients, visiteurs), à tout soin et finalement à tout lieu, y compris en médecine de ville (1, 6).

Infections associées aux soins

Les infections ont longtemps été catégorisées selon deux types, en fonction du lieu de contamination : les infections communautaires acquises en dehors d'un établissement de santé et les infections nosocomiales acquises en établissement de santé. La multiplication des lieux de soins et des intervenants rend le parcours de soins complexe et plus à risque d'infections secondaires. C'est dans ce contexte qu'apparaît en 2007 la notion d'infection associée aux soins (IAS) (7). En effet, cette notion continue à prendre en compte le risque de transmission possible d'un agent pathogène dans un établissement de santé (elle englobe donc les infections nosocomiales) et intègre le risque d'être contaminé lors d'un soin, quel qu'il soit, en dehors d'un établissement de santé ; en établissement médico-social ou en cabinet médical/paramédical libéral. Le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins, en partenariat avec le ministère de la santé, définit une infection comme étant associée aux soins « si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Lorsque que l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une IAS » (7).

Cette nouvelle définition devient donc indépendante du lieu de soins et concernent les patients, malades ou non, mais aussi les professionnels de santé et les visiteurs. Toutefois, elle est peu connue des professionnels de santé libéraux ou salariés d'établissements médico-sociaux ou encore des usagers du système de santé.

La fréquence des IAS de ville en France reste méconnue. Santé Publique France a pour mission la surveillance des infections en établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville sur le territoire français. Malheureusement, seuls des résultats concernant les établissements de santé ou les EHPAD sont disponibles. Par ailleurs, il est fort probable que les chiffres qui pourraient être à disposition soient sous-estimés, d'une part car la définition des IAS est méconnue ; d'autre part car il est souvent difficile d'établir un lien de plausibilité entre une consultation dans un cabinet ou un soin à domicile et une infection survenant à posteriori (8, 9).

Non connaissance des Précautions Standard, application difficile en ambulatoire

Plusieurs études montrent que les médecins connaissent peu les différentes recommandations en hygiène émises successivement par l’HAS en 2007 ou par la SF2H en 2017. Deux thèses en médecine générale, toutes deux réalisées en 2013, indiquent que seuls 36 à 40.5% des médecins généralistes libéraux interrogés connaissent l’existence des recommandations de bonne pratique en hygiène de l’HAS de 2007 (10, 11). La grande majorité des médecins libéraux jugent qu’il y a un décalage trop important entre leurs pratiques quotidiennes et les recommandations émises en hygiène (10,12). Ce décalage est un obstacle supplémentaire à la mise en œuvre de ces recommandations qui se surajoute aux freins déjà cités par les médecins libéraux : manque de temps, perception des recommandations comme des contraintes compliquées, difficulté à changer les habitudes, coût que les changements de pratiques peuvent impliquer puis le manque de formations/connaissance (10, 11).

D’une façon générale, la formation en hygiène qu’elle soit initiale ou continue est décrite comme insuffisante (9, 10, 11, 12). Au-delà de la non-connaissance des règles d’hygiène de base, la majorité des médecins libéraux sous-estiment le risque infectieux, aussi bien en médecine générale qu’en médecine spécialisée (9, 10).

Emergence de pathogènes et évolution des pratiques

Comme nous l’avons déjà vu, les épidémies peuvent impulser des changements dans la perception du risque infectieux et être à l’origine de nouvelles règles d’hygiène, comme cela a été le cas pour le VIH et les précautions standard. D’autres épidémies sont témoins de ces changements. Les épidémies de grippe A/H1N1 et surtout de SRAS dans les années 2000 ont incité à faire évoluer les précautions standard en y intégrant des mesures de protection vis-à-vis du risque infectieux respiratoire et en développant les précautions complémentaires type « gouttelettes » ou « air » (5, 8, 13).

Les épidémies impulsent-elles aussi un changement dans les pratiques en hygiène des professionnels de santé ? Plusieurs études se sont penchées sur la question, notamment concernant les médecins généralistes lors d’épidémies émergentes telles que le SRAS et la grippe A/H1N1. Elles montrent d’une façon générale que les changements dans la pratique

sont inconstants. Certains médecins ont essayé ou prévoyaient de bien utiliser les équipements de protection individuel, de modifier leurs plages de consultations, d'isoler les cas suspects. D'autres n'ont quasiment rien changé à leurs pratiques habituelles (8, 14,15, 16). La variable qui semble principalement expliquer cette disparité est la présence plus ou moins importante du pathogène sur le territoire (15, 16). En effet, les pays les plus touchés comme les pays d'Asie ou l'Australie, semblent avoir adhéré de façon plus importante aux mesures de protection personnelle lors de l'épidémie de grippe A/H1N1, par rapport aux médecins généralistes français ou Canadiens (15, 16). La culture du port du masque est également mise en avant pour expliquer cette divergence entre pays asiatiques et français/canadien.

En 2020, l'épidémie de Covid-19 a remis en avant en France de nombreuses règles d'hygiène et a incité de nombreux médecins généralistes à adapter leurs pratiques d'hygiène au quotidien. C'est pourquoi nous avons souhaité évaluer l'impact, à moyen terme, que pourrait avoir l'épidémie de Covid-19 sur l'hygiène standard en médecine ambulatoire en Auvergne-Rhône-Alpes (ARA). Nous avons également cherché à identifier les facteurs qui influencent ou qui pourraient influencer les pratiques d'hygiène standard en médecine ambulatoire en ARA. Le troisième objectif est d'évaluer les besoins en formation des médecins généralistes Auverhonalpins.

Matériel et Méthode

Population de l'étude et mode de recrutement

Cette étude descriptive et étiologique concerne l'ensemble des médecins généralistes exerçant en région Auvergne-Rhône-Alpes. Ont été exclus les médecins généralistes ayant un mode d'exercice particulier exclusif, par exemple homéopathie, acupuncture, phytothérapie, etc...

Le recrutement s'est fait avec l'aide de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux d'Auvergne-Rhône-Alpes (URPS ARA) qui a relayé par mail, sur la période allant du 27 mai au 17 juillet 2020, un questionnaire préalablement établi par l'équipe de recherche. Une relance a eu lieu au milieu de la période de recrutement pour optimiser le nombre de retours.

Les médecins recrutés correspondent aux médecins généralistes, répertoriés par l'URPS ARA et ayant une adresse mail, qui ont répondu au questionnaire sur la période donnée.

Recueil des données

Le questionnaire a été rédigé sur la base des recommandations sur les précautions standard, à l'aide de la bibliographie et de l'expérience des chercheurs dont des professionnels du Centre régional d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins Auvergne-Rhône-Alpes (CPias ARA) (1, 16). Après un test sur un panel de quatre médecins généralistes, le questionnaire a été reformulé pour s'adapter aux réactions obtenues. Une fois validé, le questionnaire anonyme a été mis en page sur un lien informatique. Un texte explicatif accompagnait le questionnaire afin de présenter l'étude et ses objectifs aux médecins.

Le questionnaire définitif se trouve en Annexe 1.

Analyse des données, méthode

Il a été choisi de réaliser une étude descriptive qui permet de connaître la fréquence et la répartition de facteurs influençant ou qui pourraient influencer, suite à l'épidémie de Covid-

19, les pratiques d'hygiène standard en médecine ambulatoire en ARA. Cette analyse a donné une première idée de l'association des variables explicatives avec la variable d'intérêt.

Les variables qualitatives ont été testées en utilisant le test du Khi-2 (χ^2) qui permet de vérifier l'absence de lien statistique entre deux variables X et Y.

Pour identifier les facteurs influençant l'évolution des pratiques d'hygiène standard en médecine ambulatoire en ARA suite à l'épidémie de Covid-19, une analyse par régression logistique a été effectuée. Nous avons donc cherché à prédire correctement les valeurs de différentes variables pour connaître leur impact sur le changement des pratiques d'hygiène. Ces valeurs peuvent prendre deux modalités : oui « changement des pratiques d'hygiène » ou non « pas de changement des pratiques d'hygiène ».

Une analyse univariée a d'abord été réalisée. L'association d'une variable explicative avec la variable dépendante (« changement des pratiques d'hygiène » ou « pas de changement des pratiques d'hygiène »), sans se soucier des effets des autres variables ou des facteurs de confusion et d'interaction, a été testée. La régression logistique propose des outils qui permettent d'interpréter les résultats sous forme de risques, de chances, de rapports de chances ou d'odds ratios (OR).

Une analyse multivariée a ensuite été réalisée. Pour cela, deux catégories de variables explicatives ont été incluses dans le modèle de départ : celles pour lesquelles l'association avec la variable dépendante est suffisamment forte avec une p-value inférieure ou égale à 0,05 (et non fortement corrélés les unes avec les autres), mais aussi celles avec une p-value inférieure ou égale à 0,20. Pour cette partie de l'étude, la méthode de régression logistique automatisée avec la méthode STEPWISE a été utilisée. Les résultats obtenus ont été présentés sous la forme d'OR dit OR ajustés (ORa) et de leur IC à 95%. Les rapports de cote correspondent au nombre de fois d'appartenance à un groupe lorsque la valeur du prédicteur augmente de 1. Plus précisément, un rapport de cote plus grand que 1 indique une augmentation des chances (ou de risque) de l'implication des médecins à faire évoluer leurs pratiques d'hygiène au quotidien suite à l'épidémie Covid-19, tandis qu'un rapport de cote de moins de 1 diminue les probabilités d'appartenance à ce groupe.

