



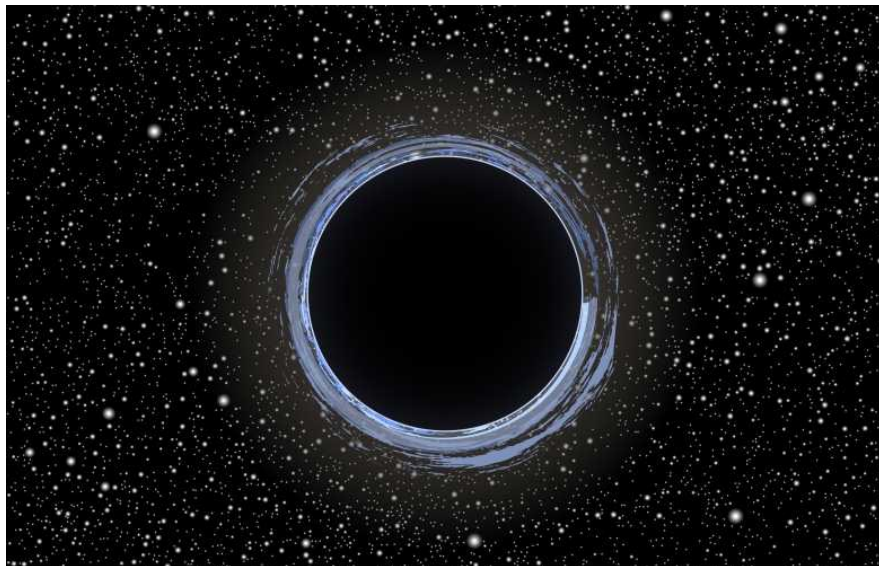
IAS en cabinet de médecine générale

Pr. GENTILE Gaëtan, médecin généraliste, DUMG Marseille
Mardi 15 février 2022, IHU Timone

Plan

1. **Epidémiologie? Micro organismes**
2. **Définitions, types de transmission**
3. **Recherche des évènements IN/IAS**
4. **Médecine Générale et Médecine de Ville: le contexte**
5. **La prévention**
6. **Recommandations, littérature: de la théorie à la pratique**
7. **Ce que le COVID a changé dans nos pratiques**
8. **Consommation d'antibiotiques en ville : lutte contre les BMR?**
9. **La recherche en Médecine Générale, la pédagogie et le DPC**

1. Epidémiologie?



La magie de
l'inconnu....

Pas de données chiffrées quantifiant les IAS, mais des micro organismes

LES MICRO-ORGANISMES

Classification « fonctionnelle » des agents infectieux

	Pathogènes	Commensaux	Saprophytes
Reservoir	malades	homme sain (flores)	environnement
Pathogénicité	intrinsèque	potentielle: +++ à - opportunistes majeurs/mineurs	
<u>Infections:</u>	contagieuses	non contagieuses (parfois transmissions croisées)	
Communautaires	+++	+++	+/-
Nosocomiales	+/-	+++	+ / ++
Virus	Grippe, Rotavirus, Hépatites, Coronavirus		
Bactéries	Tuberculose, Typhoïde	Pneumocoque, Staphylocoques (dorés, blancs), Enterocoques, E.coli	B.tetanos, Légionelles, Serratia, P.aeruginosa,
Champignons			Aspergillus

Les MICRO ORGANISMES

Classification fonctionnelle

pathogènes

	Pathogènes	
Reservoir	malades	• Maladies communautaires
Pathogénicité	intrinsèque	• Peu de transmissions dans les hôpitaux
Infections:	contagieuses	• Grands fléaux bactériens de l'humanité
Communautaires	+++	
Nosocomiales	+/-	
Virus	Grippe, Rotavirus, Hépatites, Coronavirus	
Bactéries	Tuberculose, Typhoïde	
Champignons		

(noires, blancs),
Enterocoques, E.coli

Serratia,
P.aeruginosa,

Aspergillus

Les MICRO ORGANISMES

Classification fonctionnelle

pathogènes

	Pathogènes	Commensaux	Saprophytes
Reservoir	malades	homme sain (flores)	environnement
Pathogénicité	intrinsèque	potentielle: +++ à - opportunistes majeurs/mineurs	
<u>Infections:</u>	contagieuses	non contagieuses (parfois transmissions croisées)	
Communautaires	+++	+++	+/-
Nosocomiales	+/-	+++	+ / +++
Virus	Grippe, Rotavirus, Hépatites	Principaux germes responsables des IN: Pneumocoque, Staphylocoques (dorés, blancs), <i>Enterococcus</i> , <i>E. coli</i>	
Bactéries	Tuberculose, Typhoïde		<i>B. tetanos</i> , Légionelles, <i>Serratia</i> , <i>P. aeruginosa</i> .
Champignons			<i>Aspergillus</i>

Les MICRO ORGANISMES

Classification fonctionnelle

saprophytes

	Pathogènes	Commensaux	Saprophytes
Reservoir	malades	homme sain (flores)	environnement
Pathogénicité	intrinsèque	potentielle: +++ à - opportunistes majeurs/mineurs	
<u>Infections:</u>	contagieuses	non contagieuses (parfois transmissions croisées)	
Communautaires	+++	+++	+/-
Nosocomiales	+/-	+++	+ / +++
Virus	Grippe, Rotavirus, Hépatites		
Bactéries	Tuberculose, Typhoïde	Pneumocoque, Staphylocoques (dorés, blancs), Enterocoques, E.coli	B.tetanos, Légionelles, Serratia, P.aeruginosa,
Champignons			Aspergillus

INFECTIONS: DIFFÉRENTS ANGLES DE VUE

- **Nosocomial: lieu d'acquisition (hôpital)**
- **Iatrogène: circonstance d'acquisition (procédures invasives)**
- **Opportunistes: patients fragilisés**
- **Conséquences:**
 - **Morbidité, mortalité**
 - **Augmentation de la durée du séjour**
 - **Surcout**

Infection nosocomiale IN

- **Infection nosocomiale: acquise dans un établissement de soins**

- ① Ni présente à l'admission
- ② Ni en cours d'incubation à l'admission
- ③ Secondaire ou non à un acte invasif

- **Délai de survenue**

- ① Variable : en cas de difficulté pour préciser le début, on applique le critère si **>48h-72h après admission=nosocomial**
- ② Infection du Site Opératoire **ISO=surveillance jusqu'à 30 jours**
- ③ Prothèse ou implant = **surveillance jusqu'à 1 an**

Rmq: Une IN peut survenir après la sortie du patient (ex: 20-40% des ISO)

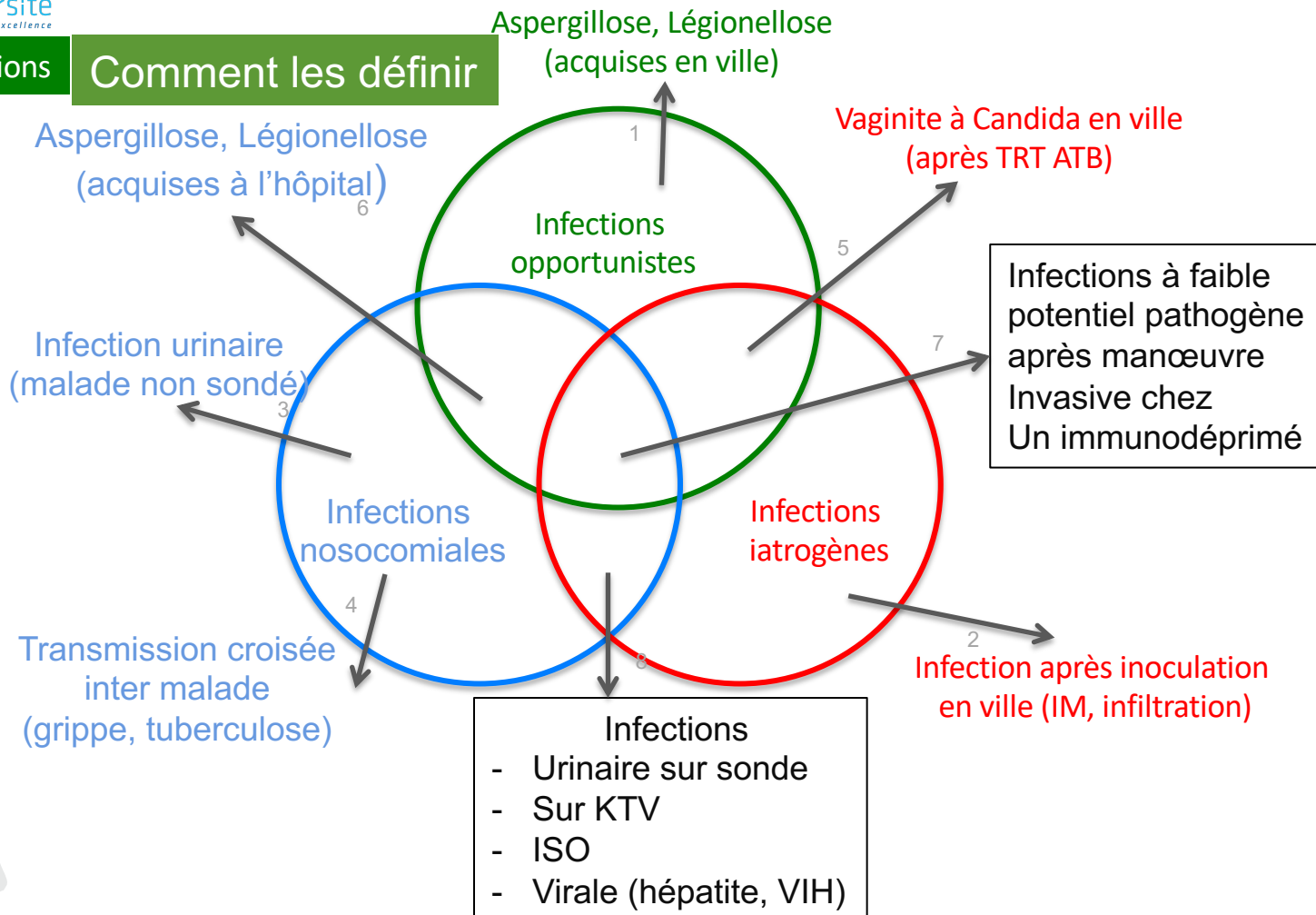
Infection associée aux soins IAS

Elle peut être

- **Acquise DANS un établissement de soins = nosocomiale**
- **Ou acquise suite à un soin EN DEHORS d'un établissement de soin:**
 - Cabinet médical
 - Cabinet dentaire
 - Cabinet d'IDE
 - Cabinet de kinésithérapie
 - Soins IDE à domicile
 - HAD

Origines des micro-organismes dans les IN

- **Flore du patient**
 - Ex: Infection sur SU à *E.coli*
- **Flore du personnel ou des autres malades**
 - Transmission croisée par les mains (ou le matériel) : manuportage via le personnel de soin
 - Infection sur KT vasculaire à *S.aureus*
- **Environnement (saprophyte)**
 - Air (*Aspergillus*)
 - Eau (*Pseudomonas*, *Legionnella*...)