Les tests standard des paramètres du modèle logistique ont été réalisés (test chi carré, test de Wald, maximale likelihood ratio). Une question cruciale est de pouvoir déterminer si le modèle obtenu est « intéressant » ou non. Pour cela, les pseudo- R^2 ont été utilisés afin de vérifier si notre modèle fait mieux que le modèle initial.

Une fois qu'un modèle de prédiction est construit, il faut en évaluer l'efficacité. Pour ce faire, le test de Hosmer-Lemeshow, méthode d'évaluation externe, basée sur les prédictions et/ou les probabilités a posteriori fournies par le classifieur, a été choisi. La courbe ROC (Receiver Operating Curve), méthode graphique permettant d'afficher l'exactitude discriminatoire d'un test pour distinguer deux populations, a été matérialisée. L'information contenue dans la courbe ROC est « résumée » en un indice : l'aire sous la courbe c . L'aire sous la courbe permet d'évaluer l'intérêt d'un test. Différents scores sont distingués : les scores d'apport nul ($c = 0,5$), peu informatifs ($0,5 \leq c < 0,7$), moyennement informatifs ($0,7 \leq c < 0,9$), très informatifs ($0,9 \leq c < 1$) et parfaits ($c = 1$). Ainsi nous avons donné la statistique c de notre modèle, accompagné de son IC 95 %.

Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Résultats

Echantillon

A la fin de la période prédéfinie, 320 médecins avaient répondu au questionnaire, soit 5,63 % des médecins sollicités. Près des trois quarts sont installés dans l'ex-région Rhône-Alpes. Le Puy de Dôme est le département où la participation au questionnaire a été la plus importante, avec 7,73 % des médecins sollicités, avant la Savoie (7,44 %) et le Rhône (6,52 %) (*tableau 1*).

Trois cent dix-sept médecins répondants sont généralistes dont six déclarent exercer en parallèle une activité plus spécialisée, principalement de la gériatrie. Trois médecins sont des spécialistes : deux sont gynécologues, un médecin du sport/homéopathe.

L'âge médian est de 43 ans. La majorité des médecins ayant répondu sont des femmes, de moins de 40 ans qui exercent en maison de santé pluridisciplinaire, en milieu urbain, dans le Rhône (*tableau 1, figures 1 et 2*).

Tableau 1 : répartition des médecins par département.

Département	Base répondants		Base region URPS	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Ain	21	6,65	340	6,17
Allier	11	3,43	238	4,62
Ardèche	7	2,18	212	3,30
Cantal	5	1,56	111	4,50
Drôme	18	5,62	355	5,07
Isère	46	14,37	999	4,60
Loire	26	8,12	519	5,00
Haute Loire	12	3,75	187	6,41
Puy-de-Dôme	41	12,81	530	7,73
Rhône	86	26,87	1318	6,52
Savoie	21	6,56	349	7,44
Haute Savoie	26	8,12	521	4,79
Total	320	100,00	5679	5,63

Figure 1 : Répartition des médecins répondants par lieux d'exercice. (SEMI = semi-rural)

Caractéristiques des répondants
Répartition des lieux d'exercice

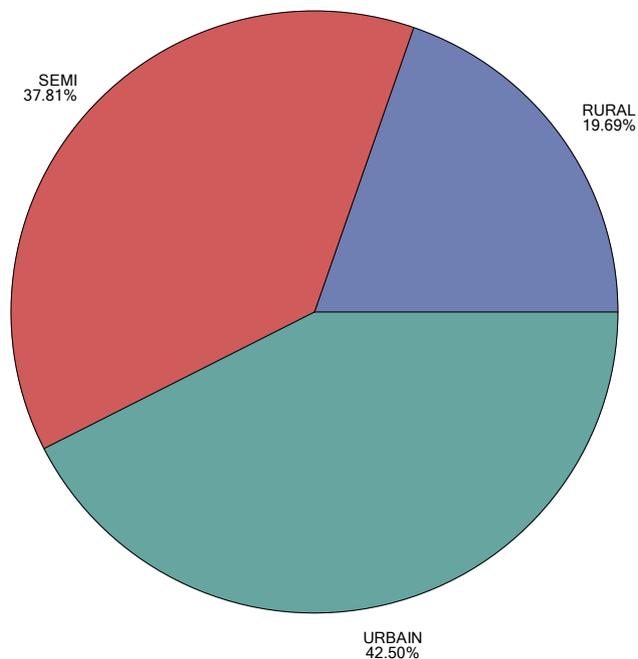
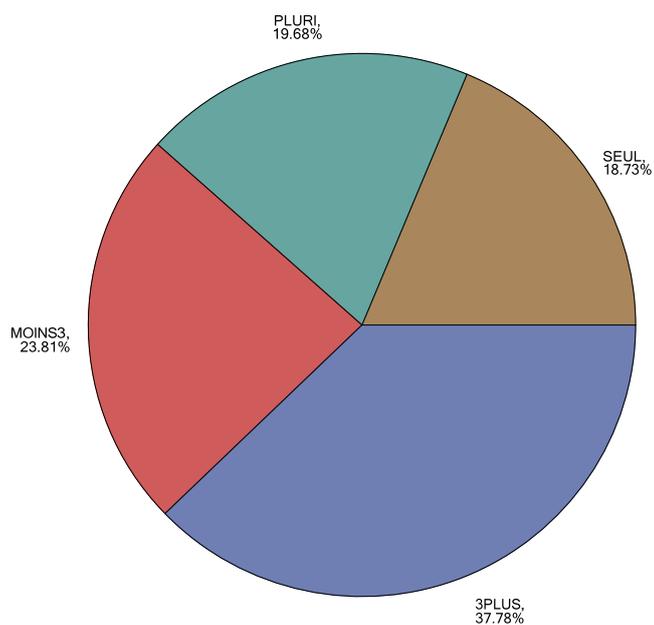


Figure 2 : Répartition des médecins selon leur condition d'exercice. (Seul= exercice seul, PLURI = Maison de santé pluridisciplinaire, MOINS3 =moins de 3 médecins hors MSP, 3PLUS = plus de 3 médecins hors MSP).

Répartition des conditions d'exercice



Concernant la formation en hygiène, 50, 62 % des médecins ont bénéficié d'une formation initiale, 43 % d'aucune formation. 3,75 % n'ont bénéficié que d'une formation continue, correspondant le plus souvent à une formation DPC ou non ou à une formation en lien avec les hôpitaux locaux (Hospices Civils de Lyon, Equipe Mobile d'Hygiène, Réseau Inter-Hospitalier pour la Prévention des Infections Nosocomiales - RIPIN - de Grenoble). Cinq médecins, soit 1,56 %, déclarent avoir suivi une formation initiale et continue, précisant que la formation continue correspondait soit à une FMC proposée par MG Form, par le Fond d'Assurance Formation (FAF) ou lors d'un Enseignement Post-Universitaire (EPU).

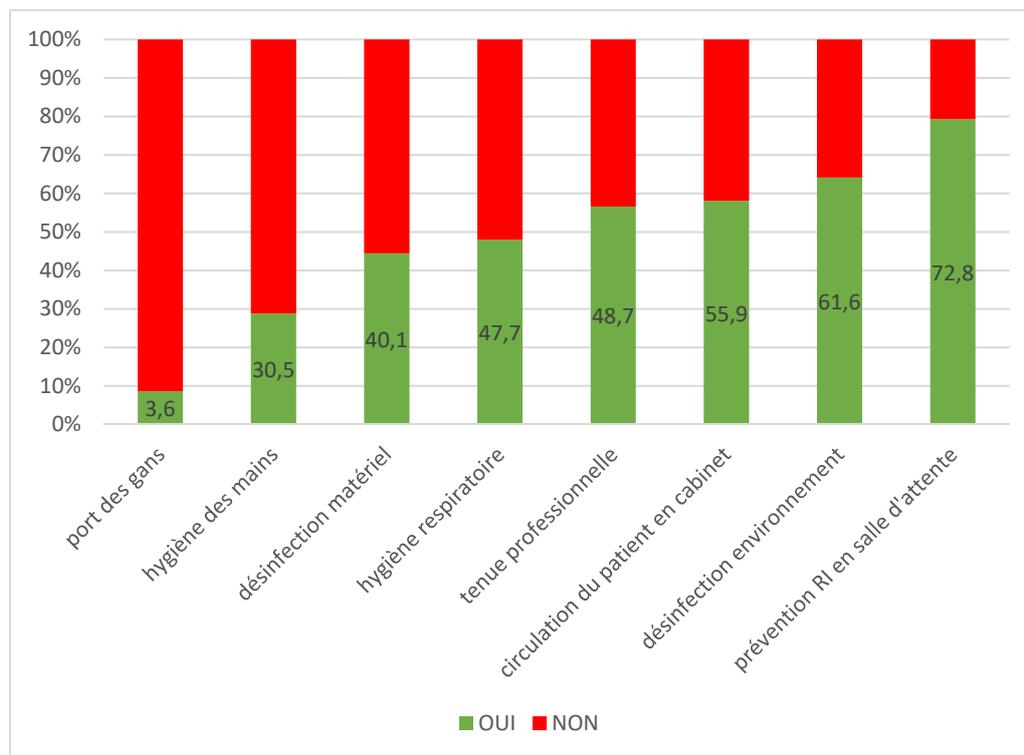
Amélioration des connaissances en hygiène grâce au Covid-19

Plus de la moitié des médecins ont le sentiment d'avoir amélioré leurs connaissances en hygiène du fait de l'épidémie. Parmi eux, près des trois-quarts ont acquis des connaissances sur la prévention du risque infectieux en salle d'attente. La majorité des médecins ont progressé sur la désinfection de l'environnement, l'organisation de la circulation des patients au cabinet (*figure 3*).