2. Définitions et périmètre

IAS

Une infection est dite associée aux soins si elle survient au début ou à la fin de la prise en charge d'un patient (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive, éducative, opératoire) par un professionnel de santé

Définie telle quelle lorsque la période d'incubation de l'agent infectieux est supérieur à 48 heures

Les infections post-opératoires, sont considérées comme associées aux soins lorsqu'elles surviennent dans les 30 jours suivant une intervention implantologique (mise en place de prothèse ou matériel prothétique)

Ne rentre pas dans la définition des IAS les infections asymptomatiques et les infections déjà présentes lors du premier contact avec le système de santé

Facteurs aggravant

- Environnement dans lesquels sont délivrés les soins,
- Qualité des actes de soins, qu'elles soient thérapeutiques ou diagnostiques,
- Et l'état pathologique du patient

L'IAS associée à l'environnement de soins renvoie à la présence physique dans la structure de soins ; elle concerne les patients, mais aussi les professionnels de santé et les visiteurs. Elle concerne des microorganismes d'origine environnementale mais aussi des infections à transmission interhumaine telles la grippe ou la rougeole.

L'IAS associée à l'acte de soins concerne tout acte de soins pratiqué par un professionnel de santé, quel que soit le lieu de délivrance et sa finalité (diagnostique, thérapeutique, dépistage ou prévention primaire)

Etat des lieux de la connaissance des IAS de ville

- La fréquence des IAS de ville est méconnue et est probablement sous-estimée, y compris pour certaines infections sévères ;
- Les IAS de ville graves causes d'hospitalisation restent rares ;
- Il existe une difficulté à établir un lien entre l'infection et une consultation en ville, de même que, parfois, de faire la distinction entre IN et IAS;
- Il existe enfin un risque potentiel d'augmentation des IAS révélées en ville lié à des hospitalisations plus courtes et aux prises en charge ambulatoires dans les établissements de santé

Le fait de professionnels médicaux ou paramédicaux

Les infections éventuellement consécutives à des actes qui ne sont pas effectués par des professionnels de santé ne sont pas des IAS

Coût économique et humain considérable

Prévention délicate par la multiplicité des causes

Vigilance renforcée et actions de prévention de la qualité des soins et sécurité de l'environnement où sont prodigués les soins

Risque zéro n'existe pas

IN

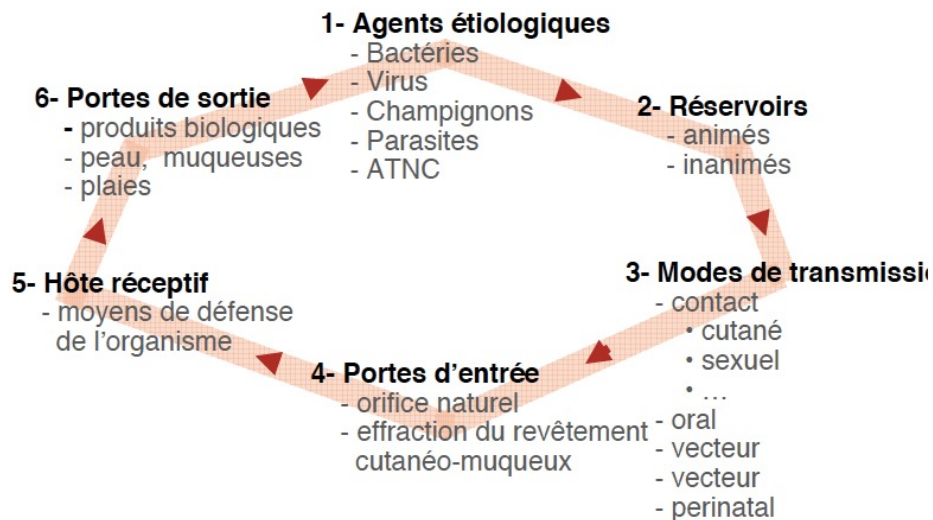
Les infections nosocomiales (IN) font partie des infections associées aux soins : elles sont contractées en milieu hospitalier alors que le patient n'en était pas porteur au moment de son admission dans l'établissement.

Ces infections peuvent être directement liées aux soins (au cours d'un acte invasif, par exemple) ou survenir lors de l'hospitalisation, indépendamment de tout geste médical (en raison d'un épisode épidémique, entre autre).

Lorsque l'état infectieux du patient à l'admission est inconnu, l'infection est classiquement considérée comme nosocomiale si elle apparaît après un délai de 48 heures d'hospitalisation

Transmission des infections

Rappel : chaîne épidémiologique



Transmission des maladies infectieuses

Transmission	Exemples
1. Contact	Direct : peau, contact sexuel Indirect : liquide biologique
2. Oral	Aliments contaminés
3. Aéroportée	Inhalation d'aérosol contaminé
4. Vecteur	Animé : animaux (moustiques...) Inanimé : matériel
5. Périnatal	Cf. contact In utero ou à la délivrance

Transmission

Modes	Mécanismes	Exemples
Aérosols	Émission de particules infectieuses <5 microns, capables de rester en suspension dans l'air et d'être inhalées.	Tuberculose, varicelle, rougeole, anthrax pulmonaire, légionellose.
Gouttelettes	Particules > 5 microns, ne restant pas en suspension, mais projetées dans l'air sur de courtes distances (# 1 m) et pénétrant par les muqueuses.	Streptocoques du groupe A, méningocoques, oreillons, grippe, coqueluche.
Contact • Direct • Indirect	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission lors d'un contact entre deux personnes. • Entre personnes par l'intermédiaire d'un véhicule tel q'un dispositif médical, un aliment, un soignant. 	<ul style="list-style-type: none"> • SARM, VIH, hépatite B, maladies transmissibles par gouttelettes. • Mêmes maladies selon la capacité de survie de l'agent infectieux en dehors du corps humain.

3. IN/IAS : recherche des événements

NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

PubMed.gov

nosocomial infections

Search

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to

Sorted by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS

RESULTS BY YEAR

124,205 results

1 [Nosocomial infections].

Kerwat K, Graf J, Wulf H.

Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schm

Epub 2010 Jan 19.

PMID: 20091478 Review. German.

It is estimated for the year 2006 that around Germany and that among these 10,000 to **infection** is not a synonym for medical or

NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

PubMed.gov

health care-associated infections

Search

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to

Sorted by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS

RESULTS BY YEAR

18,204 results

1 [Nosocomial infections in intensive care units].


Zaragoza R, Ramírez P, López-Pueyo MJ.

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014 May;32(5):320-7. doi: 10.1016/j.eimc.2014.02.006. Epub 2014 Mar 21.


PMID: 24661994 Review. Spanish.

Nosocomial infections (NI) still have a high incidence in intensive **care** units (ICUs), and are becoming one of the most important problems in these units. ...Based on the data from the ENVIN-UCI study, the rates and aetiology of the main **nosocomial** ...

IN/IAS à l'hôpital

 National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

Log in

 PubMed.gov

×

Search

[Advanced](#) [Create alert](#) [Create RSS](#) [User Guide](#)


Save

Email

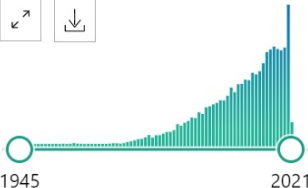
Send to

Sorted by: Best match

Display options

MY NCBI FILTERS 

RESULTS BY YEAR



1945 2021

21,954 results

☐ [\[Nosocomial infections\]](#).

1 Kerwat K, Graf J, Wulf H.

Cite Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2010 Jan;45(1):30-1. doi: 10.1055/s-0029-1243375. Epub 2010 Jan 19.

Share PMID: 20091478 [Review](#). [German](#).

Nosocomial infections in general lengthen the duration of **hospitalisation** by on average 4 days - with associated extra costs of 4000 to 20,000 Euro per case. About a third of all infections acquired in **hospital** are considered to be avoidable. However, the cla ...

IN/IAS en médecine générale



National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

Log in

PubMed.gov

nosocomial general practice



Search

[Advanced](#) [Create alert](#) [Create RSS](#)

[User Guide](#)

Save

Email

Send to

Sorted by: Best match

Display options

MY NCBI FILTERS

266 results

RESULTS BY YEAR



Medical Error Prevention.

1

Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE.

Cite

2020 Oct 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan–.

PMID: 29763131

[Free Books & Documents.](#)

[Review.](#)

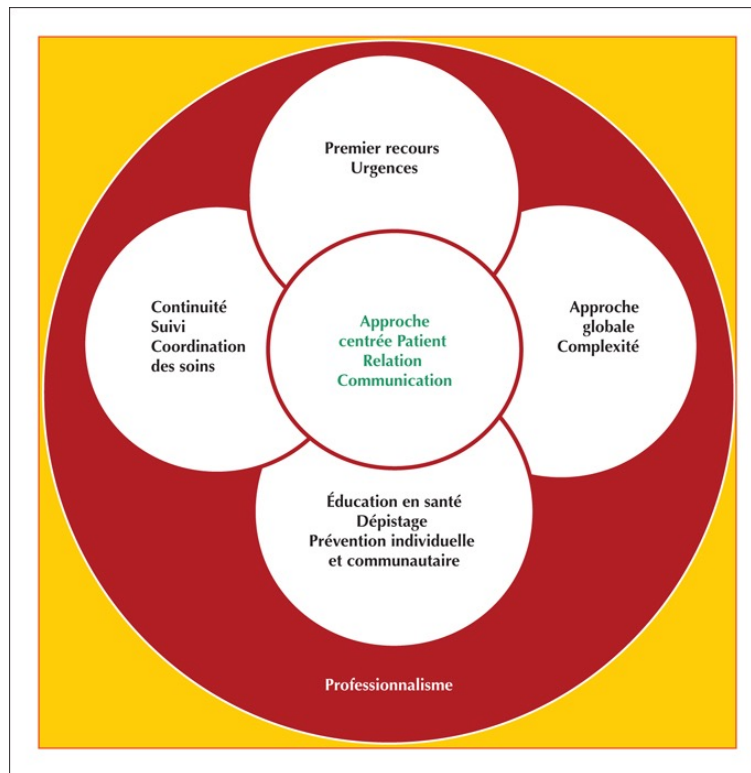
Share

Take extra time with patients who have been prescribed anticoagulants and chemotherapeutic agents. To prevent **nosocomial** infections, hand washing should be routine before and after visiting each patient.

...This may stem from Hippocrates, primum no nocere, or "First, do no ...

4. Médecine Générale et Médecine de Ville: le contexte

6 compétences génériques
(CNGE): soins centrés patient



Modes d'exercice du MG

Cabinet médical: seul ou groupe

En EHPAD

Exercice coordonné

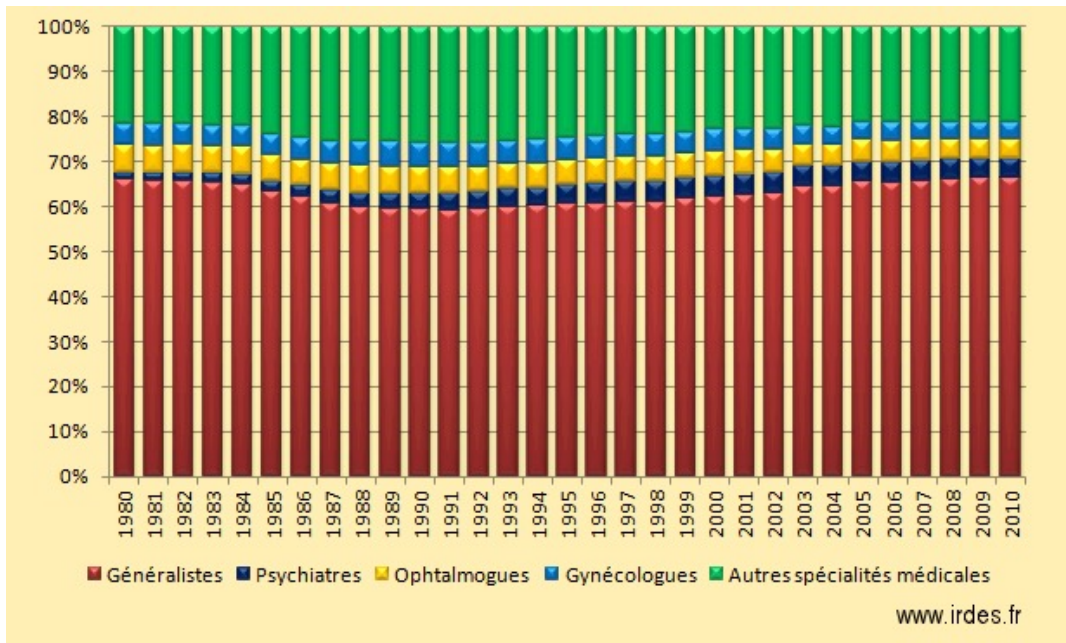
- MSP: maison de santé pluriprofessionnelle (ARS)
- Centre de santé (salariat)
- CPTS: communauté professionnelle territoriale de santé (ARS)

Particularités

- Consultations sans RDV et avec RDV, soins non programmés
- Visites à domicile programmées ou urgence

Consultations au cabinet (IRDES)

- Part des consultations des MG en 2010: 66,2%
- Moyenne: 22 consultations par jour



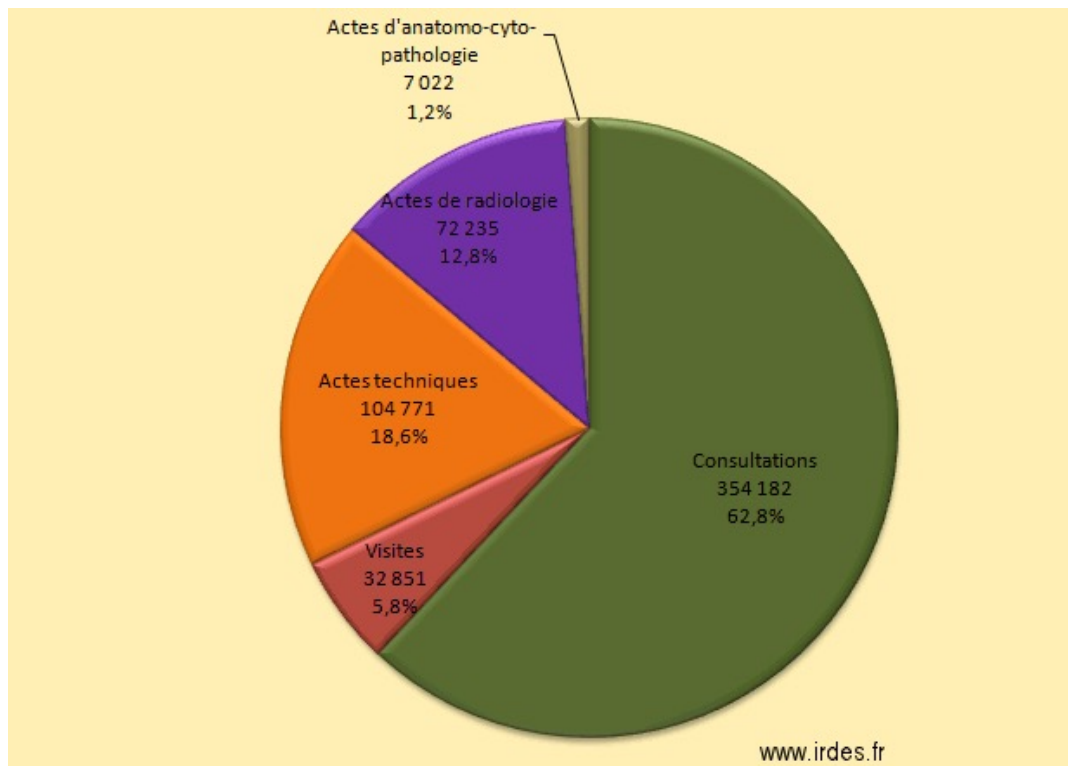
Composition de l'activité des médecins libéraux en 2010 (IRDES)

Consultations: 62,8%

Actes techniques: 18,6%

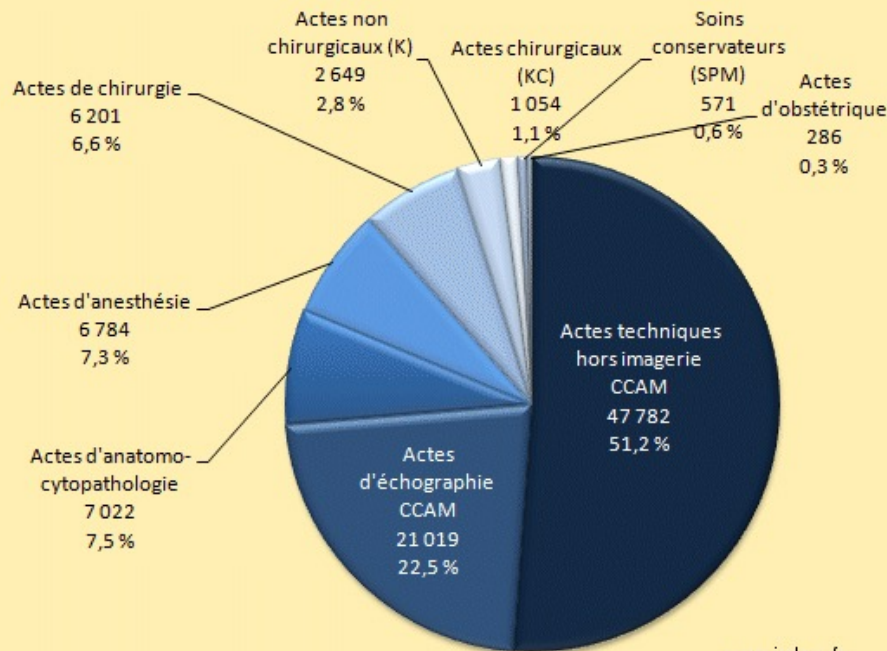
Visites à domicile 5,8%

Nombre de visites à domicile en
baisse: de 77 millions en 2000 à
22 millions en 2016



Composition des actes techniques pratiqués toutes spécialités confondues

89 % des actes techniques sont effectués par les spécialistes libéraux, ce qui représente 93 millions d'actes en 2010



Situations à risque : le retour à domicile

Prise en charge de patients à la sortie d'une structure de soins

- Hôpital, SSR, EHPAD, etc.
- Opéré
- Infecté

Infection nosocomiale et IAS

- Pas de condition formelle de délai mais
 - 48 h...
 - 30 jours
 - Pour infections site opératoire
 - Un an
 - Si pose prothèse ou implant
 - Des années
 - Maladie de Creutzfeldt-Jakob
 - Jusqu'à 50 ans
 - ...