Les connaissances concernant le port des gants et l'hygiène des mains ont peu évolué.

Certains précisent qu'ils ont aussi appris à limiter le serrage des mains, à mettre à disposition des patients du gel hydroalcoolique ou à prendre plus de précautions lors des visites à domicile.

Figure 3 : Amélioration des connaissances en hygiène du fait de l'épidémie Covid-19.



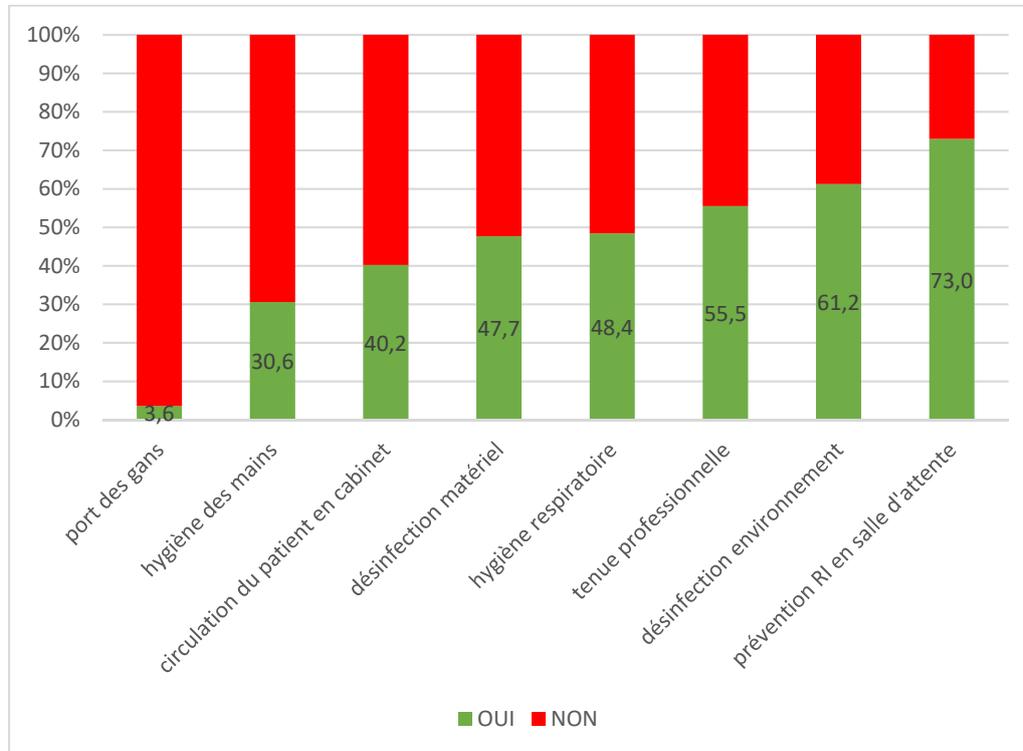
Progression des pratiques d'hygiène en cabinet de médecine générale à l'avenir et adaptation au risque saisonnier

Près de 88 % des médecins ayant répondu pensent que l'épidémie de Covid-19 va faire évoluer leurs pratiques d'hygiène au quotidien. Plus de la moitié va améliorer la prévention du risque infectieux en salle d'attente, la désinfection de l'environnement et corriger sa tenue professionnelle. Le port des gants et l'hygiène des mains ne sont pas des pratiques qui tendent à évoluer dans le futur proche (*figure 4*).

Quelques médecins rajoutent qu'ils vont arrêter de serrer les mains de leurs patients, leur mettre à disposition du gel hydroalcoolique et optimiser le port du masque. Un médecin précise qu'il a l'intention de former le personnel dédié à l'entretien des locaux.

Les trois quarts des médecins rapportent qu'ils moduleront certaines pratiques d'hygiène selon le risque infectieux inhérent à chaque saison.

Figure 4 : Perspectives d'évolution des pratiques d'hygiène au quotidien à l'avenir.



Formation suffisante en hygiène et volonté d'en apprendre plus

65 % des médecins se sentent suffisamment formés en hygiène. 15 % ne souhaitent aucune formation.

Parmi les autres médecins, les thèmes les plus plébiscités pour des formations sont le contrôle des pathogènes émergents, l'entretien de l'environnement, le contrôle de la dissémination des BMR/BHRe et la maîtrise des modes de transmission gouttelettes/contact/air. L'hygiène des mains est la thématique la moins sollicitée (*figure 5*).

Certains médecins ont ajouté qu'ils souhaiteraient une formation sur la désinfection du matériel.

Parmi les différents types de formations/informations suggérées, les médecins privilégient l'envoi de recommandations comme support assez loin devant les formations médicales

continues type DPC, qu'elles soient en e-learning ou en présentiels. Les rencontres personnalisées avec un professionnel hygiéniste sont plébiscitées par 17 % des médecins (figure 6).

Quelques-uns ont suggéré l'organisation de groupe de pairs ou d'enseignement post-universitaire sur le sujet. D'autres incitent à la création d'un site type antibioclac ou d'un numéro de téléphone « d'accès rapide ».

Figure 5 : Domaines de formation ou informations souhaités.

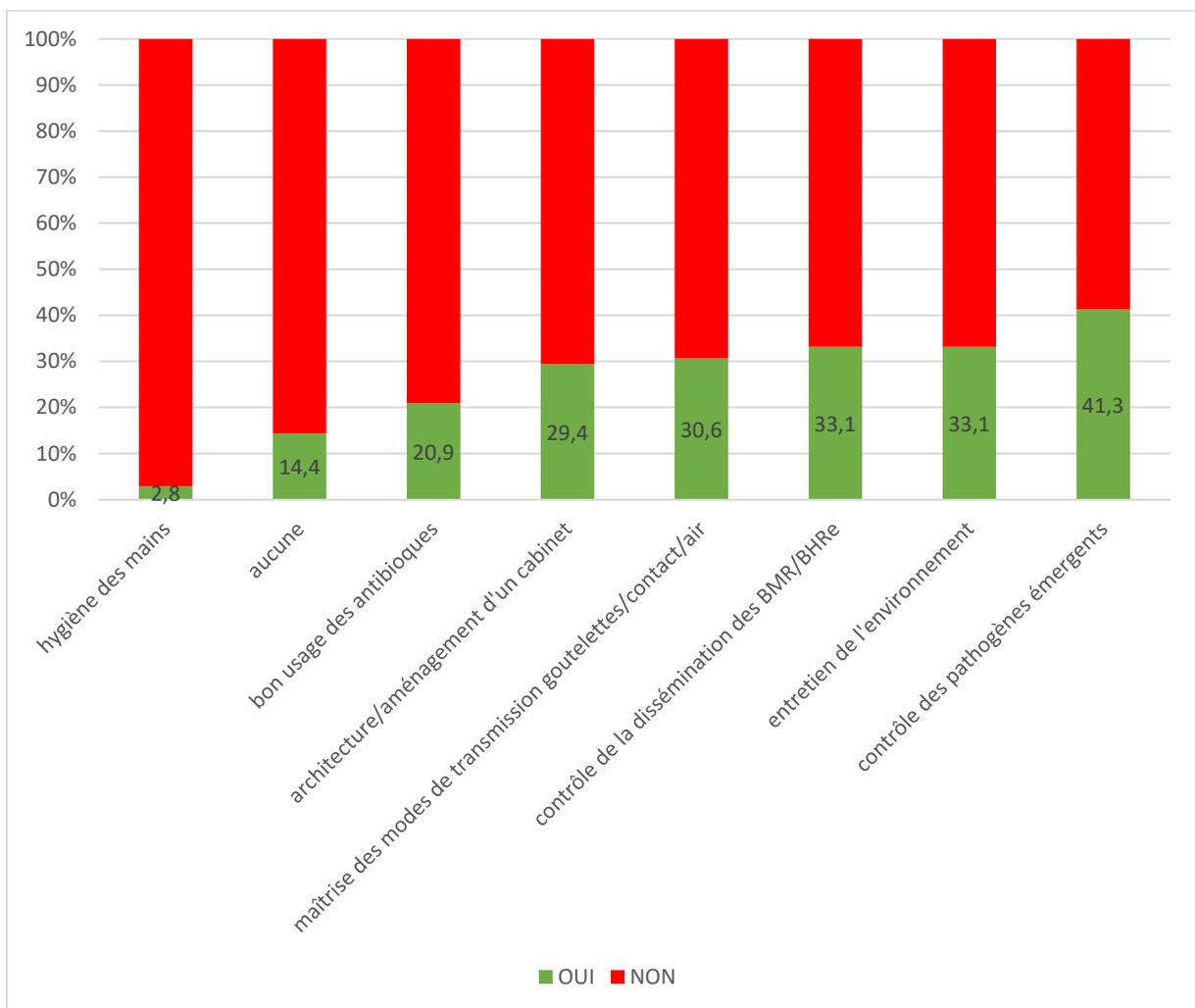
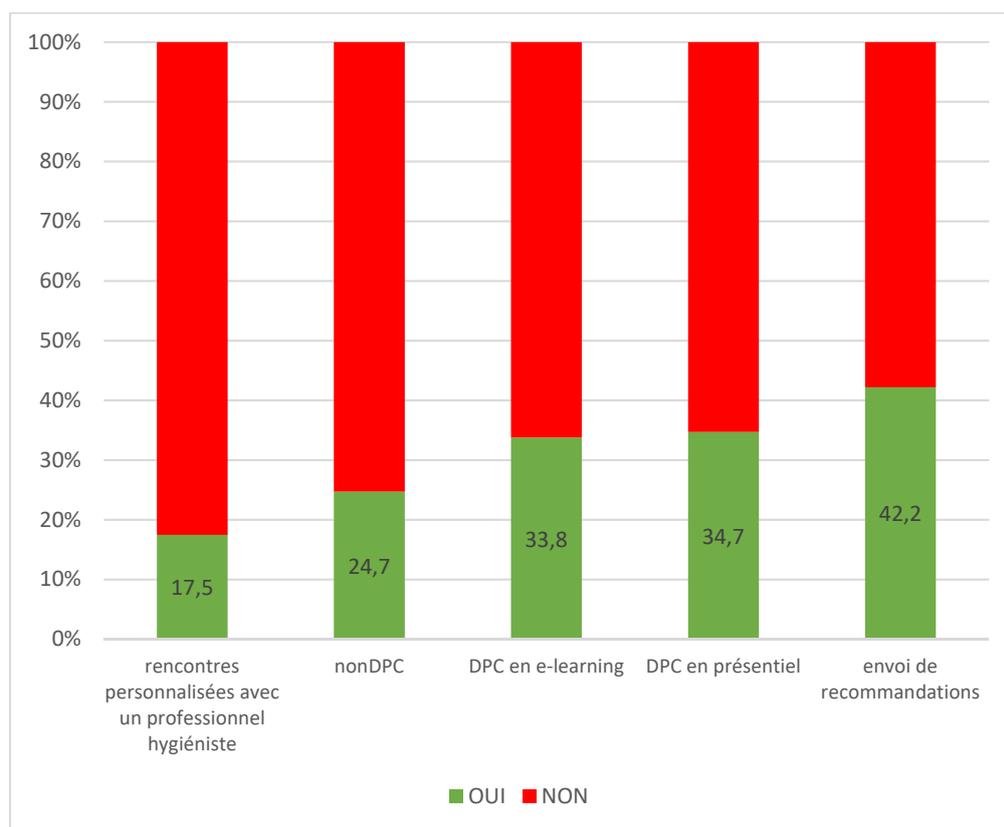


Figure 6 : Types de formations souhaitées.



Volonté de travailler avec le CPias malgré la méconnaissance de leurs missions

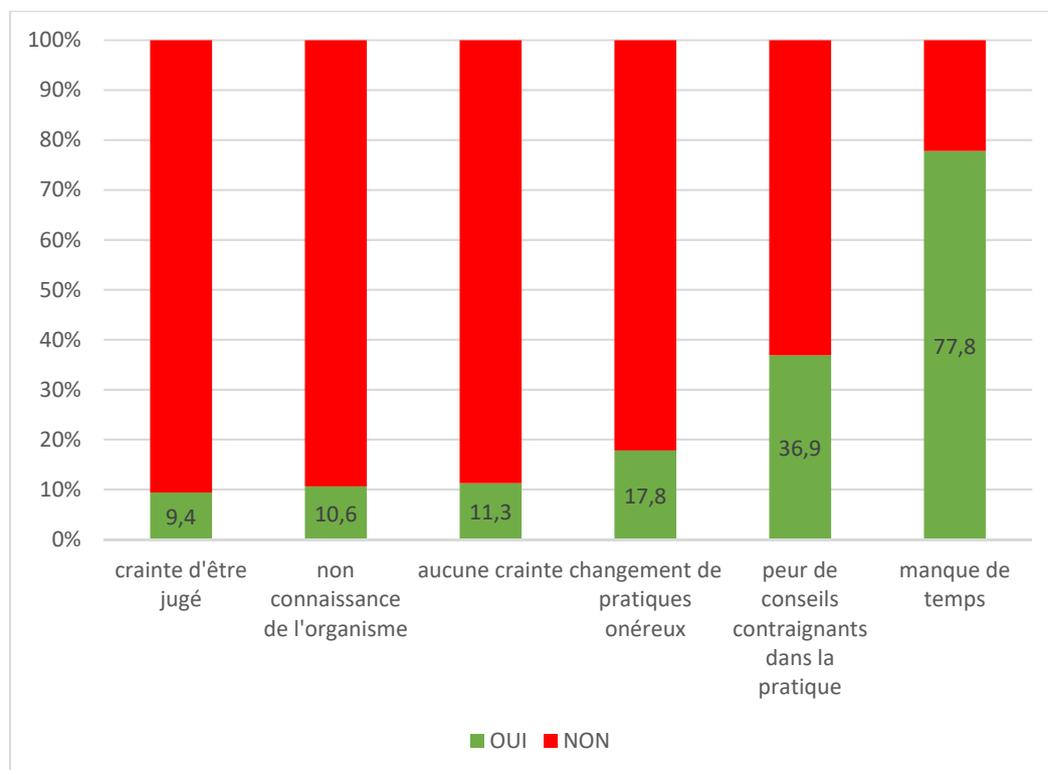
Une très grande majorité (93 %) des médecins n'ont jamais entendu parler du Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPias). 65 % seraient intéressés par une collaboration avec le CPias.

Le principal frein à ce partenariat réside dans le manque de temps. A moindre échelle, on retrouve la crainte de conseils contraignants. La méconnaissance de l'organisme n'entrave pas la volonté des médecins à travailler avec le CPias (*figure 7*).

De nombreux médecins se sont exprimés quant à ce potentiel partenariat en insistant sur leur crainte de se voir donner des conseils trop centrés sur les pratiques hospitalières, de ce fait inadaptés à leurs pratiques de médecine de ville. Quelques-uns ont déjà rencontré des équipes mobiles d'hygiène et rapportent avoir été déçus par le manque d'adaptabilité des équipes aux problématiques ambulatoires. D'autres rapportent que ce partenariat se surajouteraient aux partenariats préexistants, inefficaces et chronophages.

Certains expriment que l'hygiène n'est pas prioritaire par rapport à leurs autres objectifs d'amélioration des pratiques.

Figure 7 : Craintes ou freins concernant un partenariat avec le CPias.



Facteurs influençant les pratiques d'hygiène en médecine ambulatoire en ARA, suite à l'épidémie de Covid-19

Les facteurs les plus fortement associés à une implication des médecins à faire évoluer leurs pratiques d'hygiène au quotidien suite à l'épidémie Covid-19 sont les suivants : « **Sentiment d'avoir amélioré les connaissances en hygiène du fait de l'épidémie** » (OR ajusté = 6,16 (IC 95 % [2,51; 15,15], $p < 0,0001$), « **Changement de pratiques d'hygiène en fonction du risque infectieux saisonnier** » (OR ajusté = 3,15 (IC 95 % [1,45; 6,85], $p = 0,004$), « **Sentiment d'être formé en hygiène** » (OR ajusté = 7,33 (IC 95 % [1,63; 32,9], $p = 0,009$) et « **Intérêt pour travailler avec le CPias** » (OR ajusté = 2,63 (IC 95 % [1,16; 5,96], $p = 0,02$) (tableaux 2, 3).

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques des médecins selon leur implication (à 2 niveaux) à faire évoluer leurs pratiques d'hygiène au quotidien suite à l'épidémie Covid-19.