Le risque infectieux en ambulatoire

- La prise en charge ambulatoire de patients de plus en plus fragiles immunodéprimés et la réalisation plus fréquente d'actes invasifs en ambulatoire augmentent le risque d'infections
- Mais l'absence de données épidémiologiques ne permet pas d'évaluer précisément la prévalence et l'incidence de ces transmissions. Actuellement, la fréquence des infections liées à ces soins est donc certainement sous-estimée
- Saisonnalité des risques: Hiver (bronchiolites, grippe, etc.); printemps (gastro-entérites, fièvres éruptives, etc.); été (infections cutanées, plaies, piqûres d'insectes, etc.); automne (brassage collectif avec augmentation de la contagiosité, etc.)

Des agents infectieux variés et des modes de transmission bien connus

- Le personnel soignant exposé lors de blessures avec du matériel contaminé ou de projections de liquides biologiques sur des muqueuses.
- Pour le patient, utilisation de matériel contaminé (matériel réutilisable) insuffisamment décontaminé
- Plus exceptionnellement, une transmission directe d'un soignant à un patient.
- Les surfaces et les objets: rôle de relais dans la chaîne de transmission de l'infection (les mains ou du matériel qui se trouve par la suite en contact avec le patient).

Étiologies et sources d'épidémies d'infections liés aux soins ambulatoires

Infections	Nombre de publications (années)	Lieux ou modes de contamination suspectés
Hépatite B	18 (1974-1995)	Dentistes, médecins, patients, aiguilles d'acupuncture, ampoules multidoses, dispositifs à injections multiples
Kérato-conjonctivite à adénovirus	10 (1950-1993)	Infirmières, tonomètres, mains des soignants
Infections à mycobactéries non tuberculeuses (abcès des tissus mous, bactériémies, otites)	8 (1969-1996)	Ampoules de médicaments ou solutions à usages multiples, aiguilles à biopsie, instruments d'otologie
Tuberculose	7 (1989-1997)	Patients, médecins, infirmières
Infections à <i>Pseudomonas</i> (arthrite septique, bactériémies, endophtalmies, infections urinaires, pseudo-pneumonies, pseudo-sinusites)	6 (1977-1996)	Ampoules de médicaments ou solutions à usages multiples, perfusions, bronchoscopes, solutions de rinçage, sondes pour rééducation urodynamique
Rougeole	4 (1983-1985)	Patients
VIH	3 (1992-1995)	Dentistes, patients
Autres infections (abcès à streptocoque A, arthrite septique, hépatite C, rubéole, mononucléose infectieuse, légionellose...)	16 (1976-1997)	Ampoules de médicaments ou solutions à usages multiples, instrumentation dentaire, patients, systèmes de ventilation...

Comme nous l'avons vu plus haut...

Situations à risque IAS

- Infections site opératoire
- Infection post-inoculation
- Infections transmises par voie aérienne
- Infections manuportées
- Infections par voie cutanée

Facteurs aggravant

- Environnement dans lesquels sont délivrés les soins,
- Qualité des actes de soins, qu'elles soient thérapeutiques ou diagnostiques,
- Et l'état pathologique du patient

Cas clinique

Sepsis après mésothérapie

Un homme âgé de 42 ans prend un rendez-vous urgent pour une névralgie cervico-brachiale droite apparue la veille après une partie de tennis.

Le médecin lui propose une séance de mésothérapie (trapèze gauche, base du cou) et trt AINS et antalgiques

La semaine suivante, il ne se sent pas bien du tout après son retour de voyage et consulte de nouveau le médecin qui lui pratique une 2^{ème} séance de mesothérapie afin de pouvoir effectuer un voyage professionnel en train

Le soir fatigué, il va aux urgences car ne se sent pas bien et est transféré en rea pour sepsis (abcès paravertébral du trapèze G, meningite purulente et epidurite C1-C2)

Pronostic engagé mais finira par guérir mais garde des séquelles et a dû interrompre ses activités professionnelles pendant 8 mois

Jugement et Expertise

- Le médecin déclare s'être lavé les mains avec du savon, utilise des aiguilles sous cutanées jetables. Il utilise un mélange d'1/4 d'ampoule de Feldène® et d'une ampoule de Procaine 2%®, dans une seringue de 10 ml, pour trois injections d'environ 1 cm de profondeur le long des épineuses ; puis il met des pansements car cela peut saigner et tâcher les vêtements. Il est habituel que, dans cette localisation, il ne fasse pas déshabiller les patients, il les fait asseoir et baisse le col de la chemise. Il déclare nettoyer la peau à l'alcool à 70° , ne pas utiliser de gants
- Les soins non conformes : la désinfection cutanée à l'alcool à 70° est insuffisante, l'hygiène des mains également : il n'y a pas de désinfection, pas de port de gants
- Le patient n'a pas été informé des risques infectieux en rapport avec la mésothérapie
- Le dommage lié à l'acte de soins : le germe responsable est un staphylocoque doré sensible à la méticilline, d'origine probablement endogène
- Cette infection est responsable de séquelles (dont une IPP fixée à 20%) et d'un préjudice professionnel
- Pour le MG, non respect des bonnes pratiques et RCP engagée

D'autres exemples

- Abscesses du bras (deltoïde) après vaccination
- Arthrite septique après une infiltration
- Hématome-Abscesses de la paroi abdominale après intervention chirurgicale
- Abscesses de la fesse après injection IM non profonde de corticoïdes,
- Infections (respiratoire, cutanée, etc.) suite à une attente prolongée en salle d'attente, etc.

Ceci interpelle:

- Sur l'application des recommandations de bonne pratique
- Sur la formation continue (DPC)
- Sur les risques médico-légaux et RCP du soignant
- Sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Médecine Générale/Cabinet libéral/Domicile patient

- Soins primaires au cabinet
- Visites domicile, Ehpad
- Retour domicile hospitalisation (intervention chirurgicale, cancer, etc.): un % non négligeable est suivi par le binôme IDEL/MG

Liste des actes en MG (non exhaustifs)

- Prélèvements et injections (IV, IM, SC, Intradermo)
- Pose d'implant sous cutané
- Sutures
- Vaccinations
- Acupuncture
- Mésothérapie
- Auriculothérapie
- Infiltrations
- Exérèse verrues, molluscum, cryothérapie
- Exérèse thrombose hémorroïdaire
- Exérèse ongle incarné, évacuation hématome sous unguéal
- Exérèse corps étranger, abcès, kyste sébacé

- Ecouvillonnage, TDR
- Médecine esthétique
- Pansements simples, complexes
- Examen oculaire, sphère ORL, otoscopie, ablation bouchon de cerumen
- Extraction de fécalome
- Touchers pelviens, examen génito-urinaire, pose et retrait DIU
- Echographie externe
- Application de contentions souples
- ECG, stéthoscope, brassard à TA

Activités soins primaires en MG (aff.resp.)...Saisonnalité !!!

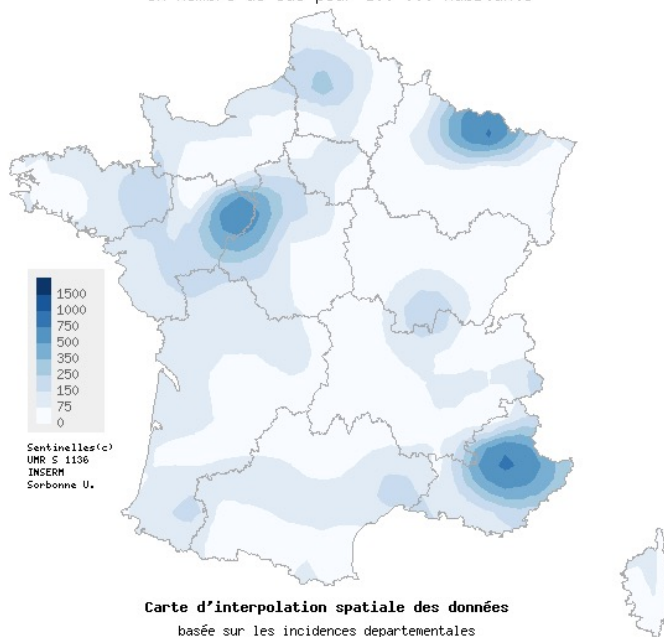
<https://www.sentiweb.fr/>

Sentinelles
Réseau Sentinelles

Au niveau régional, les taux d'incidence les plus élevés ont été observés en : Pays de la Loire (254 [159 ; 349]), Grand Est (192 [112 ; 272]) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (167 [94 ; 240])

Surveillance de la GRIPPE : il n'y a pas de circulation active des virus grippaux médecine générale et pédiatrie. La semaine dernière (2021s05), aucun virus grippal n'a été détecté

Infection respiratoire aiguë (IRA) Semaine 2021s05
en nombre de cas pour 100 000 habitants

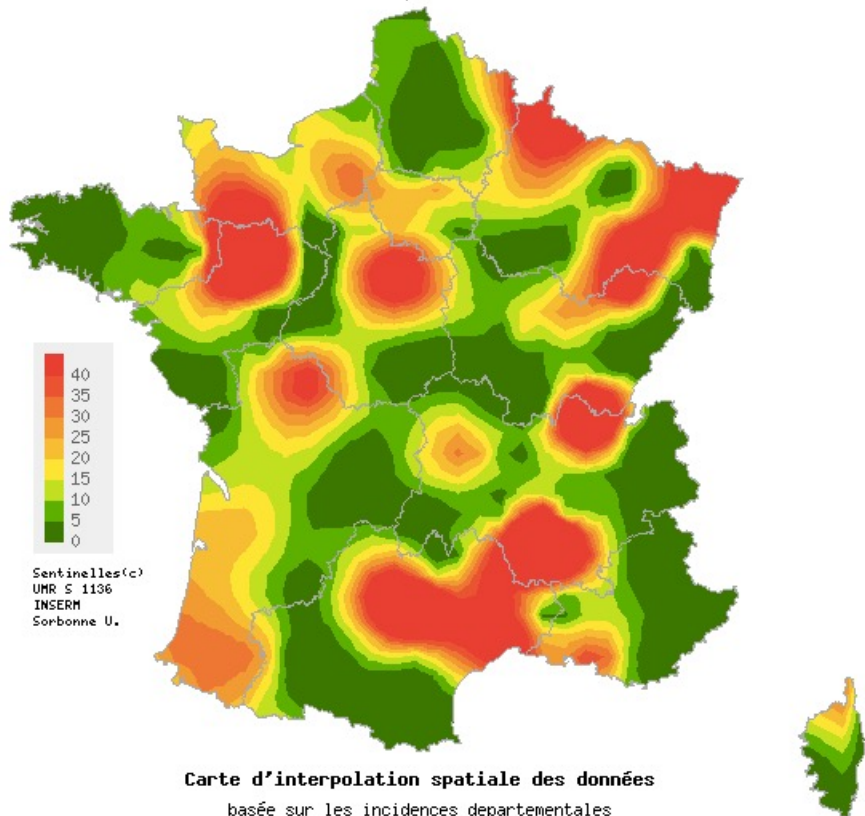


Activités SP en MG (Varicelle)