Caractéristiques des Médecins	Pensez-vous que l'épidémie Covid-19 va faire évoluer vos pratiques d'hygiène au quotidien ?			p value*
	Oui	Non	Total	
Sexe	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	<i>0,08</i>
Homme	103 (36,65)	20 (51,28)	123 (38,44)	
Femme	178 (63,35)	19 (48,72)	197 (61,56)	
Age	45,12 ± 11,81	47,00 ± 12,89	45,35 ± 11,94	<i>0,36</i>
Lieu d'exercice	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	<i>0,88</i>
Urbain	118 (41,99)	18 (46,15)	136 (42,50)	
Rural	56 (19,93)	7 (17,95)	63 (19,69)	
Semi	107 (38,08)	14 (35,90)	121 (37,81)	
Condition d'exercice	276 (100,00)	39 (100,00)	315 (100,00)	<i>0,09</i>
Seul	46 (16,67)	13 (33,33)	59 (18,73)	
2	66 (23,91)	9 (23,08)	75 (23,81)	
3 ou plus	108 (39,13)	11 (28,21)	119 (37,78)	
Maison de santé	56 (20,29)	6 (15,38)	62 (19,68)	
Formation en hygiène	279 (100,00)	38 (100,00)	317 (100,00)	<i>0,57</i>
Initiale	139 (49,82)	23 (60,53)	162 (51,10)	
Continue	11 (3,94)	1 (2,63)	12 (3,79)	
Aucune	124 (44,44)	14 (36,84)	138 (43,53)	
Initiale et continue	5 (1,79)	0 (0,00)	5 (1,58)	
Sentiment d'avoir amélioré les connaissances en hygiène du fait de l'épidémie	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	<i>< 0,0001</i>
Oui beaucoup	23 (8,19)	0 (0,00)	23 (7,19)	
Oui un peu	168 (59,79)	7 (17,95)	175 (54,69)	
Non plutôt pas	69 (24,56)	10 (25,64)	79 (24,69)	
Non pas du tout	21 (7,47)	22 (56,41)	43 (13,44)	
Sentiment d'avoir amélioré les connaissances en hygiène du fait de l'épidémie	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	<i><0,0001</i>
Oui	191 (67,97)	7 (17,95)	198 (61,88)	
Non	90 (32,03)	32 (82,05)	122 (38,13)	
Domaines ou les connaissances ont été améliorées	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	
Hygiène des mains	55 (19,57)	2 (5,13)	57 (17,81)	<i>0,03</i>
Gants	16 (5,69)	1 (2,56)	17 (5,31)	<i>0,70</i>
Désinfection du matériel	86 (30,60)	3 (7,69)	89 (27,81)	<i>0,003</i>
Hygiène respiratoire	92 (32,74)	3 (7,69)	95 (29,69)	<i>0,001</i>
Tenue	112 (39,86)	2 (5,13)	114 (35,63)	<i><0,0001</i>
Bionettoyage	126 (44,84)	3 (7,69)	129 (40,31)	<i><0,0001</i>
Prévention du RI en salle d'attente	152 (54,09)	6 (15,38)	158 (49,38)	<i><0,0001</i>
Circulation du patient au cabinet	113 (40,21)	2 (5,13)	115 (35,94)	<i><0,0001</i>
Domaines dans lesquels l'épidémie va faire évoluer les pratiques	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	
Hygiène des mains	86 (30,60)	0 (0,00)	86 (26,88)	<i><0,0001</i>
Gants	10 (3,56)	0 (0,00)	10 (3,13)	<i>0,23</i>
Désinfection du matériel	134 (47,69)	0 (0,00)	134 (41,88)	<i><0,0001</i>
Hygiène respiratoire	136 (48,40)	0 (0,00)	136 (42,50)	<i><0,0001</i>
Tenue	156 (55,52)	0 (0,00)	156 (48,75)	<i><0,0001</i>
Bionettoyage	172 (61,21)	0 (0,00)	172 (53,75)	<i><0,0001</i>
Prévention du RI en salle d'attente	205 (72,95)	0 (0,00)	205 (64,06)	<i><0,0001</i>
Circulation du patient au cabinet	113 (40,21)	0 (0,00)	113 (35,31)	<i><0,0001</i>

Changement de pratiques d'hygiène en fonction du risque infectieux saisonnier	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	<0,0001
Oui beaucoup	60 (21,35)	7 (17,95)	67 (20,94)	
Oui un peu	162 (57,65)	11 (28,21)	173 (54,06)	
Non plutôt pas	47 (16,73)	10 (25,64)	57 (17,81)	
Non pas du tout	12 (4,27)	11 (28,21)	23 (7,19)	
Changement de pratiques d'hygiène en fonction du risque infectieux saisonnier	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	<0,0001
Oui	222 (79,00)	18 (46,15)	240 (75,00)	
Non	59 (21,00)	18 (46,15)	80 (25,00)	
Sentiment d'être assez formé en hygiène	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	<0,0001
Oui beaucoup	48 (17,08)	21 (53,85)	69 (21,56)	
Oui un peu	123 (43,77)	16 (41,03)	139 (43,44)	
Non plutôt pas	93 (33,10)	1 (2,56)	94 (29,38)	
Non pas du tout	17 (6,05)	1 (2,56)	18 (5,63)	
Sentiment d'être assez formé en hygiène	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	<0,0001
Oui	171 (60,85)	37 (94,87)	208 (65,00)	
Non	110 (39,15)	2 (5,13)	112 (35,00)	
Domaines de souhait de formation	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	
Bionettoyage	102 (36,30)	4 (10,26)	106 (33,13)	0,001
Architecture d'un cabinet médical	90 (32,03)	4 (10,26)	94 (29,38)	0,005
Hygiène des mains	9 (3,20)	0 (0,00)	9 (2,81)	0,61
Maitrise modes de transmission	95 (33,81)	3 (7,69)	98 (30,63)	0,001
BMR/BHRe	99 (35,23)	7 (17,95)	106 (33,13)	0,03
Contrôle pathogènes émergents	123 (43,77)	9 (23,08)	132 (41,25)	0,01
Bon usage des antibiotiques	58 (20,64)	9 (23,08)	67 (20,94)	0,73
Aucun souhait	30 (10,68)	16 (41,03)	46 (14,38)	<0,0001
Types de formations souhaitées	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	
DPC en présentiel	104 (37,01)	7 (17,95)	111 (34,69)	0,02
DPC en e-learning	101 (35,94)	7 (17,95)	108 (33,75)	0,03
Formation non DPC	75 (26,69)	4 (10,26)	79 (24,69)	0,03
Envoi de recommandations	124 (44,13)	11 (28,21)	135 (42,19)	0,06
Rencontres au cabinet	48 (17,08)	7 (17,95)	55 (17,19)	0,89
Connaissance du CPIAS ARA	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	0,33
Oui	22 (7,83)	1 (2,56)	23 (7,19)	
Non	259 (92,17)	38 (97,44)	297 (92,81)	
Intérêt pour travailler avec le CPIAS	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	<0,0001
Oui beaucoup	49 (17,44)	6 (15,38)	55 (17,19)	
Oui un peu	143 (50,89)	9 (23,08)	152 (47,50)	
Non plutôt pas	39 (13,88)	8 (20,51)	47 (14,69)	
Non pas du tout	16 (12,10)	12 (30,77)	28 (8,75)	
Ne sait pas	34 (12,10)	4 (10,26)	38 (11,88)	
Intérêt pour travailler avec le CPIAS	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	<0,0001
Oui	192 (68,33)	15 (38,46)	207 (64,69)	
Non	55 (19,57)	20 (51,28)	75 (23,44)	
Ne sait pas	34 (12,10)	4 (10,26)	38 (11,88)	
Craintes/freins à travailler avec le CPIAS	281 (100,00)	39 (100,00)	320 (100,00)	
Manque de temps	225 (80,07)	24 (61,54)	249 (77,81)	0,009
Crainte d'être jugé	29 (10,32)	1 (2,56)	30 (9,38)	0,15
Peur de conseils contraignants	109 (38,79)	9 (23,08)	118 (36,88)	0,06
Changements de pratiques onéreux	54 (19,22)	3 (7,69)	57 (17,81)	0,08
Non connaissance de l'organisme	29 (10,32)	5 (12,82)	34 (10,63)	0,58
Aucune crainte	26 (9,25)	10 (25,64)	36 (11,25)	0,002

* $p < 0,05$ indique une différence significative, les valeurs en gras indiquent un $p < 0,05$.
Les résultats sont exprimés en n (%) ou en moyenne \pm SD.

Tableau 3 : Analyse univariée et multivariée des facteurs prédictifs de l'implication des médecins à faire évoluer leurs pratiques d'hygiène au quotidien suite à l'épidémie Covid-19.