En France métropolitaine, la semaine dernière (2021s05), le taux d'incidence des cas de varicelle vus en consultation de médecine générale a été estimé à 20 cas pour 100 000 habitants (IC 95% [14 ; 26])

PACA: Tx d'incidence 18[0;53],
incidence 920[0;2723]

Varicelle Semaine 2021s05
en nombre de cas pour 100 000 habitants

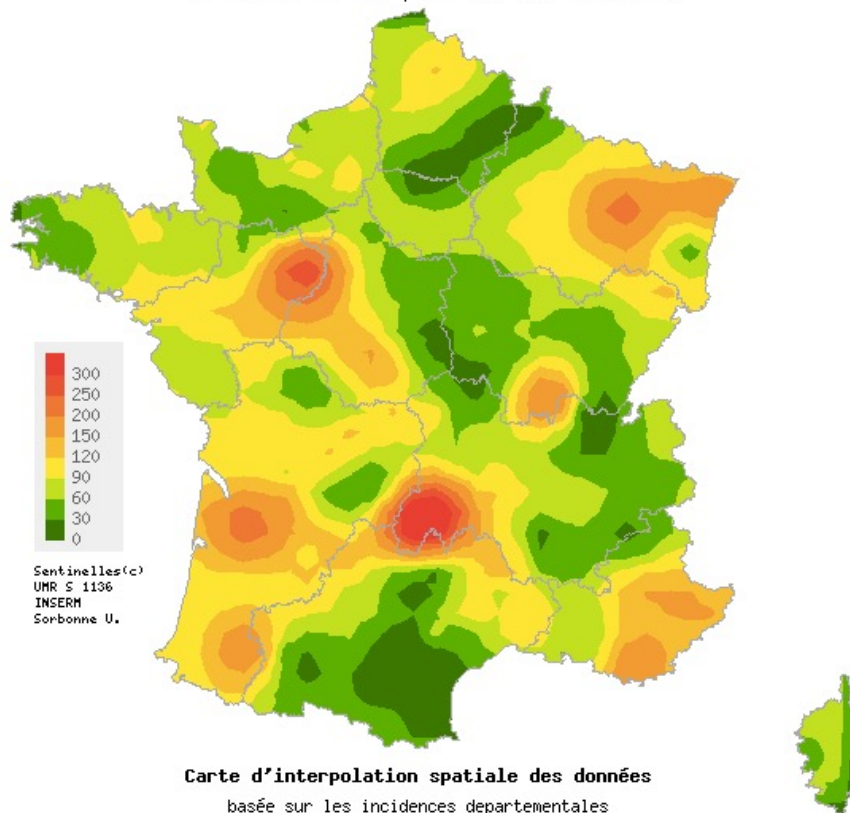


Activité SP en MG (GEA)

En France métropolitaine, la semaine dernière (2021s05), le taux d'incidence des cas de diarrhée aiguë vus en consultation de médecine générale a été estimé à 93 cas pour 100 000 habitants (IC 95% [80 ; 106]).

PACA: Tx d'incidence 120[49;191]
incidence 6168 [2545;9791]

Diarrhée aiguë Semaine 2021s05
en nombre de cas pour 100 000 habitants



IAS en cabinet de médecine générale, quels risques?

Pas de données chiffrées

Transmission croisée

- contact : dispositifs médicaux, surfaces
- gouttelettes, air
 - ✓ Virus++++ (épidémies de grippe, GEA) donc difficilement quantifiable (transmission? Incubation?)
 - ✓ SARS CoV

Exemple d'organisation du Cabinet et modifications des pratiques

Organisation

- RDC d'un immeuble (mon exemple)
- 2 cabinets de MG (30m² chacun) avec point d'eau chacun
- Salle d'attente, accueil (commun 20m²)
- WC et point d'eau
- Accueil sans secrétaire médical (agenda internet et plateforme téléphonique à distance)

Modifications des pratiques depuis la COVID-19 (Mars 2020)

- Recommandations sanitaires évoluent très vite
- Nouveaux protocoles sanitaires stricts
- Modification relation médecin-patient
- A la fois au service de l'individu et de la santé publique
- Développement de la Téléconsultation +++

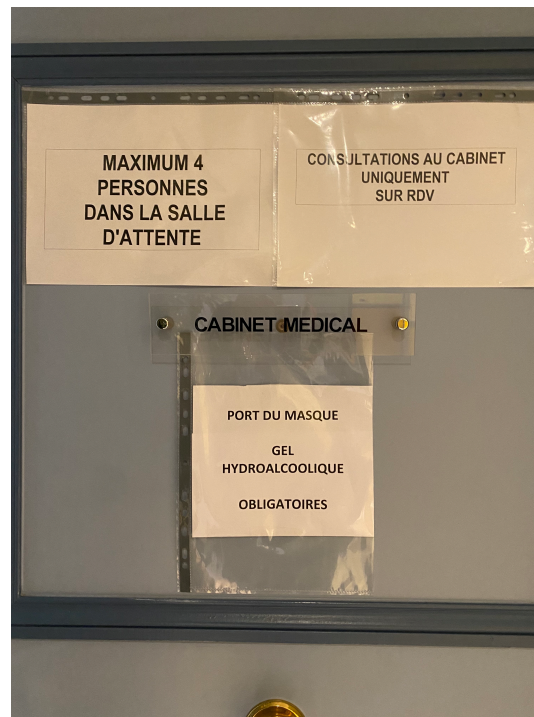
Salle d'attente, accueil des patients

Avant COVID-19

- Journaux
- Jouets enfants
- 15 chaises
- Consultations sans RDV (15 personnes dans 20m² !!! Et dans le couloir de l'immeuble)
- WC avec point d'eau et séchage des mains par essuie-main jetable dans poubelle à pied)

Depuis COVID-19

- Consultations sur RDV
- Plus de journaux, ni jouets
- 5 chaises max dans salle d'attente
- Gel hydroalcoolique à distribution automatique
- Port du masque obligatoire (soignant-soigné), façon de porter le masque
- Distanciation
- Aération des locaux
- Désinfection des surfaces de contact
- Education du patient
- Développement de la Télémédecine +++
- Aération des pièces +++





2 techniques lavage des mains



OU

- Avec de l'eau savonneuse
- Pendant 30 secondes.
- Il faut frotter suffisamment entre les doigts et sous les ongles mais aussi le bout des doigts, la paume et l'extérieur des mains, les jointures et les poignets.
- Rincer les mains à l'eau et sécher
- Séchage: pas de système à air chaud mais plutôt serviette propre ou air libre



Aération des pièces

- Des petites et des grosses particules dans l'air
- L'importance des courants d'air
- Aérer 10 minutes toutes les heures.
- C'est surtout dépendant de la taille de la pièce, du nombre de personnes qui sont présentes
- Faire attention aux lieux confinés

5. La prévention

Le PROPRIAS - Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins

Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins « Propias » a pour ambition de développer la prévention des IAS dans les trois secteurs de l'offre de soins:

- établissements de santé,
- établissements médico-sociaux,
- **et soins de ville**

en impliquant les usagers.

L'un des plans du programme concerne notamment la lutte contre les infections nosocomiales

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/infections-associees-aux-soins-ias/article/les-infections-nosocomiales-318585>

Le contexte

Le programme fait suite au plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins et prend en compte les programmes précédents :

plan national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 (Propin)
plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016
programme national de sécurité du patient 2013-2017
programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017.



<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/programme-national-d-actions-de-prevention-des-infections-associees-aux-soins/article/qu-est-ce-que-le-propias>

Les objectifs

3 axes prioritaires relatifs à la prise en charge du patient et de son parcours au sein des secteurs d'offre de soins :

- développer la prévention des infections associées aux soins
- renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance
- réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé

Le PROPIAS s'inscrit dans la durée, il évoluera au regard des évaluations

La gouvernance

Comité de pilotage conjoint des 3 directions générales concernées au sein du ministère chargé de la santé:

- DGOS
- DGCS
- DGS

Celles-ci décident:

- des orientations
- des priorités – antibiorésistance et signalement des IAS
- et des évolutions du programme

Comité de suivi accompagne la mise en œuvre du programme et assure la concertation des parties prenantes, dont les représentants d'usagers

Les plans et programmes associés

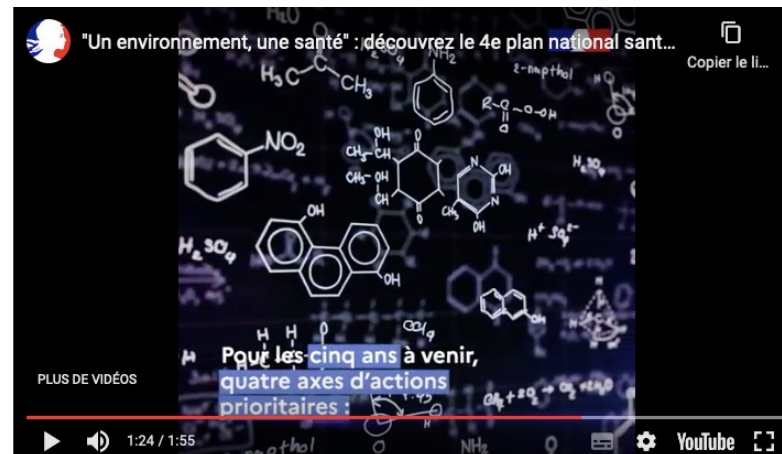
D'autres programmes ont été élaborés pour répondre aux objectifs nationaux de prévention de santé comme par exemple le programme national pour la sécurité du patient (PNSP) 2013-2017

- Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017
- Plan national santé environnement (PNSE 2015-2019)
- PNSE 4: 4e plan national santé environnement sur 5 ans (Mai 2021) : **Les ministres de la Transition écologique, et des Solidarités et de la Santé, « Un environnement, une santé », avec une ambition : mieux comprendre les risques auxquels chacun s'expose afin de mieux se protéger et protéger son environnement. La crise sanitaire de la Covid-19 a par ailleurs rappelé les interactions fortes entre santé humaine, santé animale et santé de l'environnement.**

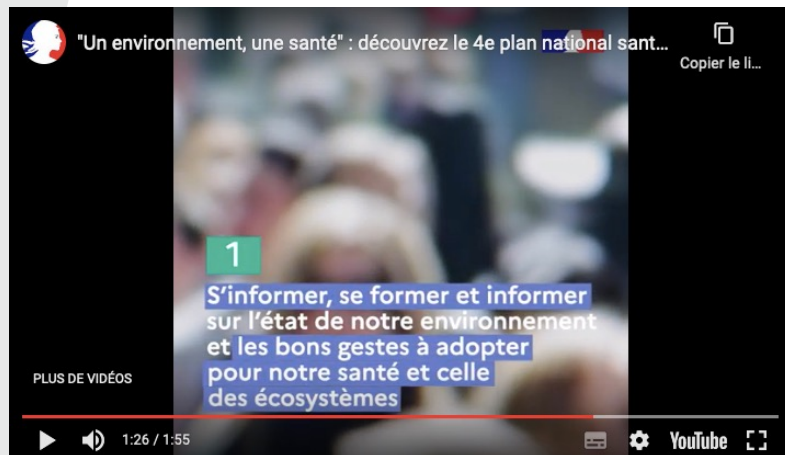
Les mesures phares du PNSE 4:

<https://youtu.be/biqBjSaQK9s>

- Connaître l'état de son environnement et les bonnes pratiques à adopter
- Être mieux informé sur la bonne utilisation des produits ménagers et leur impact sur la santé et l'environnement
- Approfondir les connaissances des professionnels sur les liens entre l'environnement et la santé
- Créer un Green Data for Health
- Structurer et renforcer la recherche sur l'exposome et mieux connaître les maladies liées aux atteintes à l'environnement
- Surveiller la santé de la faune terrestre et prévenir les zoonoses



Parmi les 4 priorités, 2 nous intéressent !!!



6. Recommandations, littérature: de la théorie à la pratique

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction générale de la santé



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

GUIDE DE BONNES PRATIQUES POUR LA
PRÉVENTION DES INFECTIONS LIÉES AUX
SOINS RÉALISÉS EN DEHORS DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Infections associées aux soins (IAS)
et médecine générale

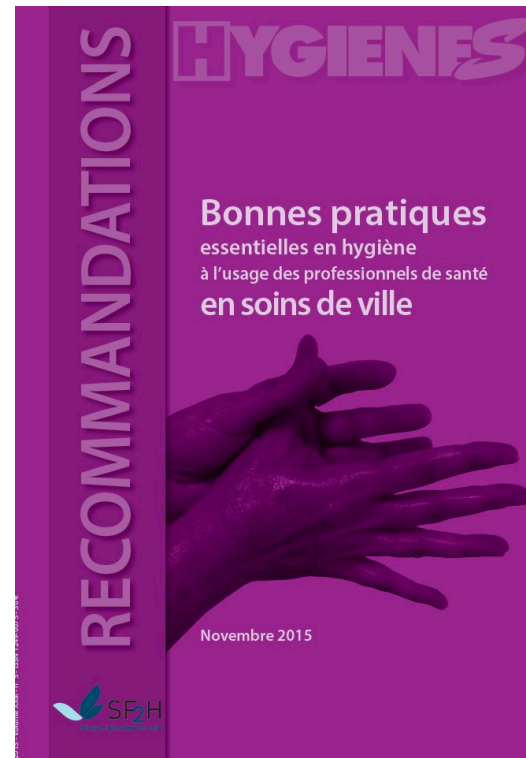


Hygiène et prévention du risque infectieux au cabinet médical

95 recommandations

637 références

1
* Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins
réalisés en dehors des établissements de santé *



HAS 2007 Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical => 95 recommandations, 637 références

Questions:

1. Quelle organisation pour le cabinet médical et quels entretiens des locaux et matériaux ?
2. Comment choisir et traiter le matériel médical ?
3. Quel doit être le niveau d'exigence d'hygiène des professionnels de santé ? Quelles sont les précautions standard à appliquer ?
4. Quelles sont les précautions supplémentaires à adopter et quelles sont les conditions de réalisation des gestes selon leur niveau d'invasivité? Antisepsie de la peau et des muqueuses
5. Equipements de protection personnelle
Quelles précautions prendre en fonction des risques spécifiques de certains patients ou de certains risques épidémiques ?

Guide SF2H 2015 Bonnes pratiques en soins de ville

- Il existe un réel besoin de recommandations simples et consensuelles pour l'hygiène en soins de ville.
- Objectif = aider les professionnels à choisir des mesures simples et pragmatiques à mettre en place pour réduire le risque infectieux associé à leur pratique.

Recommandations

Hygiène des mains et port des gants.....	11
Hygiène des mains lors des gestes techniques.....	15
Utilisation des antiseptiques.....	17
Port du masque.....	19
Accidents d'exposition au sang (AES) ou aux liquides biologiques	21
Traitement des dispositifs médicaux et des déchets	23
Principes d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés (DASRIA).....	24
Traitement des surfaces.....	26
Vaccination des professionnels de santé.....	27
Annexe - Les 5 indications de l'hygiène des mains.....	28
Organisation mondiale de la santé - 2012	

Responsabilités des PS

- **Responsabilité disciplinaire**
- **Responsabilité civile**
- **Responsabilité pénale**

Obligations déontologiques des MG

- **Article 49 (hygiène et prophylaxie) (article R.4127-49 du code de la santé publique)**

« Le médecin appelé à donner ses soins dans une famille ou une collectivité doit tout mettre en oeuvre pour obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie.

Il doit informer le patient de ses responsabilités et devoirs vis-à-vis de lui-même et des tiers ainsi que des précautions qu'il doit prendre. »

- **Article 71 (article R.4127-71 du code de la santé publique)**

« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires... »

Article 32 (article R.4127-32 du code de la santé publique)

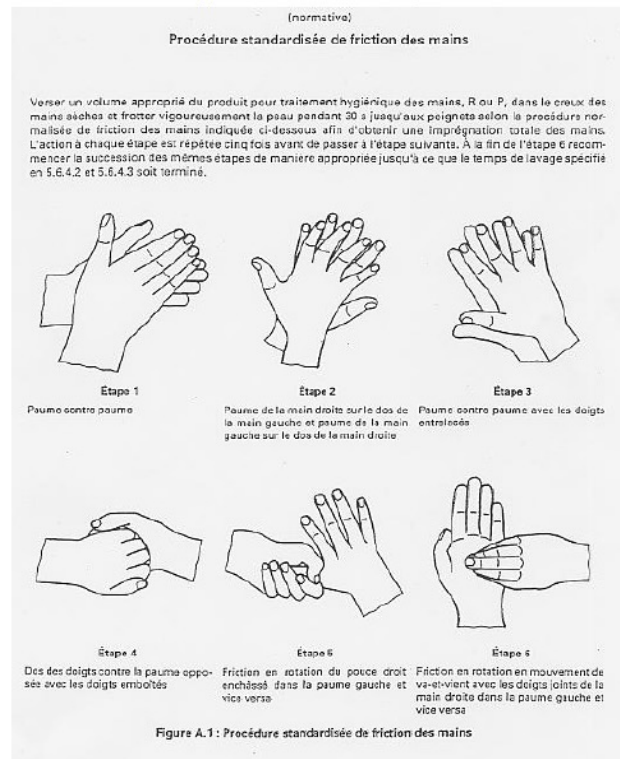
« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique)

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension...»

Hygiène des mains/recommandations

- Facteur majeur de prévention des infections liées aux soins en termes de morbidité et de mortalité (grade A)
- Procéder à un lavage des mains au savon doux en flacon non rechargeable à l'arrivée au cabinet, au départ du cabinet et en cas de mains visiblement souillées (Grade A): 30 à 60 secondes
- Se désinfecter les mains par friction hydro-alcoolique avant et après chaque patient et en cas d'interruption des soins (Grade A)
- Distributeur d'essuie-mains à usage unique
- Poubelle à pédale
- Point d'eau au cabinet



Désinfection des mains : panacée ?

Exemples d'études de Grade A

- **Lavage simple des mains (5 par jour)**
Réduction significative de l'incidence des infections respiratoires (- 45%)
 - Sans diminution du taux d'hospitalisation...
 - Étude non randomisée
 - Dans l'armée américaine pendant 2 ans
 - Ryan MAK et al. Handwashing and respiratory illness among young adults in military training. Am J Prev Med 2001;21(2) :79-83
- **Lavage simple et traitement hygiénique des mains par lavage**
Réduction significative de l'incidence des diarrhées (- 53% /-50%), des infections respiratoires hautes (-51% /-50%), basses (-50% / -45%) et de l'impétigo (-34% /-36%)
 - 3 bras :
 - Rien ; savon doux ; savon antiseptique
 - Randomisation par cluster
 - 3 x 300 foyers au Pakistan
 - n ~ 200 000 personnes
 - Luby SP et al. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. Lancet. 2005;366(9481):225-33.

Désinfection des mains : panacée ?