Variable	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	OR [†]	95% CI	p ^{**}	OR [‡]	95% CI	p ^{**}
Sexe*						
Homme	1	-				
Femme	1,82	0,93-3,57	0,08			
Age	0,99	0,96-1,02	0,36			
Lieu d'exercice			0,88			
Urbain	1	-				
Rural	1,22	0,48-3,09	0,67			
Semi	1,17	0,55-2,46	0,69			
Condition d'exercice*			0,10			
Seul	1	-				
2	2,07	0,82-5,25	0,12			
3 ou plus	2,78	1,16-6,65	0,02			
Maison de santé	2,64	0,93-7,49	0,07			
Formation en hygiène			0,73			
Initiale	1	-				
Continue	1,82	0,22-14,78	0,57			
Aucune	1,47	0,72-2,97	0,29			
Initiale et continue	>999	<0,01->999	0,99			
Sentiment d'avoir amélioré les connaissances en hygiène du fait de l'épidémie*						
Non	1	-		1	-	
Oui	9,70	4,12-22,82	<0,0001	6,16	2,51-15,15	<0,0001
Changement de pratiques d'hygiène en fonction du risque infectieux saisonnier*						
Non	1	-		1	-	
Oui	4,39	2,20-8,77	<0,0001	3,15	1,45-6,85	0,004
Sentiment d'être formé en hygiène*						
Oui	1	-		1	-	
Non	11,90	2,81-50,37	0,0008	7,33	1,63-32,9	0,009
Intérêt pour travailler avec le CPIAS*			0,0002			0,05
Non	1	-		1	-	
Oui	4,66	2,24-9,69	<0,0001	2,63	1,16-5,96	0,02
Ne sait pas	3,09	0,97-9,82	0,05	2,68	0,74-9,76	0,14

Test de Hosmer-Lemeshow : chi-square = 5,06, $p = 0,65$. R^2 Nagelkerke = 0,35. R^2 Mac Fadden = 0,28. Aire sous la courbe ROC : 0,86 (IC 95 % : 0,81-0,91, $p < 0,0001$).

[†] Odds ratio brut (OR) > 1 indique un facteur favorisant l'évolution des pratiques en hygiène en médecine ambulatoire au décours de l'épidémie de Covid-19. Le lien est significatif si la valeur 1 n'est pas comprise dans l'IC 95 %.

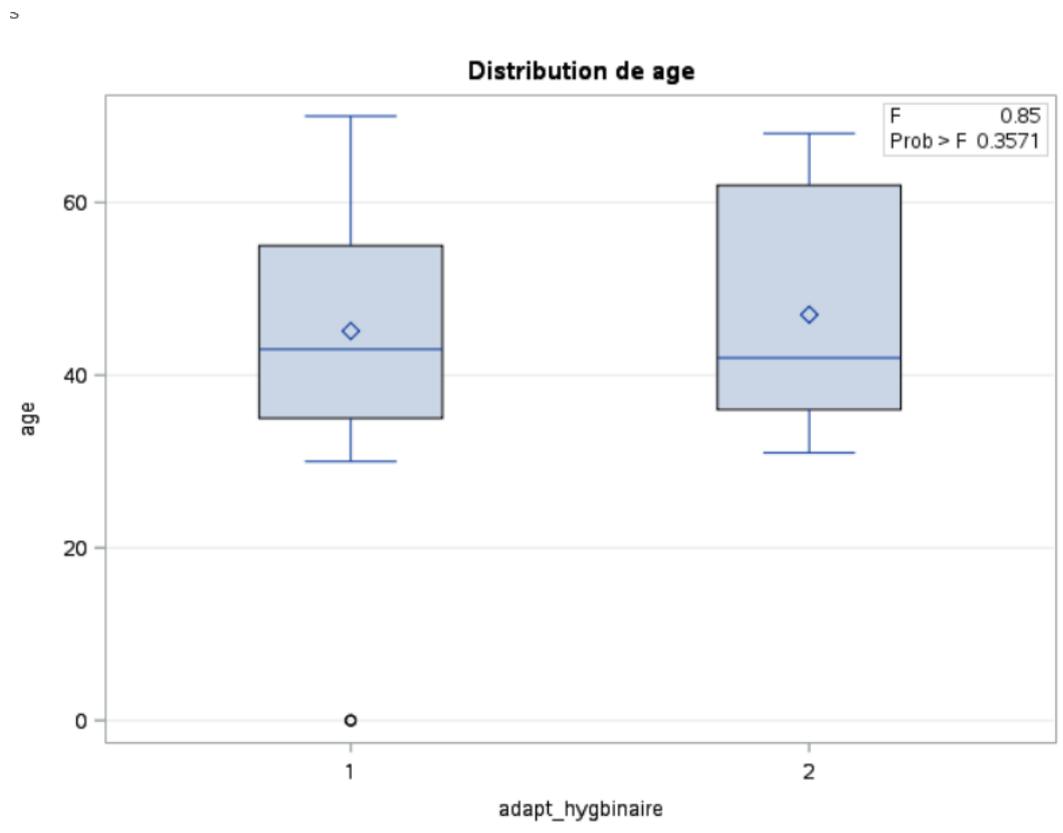
[‡] Odds ratio ajusté (OR) > 1 indique un facteur favorisant l'évolution des pratiques en hygiène en médecine ambulatoire au décours de l'épidémie de Covid-19. Le lien est significatif si la valeur 1 n'est pas comprise dans l'IC 95 %.

* Variables incluses dans le modèle multivariée ($p < 0,20$). ** $p < 0,05$ indique que la variable candidate est associée à l'implication des médecins à faire évoluer leurs pratiques d'hygiène au quotidien suite à l'épidémie Covid-19 (Wald test).

Le sexe, l'âge, le lieu d'exercice et la formation en hygiène préalable à l'étude ne sont pas des facteurs significatifs favorisant l'évolution des pratiques d'hygiène au quotidien au décours de l'épidémie de Covid 19 (tableaux 2, 3 et figure 8).

Le fait de travailler dans une maison n'est pas un facteur favorisant la progression des pratiques d'hygiène dans le futur (OR = 2,64 (IC 95% [0,93 ; 7,49], p = 0,07), contrairement au fait d'être dans un cabinet d'au moins trois médecins (OR =2,78 (IC 95 % [1,16 ; 6,65], p = 0,02).

Figure 8 : Distribution de l'âge selon l'implication des médecins à faire évoluer leurs pratiques d'hygiène au quotidien suite à l'épidémie Covid-19 : 1=Oui; 2= Non



La validité et le pouvoir explicatif (qualité, efficacité, pouvoir discriminant) du modèle de régression logistique multivarié ont ensuite été testés.

Pour cela, la force d'association du modèle a été vérifiée, c'est-à-dire la qualité globale du modèle. Il s'agit du R^2 de Nagelkerke (R_N^2) et de de Mac Fadden (R_{MF}^2), ceux-ci représentant la variance expliquée par le modèle. Le R_N^2 s'élève à 0,35 et le R_{MF}^2 à 0,28 ce qui est jugé satisfaisant compte tenu du caractère exploratoire et nouveau de cette étude. Ainsi, le modèle

explique de 28 à 35 %, selon le R^2 choisi, la variance de la variable dépendante (ici l'implication des médecins à faire évoluer leurs pratiques d'hygiène au quotidien suite à l'épidémie Covid-19). Le pourcentage total permet également de vérifier la force du modèle. Ainsi, dans le tableau des associations de probabilités prédites et des réponses observées, il est indiqué un pourcentage concordant de 83,20 %, ce qui signifie que le modèle est vrai dans 83 % des cas. En d'autres mots, si un médecin présente les caractéristiques énumérées dans le modèle, il fera partie du groupe des médecins impliqués dans l'évolution de ces pratiques d'hygiène suite au Covid 19 dans 83 % des cas. Ainsi, le modèle classe correctement les sujets dans 83 % des cas (*Tableau 4*).

La statistique du rapport de vraisemblance est égale à 65,42, la probabilité critique associée est $< 0,0001$. Le modèle est significatif, il existe bien une relation entre les variables explicatives et la variable expliquée.

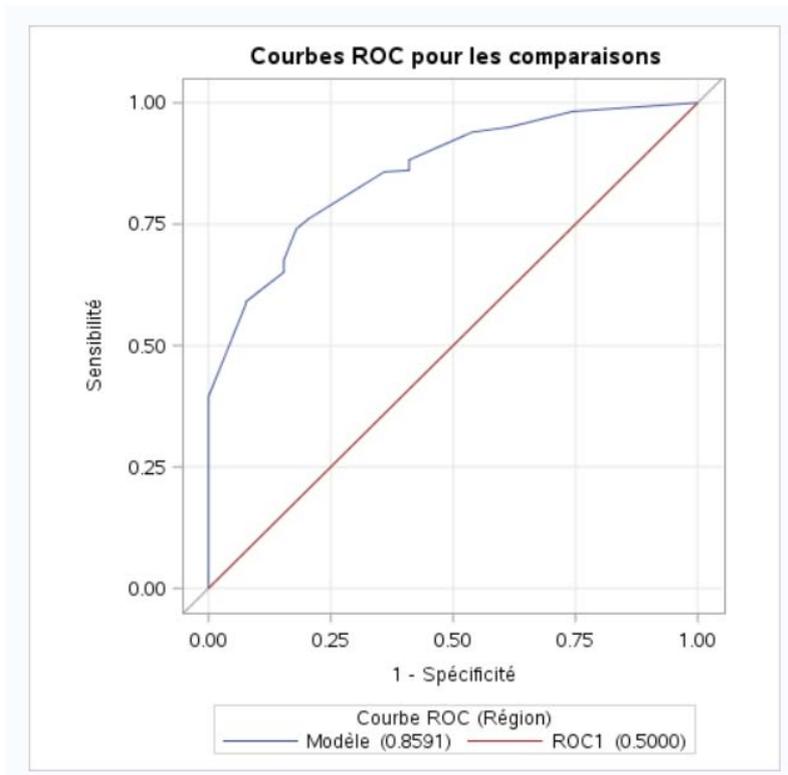
L'efficacité du modèle a été vérifiée. Le test de Hosmer-Lemeshow était en faveur d'un bon ajustement du modèle aux données ($\chi^2 = 5,06$ avec $p = 0,65$).

Le pouvoir discriminant du modèle est bon : la statistique c, représentant l'aire sous la courbe ROC, était 0,86 (IC 95 % [0,81-0,91], $p < 0,0001$) (*Figure 9*). Enfin le D de Somers et le Gamma du modèle étant tous les deux très proches de 1 et le Tau-a très proche de 0 confirment la bonne capacité prédictive de ce modèle (*Tableau 4*).

Tableau 4 : Association des probabilités prédites et des réponses observées du modèle prédictif.

Pourcentage concordant	83,20
Pourcentage discordant	11,40
Pourcentage lié	5,30
Paires	10959
D de Somers	0,72
Gamma	0,76
Tau-a	0,15

Figure 9 : Aire sous la courbe ROC du modèle prédictif. $c = 0,86$ (IC 95 % [0,81-0,91], $p < 0,0001$).



Discussion Conclusion

Analyse des résultats

La grande majorité des médecins pensent que leurs pratiques en hygiène va évoluer suite à l'épidémie de Covid-19, en particulier dans les domaines de la gestion et de la désinfection de l'environnement. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, les caractéristiques socio-démographiques, notamment le jeune âge, le sexe féminin et l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire dans un secteur urbain, ne sont pas des facteurs influençant les médecins à faire évoluer leurs pratiques en hygiène à l'avenir. La sensibilisation en hygiène des jeunes diplômés en médecine pendant la formation initiale n'apparaît pas optimale. La complémentarité des professionnels, qu'on aurait pu imaginer dynamisante au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, ne favorise pas la progression des pratiques en hygiène après le Covid-19. Pourtant les études d'infirmières sont bien plus axées sur les précautions en hygiène que les études médicales : leur présence dans les maisons de santé pluridisciplinaire aurait pu être un moteur supplémentaire. A contrario, la pratique en groupe de plus de trois médecins est un facteur favorisant.

Le sentiment d'avoir amélioré ses connaissances en hygiène grâce au Covid-19 a un impact positif sur l'évolution des pratiques en hygiène après l'épidémie de Covid-19. Ce résultat renforce l'idée selon laquelle les médecins ne sont pas ou peu formés en hygiène, comme cela est observé ici avec 43 % des participants qui n'ont jamais reçu de formation et une minorité qui a accédé à une formation continue. Pourtant, lorsque l'on demande à cette même population si elle se sent suffisamment formée en hygiène, 65 % déclarent que oui. Ce résultat va à l'encontre de nos attentes et des observations réalisées dans d'autres études (9, 10, 11, 12). Il est aussi en inadéquation avec le fait que 85 % des participants de notre étude sont en demande de formation.

Élément tout aussi surprenant, les médecins privilégient l'envoi de recommandations comme support de formation/informations sur l'hygiène, loin devant les formations continues ou encore avant les rencontres personnalisées avec un hygiéniste. Nous pensons que les médecins étaient submergés de recommandations - encore plus sur ces derniers mois - qu'ils jugeaient le plus souvent en inadéquation avec leurs pratiques ambulatoires, car trop souvent issues du monde hospitalier, comme le décrivent certaines études (10, 12). La suggestion

d'appui aux professionnels de santé via des rencontres personnalisées n'a pas sollicité l'intérêt auquel nous pouvions nous attendre. En effet, il nous paraissait que ce type d'échange permettrait aux médecins de recevoir des conseils individualisés, plus adaptés à leur organisation ou à l'architecture de leur cabinet et d'optimiser le ratio temps/qualité d'informations. Pourtant 65 % d'entre eux seraient intéressés par une collaboration avec le CPias, qui a pour habitude de se déplacer jusqu'aux professionnels de santé. Ce résultat peut aller de paire avec la méconnaissance de cette équipe et de ses missions. De nombreux médecins rapportent comme facteur limitant leur collaboration avec le CPias un manque de temps majeur, et à moindre échelle la peur de conseils contraignants dans la pratique ou trop onéreux, comme cela a été observé dans d'autres enquêtes (10,11).

Plusieurs médecins ont précisé dans des commentaires libres leur réticence à travailler avec des équipes rattachées aux centres hospitaliers car, d'après leurs expériences, les propositions ne sont pas en adéquation avec la médecine ambulatoire. Ils critiquent la plupart des initiatives pour favoriser le lien ville/hôpital, qu'ils qualifient d'échec car trop centrées et en faveur des hôpitaux. Cette problématique est récurrente (10, 12). A un plus petit niveau, quelques médecins expriment que la formation en hygiène n'est pas une priorité pour eux et préfèrent se consacrer à d'autres spécialités, ce qui peut s'entendre étant donné l'ampleur des connaissances qu'ils ont à acquérir en tant que généralistes.

Forces et limites

Forces

Sujet d'actualité orienté vers et pour les généralistes.

L'épidémie de Covid-19 nous a tous touché en tant que professionnels de santé et parfois aussi en tant que malade ou proche d'une personne malade. Les mesures d'hygiène, regroupant les mesures barrières, les précautions standard et les précautions complémentaires gouttelettes et contact dans les cas avérés, sont les seuls moyens actuellement en notre possession pour limiter la propagation du virus. Il nous a paru intéressant d'évaluer l'impact que l'épidémie de Covid-19 pourrait avoir à court et moyen termes sur les pratiques d'hygiène, en particulier en médecine ambulatoire à laquelle le plus grand nombre de suspects a recours et que de nombreuses instances oublient. Nous souhaitons aussi évaluer les besoins

en formation en hygiène des généralistes auverhonalpins et les formats qu'ils souhaiteraient qu'elles prennent afin de mieux les accompagner dans la prévention et la gestion du risque infectieux.

Collaboration du CPias à l'étude. Analyse de qualité.

Cette étude est le résultat d'une collaboration entre une étudiante en Diplôme Universitaire en Hygiène hospitalière et prévention des infections associées aux soins et le CPias ARA. Cette collaboration permet d'avoir des résultats très précis et une validité interne élevée concernant l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur l'évolution des pratiques en hygiène en médecine ambulatoire en Auvergne-Rhône-Alpes, grâce à des analyses biostatistiques élaborées et un modèle de régression logistique multivarié de qualité pour cette étude novatrice.

La réalisation d'une analyse univariée puis multivariée a permis de limiter le risque de biais de confusion.

Limites

Echantillon non représentatif de la population générale. Puissance faible.

La population étudiée dans cette étude ne correspond qu'aux médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Elle n'inclue pas les autres médecins libéraux, ni les autres professionnels de santé libéraux ce qui engendre un biais de sélection et limite sa validité externe. Par ailleurs, peu de médecins ont répondu aux questionnaires, ce qui limite sa puissance. Malgré une relance, cette faible participation peut s'expliquer par l'importante sollicitation dont les médecins ont fait l'objet ces derniers mois et par la reprise de leur activité de façon amplifiée au moment de l'envoi du questionnaire.

Evolution potentielle des pratiques à reconsidérer par rapport au lieu d'exercice des répondants ?

Comme nous l'avons déjà dit, cette étude montre qu'une grande majorité des médecins pensent que leurs pratiques en hygiène va évoluer suite à l'épidémie de Covid-19. Pour

rappel, les trois quarts des médecins ayant répondu au questionnaire exercent en ex-région Rhône-Alpes, région qui a été bien plus touchée par le Covid-19 que l’Auvergne. Or des études précédemment réalisées pendant ou au décours des épidémies de SRAS ou de grippe A/H1N1 montrent que les régions du monde les plus touchées par une épidémie ont tendance à modifier de façon plus profonde leurs pratiques au quotidien (15, 16). Ce résultat peut donc être influencé par la forte proportion de réponses issues du Rhône-Alpes.

Perspectives

Soutien du CPias aux généralistes

La participation du CPias à l’étude permet d’informer la médecine ambulatoire de l’existence de leur équipe, de leur disponibilité et d’exposer, de façon succincte pour l’instant, leurs missions. L’étude permet aussi d’évaluer les besoins des médecins généralistes pour les soutenir de la façon la plus adaptée possible dans la prévention des infections associées aux soins.

Des documents type recommandations, informations écrites pourraient être rédigés spécifiquement pour les généralistes.

Etudier la possibilité de créer d’autres moyens de support

Plusieurs médecins ont émis le souhait de voir apparaître un site internet apparenté à Antibioclic ou encore une hotline pour les aider dans la gestion et la prévention du risque infectieux. Cela pourrait être l’objet d’autres études et projet en collaboration avec des étudiants en informatique et en communication.

Perspectives d’études

Afin de compléter cette étude, il pourrait être intéressant de reprendre contact à distance, par exemple dans un an, avec les généralistes ayant répondu pour évaluer si leurs pratiques en hygiène ont effectivement évolué depuis l’épidémie du Covid-19. Il serait également

intéressant de réaliser une étude similaire auprès des autres médecins libéraux ou auprès des autres professionnels de santé libéraux : infirmières, kinésithérapeutes, dentistes, etc. Une étude sur les pratiques d'hygiène de base par les aides à domicile pourrait aussi être faite.

Une thèse clermontoise de médecine générale, avec le même intitulé que le mémoire ci-présent mais avec une approche plus précise sur les pratiques en hygiène des généralistes avant, pendant et au décours de l'épidémie de Covid-19, est en cours.

Bibliographie

- 1- Recommandations SF2H. Actualisation des Précautions Standard. Etablissements de santé, établissements médico-sociaux, soins de ville. Juin 2017.
- 2- D.Abiteboul, département Etudes et assistances médicales, INRS. Les précautions standard : des recommandations pour la prévention du risque infectieux autour des soins. *Références en santé au travail. Décembre 2017. N°152*
- 3- Circulaire DGS/DM n° 23 du 3 août 1989 relative à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez le personnel de santé. *Bull Epidemiol Hebd. 1989 ; 34 : 137-38.*
- 4- Circulaire n° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé In: Légifrance. Ministère chargé de l'Emploi et des Solidarités, 1998
(<http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=19810>).
- 5- Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L et al. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *Am J Infect Control. 2007 ; 35 (10 Suppl 2) : S65-164.*
- 6- Recommandations professionnelles HAS juin 2007. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical.
- 7- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins, mai 2007. Définition des infections associées aux soins.
- 8- G Zanetti, C Lazor-Blanchet, C Petignat. Infections nosocomiales en médecine ambulatoire : importance et prévention. *Rev Med Suisse 2010 ; 6 : 708-13.*
- 9- Rapport de l'enquête relative à la perception par les professionnels de santé du risque infectieux associé aux soins de ville – 2013. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.
- 10- M Nicolas. Evaluation des pratiques et connaissance du risque infectieux associé aux soins en cabinet de médecine générale dans le département de l'Orne basée sur les recommandations HAS de juin 2007. Thèse de médecine.

- 11- P Lanco-Saint-Guily. Etat des lieux concernant l'hygiène dans les cabinets de médecine générale en midi-pyrénées. Thèse de médecine.
- 12- F Bonazzi. L'hygiène au cabinet médical des médecins généralistes : observation de 30 médecins de l'agglomération grenobloise. Thèse de médecine.
- 13- Recommandations nationales pour la pratique clinique de la SFH, Mars 2013.
Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : air ou gouttelettes.
- 14- Olga A, Annette JBM, Jackie MS. How will Australian general practitioners respond to an influenza pandemic? A qualitative study of ethical values. Med. J. Aust.2008 ; 189 (3) :148-50.
- 15- Wong SYS, Wong W, Jaakkimainen L, et al. Primary care physicians in Hong Kong and Canada — How did their practices differ during the SARS epidemic ? Fam.Pract. 2005 ; 22 : 361-6.
- 16- P Ho. Pandémie grippale A/H1N1v en 2009 : comment les médecins généralistes hauts normands ont-ils adapté leur pratique ? (Enquête auprès de 89 médecins généralistes). Thèse en médecine.

Annexe

Questionnaire envoyé par l'URPS

1) Votre profil :

- Homme/Femme
- Votre âge :
- Département d'exercice :
- Lieu d'exercice : Rural, Urbain, Semi-rural
- Conditions d'exercice : Seul, Exercice à 2 médecins, Groupe de 3 médecins, Groupe de plus de 3 médecins, Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Spécialité : Médecine générale, Autre (Les faire préciser)
- Formation en hygiène : Formation initiale (*mettre le « dessin d'exemples » pour un pop up où on écrit « Enseignement théorique ou travaux pratiques d'hygiène au cours de vos études de médecine »*), Formation continue (*dessin pop up en écrivant « Formation diplômante ou non post-universitaire »*) (Les faire préciser), Aucune.

2) Avez-vous le sentiment d'avoir amélioré vos connaissances en hygiène du fait de l'épidémie ?

Oui beaucoup Oui un peu Non plutôt pas Non pas du tout

Si oui dans quels domaines ? (*Cochez la ou les proposition(s) si vous avez le sentiment d'avoir amélioré vos connaissances dans au moins un des items donnés en exemple dans le « mettre le dessin sur lequel vont apparaître les exemples »*).

Hygiène des mains

Port de gants

Désinfection du matériel

Hygiène respiratoire (indications des masques chirurgicaux et FFP2)

Tenue professionnelle (manches courtes, pas de bijoux, cheveux attachés)

Désinfection de l'environnement (surfaces de travail, bureau, poignées de porte)

Prévention du risque infectieux en salle d'attente (zone dédiée aux personnes avec symptômes infectieux, mise à disposition de SHA/masques par la secrétaire, jouets nettoyés/enlevés)

Circulation du patient au cabinet (Arrêt des consultations sans rdv, horaires spécifiques de consultation pour les personnes fragiles, sortie sans repasser par la salle d'attente)

Autres : ...

3) Pensez-vous que l'épidémie de Covid-19 va faire évoluer à l'avenir vos pratiques d'hygiène au quotidien ?

Oui beaucoup

Oui un peu

Non plutôt pas

Non pas du tout

Si oui dans quels domaines ? (*Cochez la ou les proposition(s) si vous allez faire évoluer un des items donnés en exemple dans le « mettre le dessin sur lequel vont apparaître les exemples »*)

Hygiène des mains

Port de gants

Désinfection du matériel

Hygiène respiratoire (port de masque en cas de symptômes respiratoires d'origine infectieuse)

Tenue professionnelle (manches courtes, pas de bijoux, cheveux attachés)

Désinfection de l'environnement (surfaces de travail, bureau, poignées de porte)

Prévention du risque infectieux en salle d'attente (zone dédiée aux personnes avec symptômes infectieux, mise à disposition de SHA/masques par la secrétaire, jouets nettoyés/enlevés)

Circulation du patient au cabinet (Arrêt des consultations sans rdv, horaires spécifiques de consultation pour les personnes fragiles, sortie sans repasser par la salle d'attente)

Autres : ...

4) Est-ce que vous moduleriez certaines pratiques d'hygiène en fonction du risque infectieux saisonnier ? (ex : remettre les jouets en salle d'attente l'été...)

Oui beaucoup

Oui un peu

Non plutôt pas

Non pas du tout

5) Vous sentez-vous suffisamment formés en hygiène ?

Oui tout à fait

Oui plutôt

Non plutôt pas

Non pas du tout

6) Dans quels domaines souhaiteriez-vous avoir une formation ou une information ?

Entretien de l'environnement

Architecture/aménagement d'un cabinet médical

Hygiène des mains

Maîtrise des modes de transmission gouttelettes/contact/air

Contrôle de la dissémination des BMR/BHRe (*mettre le « dessin » avec pop up : « Bactéries Multi Résistantes / Bactéries Hautement Résistantes Emergentes »*)

Contrôle des pathogènes émergents

Bon usage des antibiotiques

Aucun

Autres : ...

7) Quels types de formation préféreriez-vous ? (Possibilité de cocher plusieurs cases)

Formation DPC en présentiel

Formation DPC en e-learning

Formation non DPC (présentation courte en soirée, intervention en congrès...)

Envoi de recommandations

Rencontres personnalisées avec un professionnel hygiéniste au cabinet

Autres : ...

8) Connaissez-vous le CPias ARA, Centre d'appui et de Prévention des Infections Associées Aux Soins Auvergne/Rhône-Alpes ?

Oui Non

9) Le CPias est une équipe d'hygiénistes rattachée aux CHU. Son objectif est d'accompagner les soignants dans la prévention et la gestion du risque infectieux, dont les infections associées aux soins, et de contribuer à la maîtrise de l'antibiorésistance. Ils travaillent depuis plusieurs années en étroite collaboration avec les établissements sanitaires et médico-sociaux de la région.

Le CPias souhaite s'ouvrir aux professionnels de santé libéraux. Seriez-vous intéressés de travailler avec eux pour améliorer au quotidien les pratiques d'hygiène dans votre cabinet et en visites ?

Oui beaucoup Oui un peu Non plutôt pas Non pas du tout Ne sais pas

10) Quelles pourraient être vos craintes concernant cette collaboration ?

Manque de temps Crainte d'être jugé

Peur de conseils contraignants dans la pratique

Changement de pratiques onéreux

Non connaissance de l'organisme

Aucune crainte

Autres : ...