Exemples d'études de Grade A

- **Traitement hygiénique des mains par friction**
- Réduction significative de l'incidence des gastroentérites (IRR=0.41; $p=0.03$), à la limite de la significativité pour les infections respiratoires hautes (IRR=0.97 à 0.81; $p=0.83$ à 0.06 selon le nombre d'utilisations des PHA à 60% de concentration)
 - Etude contrôlée randomisée en milieu communautaire
 - Transmission infectieuse familiale
 - 292 familles (137 dans le groupe intervention, 155 dans le groupe contrôle) soit 1053 personnes
 - Sandora TJ, Taveras EM, Shih MC, Resnick EA, Lee GM, Ross-Degnan D, et al. A randomized, controlled trial of a multifaceted intervention including alcohol-based hand sanitizer and hand-hygiene education to reduce illness transmission in the home. *Pediatrics* 2005;116(3):587-94.



Antisepsie en peau saine/peau lésée

Réaliser une antisepsie cutanée avant la réalisation d'un geste invasif (Grade A)

N'utiliser aucun antiseptique dans la détersion des plaies chroniques et des ulcères de jambe (Grade C), dans l'eczéma de contact et la dermatite atopique (Grade B)

Panier de soins antiseptiques

Peau saine	Peau lésée	Muqueuse
Chlorhexidine alcoolique Povidone iodée alcoolique Alcool à 70 % Soluté de Dakin Biseptine®	Povidone iodée aqueuse Soluté de Dakin Chlorhexidine aqueuse Biseptine®	Povidone iodée aqueuse Soluté de Dakin Chlorhexidine aqueuse

SOINS CUTANES

Exemple : Réfection d'un pansement

- En cas de plaie infectée, retirer le pansement avec une pince ou une main gantée, jeter le gant en le retournant sur le pansement afin de protéger l'environnement.
- Travailler du plus propre vers le plus sale.
- Le matériel et les compresses en contact avec la plaie doivent être stériles.
- Commencer par un nettoyage du pourtour de la plaie sans toucher le centre en effectuant un seul passage avec chaque compresse.
- Eliminer le matériel souillé au fur et à mesure vers la zone sale du plan de travail.
- Si un patient a plusieurs pansements, prendre du matériel stérile à chaque pansement et toujours commencer par la plaie la plus propre.
- Privilégier un usage individuel pour tous les produits à application locale (pommade, antiseptique, collyre..).
- Vérifier la date de péremption et noter la date d'ouverture du tube avant utilisation.
- Appliquer les produits médicamenteux (pommade ou antiseptique par exemple) à l'aide d'une compresse et jamais directement sur la plaie.

Traitement des dispositifs médicaux (DM)

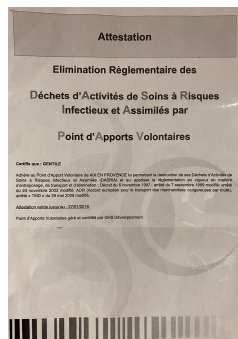
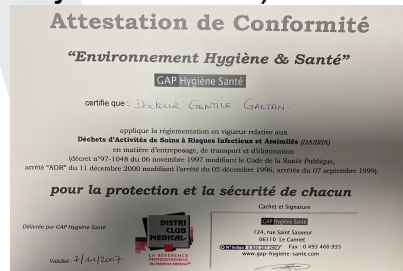
Classification

- DM critiques : contact avec le système vasculaire ou avec une cavité stérile quelle que soit la voie d'abord
- DM semi-critiques : contact avec les muqueuses ou la peau lésée superficiellement
- DM non critiques : en contact avec la peau saine ou sans contact avec le patient

Gestion des déchets d'activité de soins à risque

Triage/collecteurs pour OPCT/abonnement
par prestataire/filière
d'élimination/incinération

Recommandations sur les précautions
d'utilisation de ces collecteurs (circulaires
n° 554 du 1er septembre 1998 et n° 34 du
11 janvier 2005)



https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Dasri_BD.pdf

→ Choix des emballages en fonction du type de déchets

Type de conditionnement	Norme	Type de DASRI pouvant y être déposés		
		Perforants	Solides ou mous	Liquides
Sacs en plastique ou en papier doublés intérieurement de matière plastique	NF X 30-501			
Caisses en carton avec sac intérieur	NF X 30-507			
Fûts et jerricans en plastique	NF X 30-505			
Minicollecteurs et boîtes pour déchets perforants	NF X 30-500			
Fûts et jerricans pour déchets liquides	NF X 30-506			



655WDD 0

Fût en plastique (DASRI mous et perforants)

Les sacs en plastique, les sacs en papier doublés intérieurement de plastique et les caisses en carton avec soc intérieur ne peuvent recevoir des déchets perforants que si ceux-ci sont préalablement conditionnés dans des boîtes et minicollecteurs définitivement fermés.

Matériels à usage unique

- A performance égale, et d'une manière générale, la circulaire DGS/DH n° 672, 20/10/97 recommande d'utiliser du matériel à usage unique préférentiellement à un matériel réutilisable(Réglementaire)
-
- La circulaire DGS/SQ 3, DGS/PH 2 - DH/EM 1 n° 51 du 29 décembre 1994 indique que le matériel à usage unique ne doit pas être réutilisé(Réglementaire)
-

Traitement des DM réutilisables immergeables

Difficultés liées à la mise en oeuvre de la stérilisation, de la désinfection des DM en cabinet =>

Avant de s'engager dans la mise en oeuvre de ces procédures, procéder à une évaluation

- Des pratiques
- Des besoins
- Exemples de DM concernés :Instrumentation de petite chirurgie en médecine générale, spéculums vaginaux ...

Traitement des DM réutilisables non immergeables

Il est recommandé d'utiliser un support non tissé imprégné d'un produit détergent-désinfectant ou désinfectant, pour la désinfection des dispositifs médicaux non critiques ou semi-critiques réutilisables ne supportant pas l'immersion:

Exemples:

- Brassard tensionnel
- Stéthoscope
- Sonde ultrasonique
-

Stérilisation

La circulaire DGS/DH n° 672, 20/10/97 indique que

- « dans l'état actuel des connaissances, la stérilisation par la vapeur d'eau saturée sous pression doit être la méthode appliquée lorsque le dispositif le supporte » (Réglementaire)

En pratique, nous ne pratiquons pas la stérilisation des instruments et nous utilisons que du matériel jetable (abandon Poupinel et autoclave trop cher)

Masques médicaux / Blouse

- Le port du masque facial médical (de soins ou chirurgical) est recommandé pour la réalisation de certains gestes à haut niveau d'asepsie (exemples: actes de petite chirurgie au laser en dermatologie ou en gynécologie)
- Inutile pour la pratique d'une petite chirurgie (grade B)
- Modification depuis COVID-19 devant tout patient (FFP2x2/j privilégié) Mars 2020
- Au cabinet, la blouse est la tenue professionnelle de base pour la réalisation d'un soin. Elle doit avoir des manches courtes, sur des vêtements à manches courtes ou retroussées, pour faciliter le lavage des mains et doit pouvoir être lavée à haute température (supérieure à 60° C)
- Surblouse de protection à usage unique (en cas de projection de sang ou liquide biologique ou soin à risque BMR) pour un soin à un seul patient

Gestes

Geste	Antiseptique	Temps*	Gants	Masque	Particularités
Ponctions IV, IM, SC et ID	Oui Non (OMS)	2	Non	Non	Si un produit antiseptique et une compresse sont utilisés pour désinfecter la peau avant une injection, leur préparation doit être instantanée et l'usage unique. Il est recommandé d'abandonner l'usage des boules de coton.
Anesthésie locorégionale	Oui	2	Non	Non	
Biopsie cutanée	Oui (chlorhexidine alcoolique)	2	Non	Non	
Pose d'un implant contraceptif	Oui (chlorhexidine alcoolique ou PVPI alcoolique)	2	Non Stérile (NS)	Non	Procédure « No touch »
Petite chirurgie	Oui	5	NS	Non	
Sclérose de varices	-	-	-	-	Aucune donnée retrouvée
Acupuncture	Oui	2	Non	Non	L'usage unique des aiguilles est considéré comme la pierre angulaire de la prévention
Mésothérapie	Oui (alcool à 70 % et Biseptine®)	2	Non	Non	
Plaies (propres et souillées)	Non	3			Le recours aux antiseptiques n'est pas recommandé ; seule, une déterision au sérum physiologique l'est. Une surblouse à usage unique peut être nécessaire en cas de risque de projection, devant une plaie infectée et étendue

Geste	Type de DM	Usage unique	Traitement	Gants	Particularités
Mesure de la température corporelle	Semi-critique		Désinfection de niveau intermédiaire	Non	Intérêt des protections à usage unique
Mesure de la pression artérielle	Non critique	-	Désinfection de bas niveau	-	Lingette imprégnée de détergent-désinfectant
Auscultation stéthoscopique	Non critique	-	Désinfection de bas niveau	-	Quotidienne par l'alcool à 66 %
Otoscopie	Non critique	Oui (spéculum auriculaire)	Désinfection de bas niveau (manche)	-	
Touchers pelviens	-	-	-	NS	Doigtier ou gant non stérile
Examen cervico-vaginal	Semi-critique	Oui (spéculum vaginal)	Stérilisation	NS	
Explorations ultrasoniques			Privilégier le matériel immergeable		En l'absence d'effraction cutanée, le gel d'échographie sera non stérile, en petit flacon, à jeter quotidiennement à la fin d'une journée d'explorations En cas d'effraction cutanéomuqueuse, le gel d'échographie sera stérile en monodose
Explorations ultrasoniques Sonde abdominale	Non critique	-	Essuyage simple ou double au papier ou Désinfection de bas niveau	Non	

Injections: recommandations OMS

- Matériel d'injection à usage unique (seringues, aiguilles)
- Conditionnements unidoses
- Peau souillée ou visiblement sale: laver préalablement à toute injection
- Peau visiblement propre: désinfection avec un produit antiseptique n'est pas nécessaire
- Gants: non nécessaires pour les injections (gants à usage unique peuvent être indiqués en prévision d'un saignement excessif)
- Injections d'insuline chez le diabétique: pas d'augmentation du risque infectieux lorsque les injections sont réalisées sans préparation cutanée

Accidents d'exposition au sang (AES): recommandations OMS

Ne pas recapuchonner les aiguilles

Procédure à suivre:

- Interrompre le soin ou l'acte en cours
- Procéder à des soins locaux immédiats: Antisepsie à 5 temps
- Dérivés chlorés: Dakin ou l'eau de Javel à 2.6 % de chlore actif diluée de 1/5 à 1/10
- Produits iodés
- Chlorhexidine alcoolique
- Alcool à 70°
- Ou tout antiseptique à large spectre disponible
- Temps de contact d'au moins 5 minutes

Vaccinations des PS

- Obligation à tout professionnel de santé d'être vacciné contre la tuberculose et d'être immunisé contre l'hépatite B (Grade A), la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite
- Recommandé, pour tous les professionnels de santé, de se vacciner contre la grippe saisonnière chaque année – (Grade A)
- **Et aujourd'hui : vaccin COVID-19**

- **Hygiène respiratoire dans la salle d'attente = prévention de la transmission croisée GOUTTELETTES et AIR**

Encourager toutes les personnes ayant des signes et des symptômes d'infection respiratoire à :

- ① Se couvrir le nez et la bouche en cas de toux
- ② Utiliser un mouchoir pour recueillir les sécrétions respiratoires
- ③ Jeter les mouchoirs dans la poubelle la plus proche après utilisation
- ④ Procéder à une hygiène des mains après contact avec les sécrétions respiratoires ou avec des objets contaminés
- ⑤ Encourager ces personnes à s'asseoir à au moins un mètre des autres

=> Modalités

- ① Mettre à disposition, si possible, le matériel nécessaire (Mouchoirs, savon, point d'eau, PHA, poubelle...)
- ② Mettre à disposition, si possible, en cas d'épidémie d'infection respiratoire, chez les personnes qui toussent un masque chirurgical

Au total le constat !!!

- **>100 000 médecins généralistes et quasiment autant de pratiques => Hétérogénéité des gestes d'hygiène +++**
- **Ecart majeur entre les recommandations et la mise en pratique car :**
 - ① Recommandations méconnues
 - ② Frein financier
 - ③ Manque de temps
- **Comment évaluer les conséquences et les IAS contractées en cabinet de médecine générale? Met on en danger nos patients dans nos cabinets?**
- **Les points critiques:**
 - ① Hygiène des mains
 - ② Désinfection des locaux
 - ③ Nettoyage des dispositifs médicaux
- **Et l'aération des locaux? La filtration? Pas de recommandations...**

Signalement des IAS/Cadre réglementaire

- E-sin : signalement externe des infections nosocomiales
(<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins/articles/e-sin-signalement-externe-des-infections-nosocomiales>)
- Articles [L1413-14](#) et R [6111-12 à 17](#) du Code de la Santé Publique)
- [Article R6111-12](#): Les établissements de santé signalent de façon non nominative la survenue de toute infection nosocomiale et recueillent les informations concernant les infections nosocomiales soumises à signalement...
- [Article R6111-16](#): Tout médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme ou membre du personnel paramédical qui, dans l'exercice de ses missions au sein d'un établissement de santé, constate un ou plusieurs cas d'infections nosocomiales...
- **Evènement indésirable associé à des soins**: https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil

INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/RI3/2012/75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R.6111-12 du Code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées

Les indicateurs de qualité et sécurité des soins ?

Pour les établissements de santé

IQSS 2019 - IAS : Expérimentation de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur le thème des infections associées aux soins

ICSHA.3 reste le seul indicateur recueilli en 2019 et de nouveaux indicateurs ont été expérimentés en 2019 (trois indicateurs):

- Indicateur d'évaluation de la vaccination antigrippale du personnel hospitalier
- Indicateur de bonnes pratiques d'antibiothérapie
- Indicateur de bonnes pratiques de précautions complémentaires contact

Quid des médecins généralistes et autres PS ambulatoire ?

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2964298/fr/iqss-2019-ias-experimentation-de-nouveaux-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-sur-le-theme-des-infections-associees-aux-soins

Evaluation des pratiques professionnelles

Il existe des référentiels de recommandations de bonne pratique et référentiels métier

- HAS (<https://www.has-sante.fr/>)
- CNGE (<https://www.cnge.fr/>)
- Collège de la médecine générale (<https://lecmg.fr/>)
- SFMG (<http://www.sfm.org/accueil/>)
- SFTG (<https://www.sftg.eu/>)
- Collège Infectiologie (<https://www.infectiologie.com/>): SPILF, etc.

Il existe des référentiels pour les recommandations de la prévention et surveillance des IAS

- SF2H (<https://www.sf2h.net/>): promotion de l'hygiène en milieu de soin

Messages-clés

- Désinfection des mains (appliquer le protocole, savon doux)
- Antiseptiques (Alléger le panier de soins...)
- Précautions standard (Masque...)
- DM (Usage unique et jetable; Désinfection: contraint et forcé)
- Protection du soignant (AES, Vaccinations soignant)

7. Ce que le COVID a changé dans nos pratiques

- Émergence – impréparation – improvisation - adaptation
- Epidémie massive d'une maladie nouvelle avec létalité
- Epidémie d'une maladie transmise par voie aérienne & mains(= grippe + GEA)
- Leçons à retenir: Gestes barrières (distanciation, nettoyage et décontamination des surfaces touchées avec les mains, masque, laver fréquemment les mains savon et eau ou GHA, aération des lieux clos)

Des évolutions rapides...

- Développement et positionnement de la télémédecine
- Organisation au cabinet en période épidémique
 - ① Volume, distanciation
 - ② tri,
 - ③ flux,
 - ④ ordre
- Production locale de désinfectants
- Formation secrétaires, personnels de ménage
- Education des patients

Des bastions de résistance...

- Port de la blouse ou surblouse
- Bijoux
- Culture sacrificielle
- Hésitation vaccinale de quelques-uns
- Patients réfractaires ou théorie du complot, ou pratiques inappropriées (poignées de mains, masque usé, mal positionné, etc.)

Conclusion...

Changement d'ère: crise sanitaire

- Valeurs déontologiques toujours valides, les obligations demeurent, au service de l'individu et de la santé publique
- Principe de responsabilité doit peser sur nos actions et nos choix mais sans occulter les questions qui se posent sur la préservation de nos libertés et la confidentialité des données de santé
- Solidarité et bienveillance sans modération
- Questions éthiques liées à l'organisation des soins

Hygiène : épargne de cas/ médico-légale/ réparation juridique

8. Consommation d'antibiotiques en ville : lutte contre les BMR?

SYNTHÈSE
DONNÉES DE SURVEILLANCE

NOVEMBRE 2019



CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES EN SECTEUR
DE VILLE EN FRANCE DE 2009 À 2018.
SYNTHÈSE DES INDICATEURS MIS EN LIGNE
SUR GÉODES

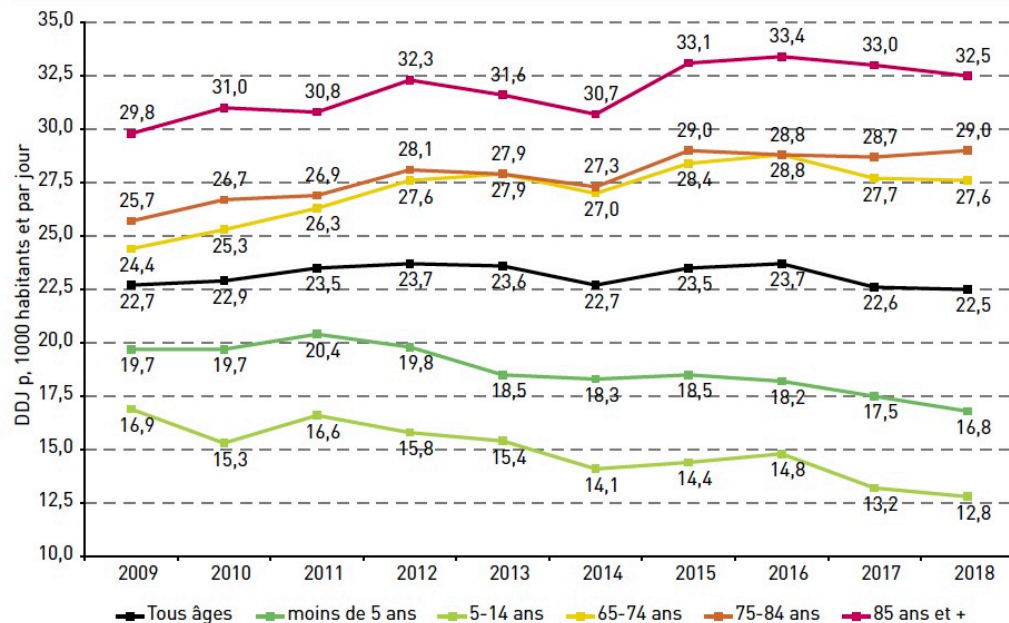
- **Le 3^{ème} plan antibiotiques 2011 – 2016 vise à une juste utilisation, en s'articulant autour de 3 axes stratégiques :**
 - améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients,
 - préserver l'efficacité des antibiotiques,
 - promouvoir la recherche

TABEAU 1 | Consommation d'antibiotiques en secteur de ville (DDJ et prescriptions par grandes familles d'antibiotiques, France, 2018

Famille d'antibiotiques	DDJ		Prescriptions	
	p. 1 000/h/j	%	p. 1 000/h/j	%
Tétracyclines	2,9	12,9	0,11	4,6
Bêta-lactamines	13,0	57,8	1,23	51,9
Autres bêta-lactamines	1,4	6,2	0,25	10,5
Sulfamides et triméthoprime	0,4	1,8	0,04	1,7
Macrolides	2,8	12,4	0,34	14,3
Quinolones	1,3	5,8	0,14	5,9
Associations et autres	0,7	3,1	0,26	11,0
Total	22,5	100,0	2,38	100,0

Source : SNDS

FIGURE 1 | Consommation d'antibiotiques (DDJ) en secteur de ville pour quelques classes d'âge, France, 2009-2018



DDJ/1000 hab/j

Figure n° 7 : évolution de la consommation d'antibiotiques en ville mesurée en nombre de DDJ

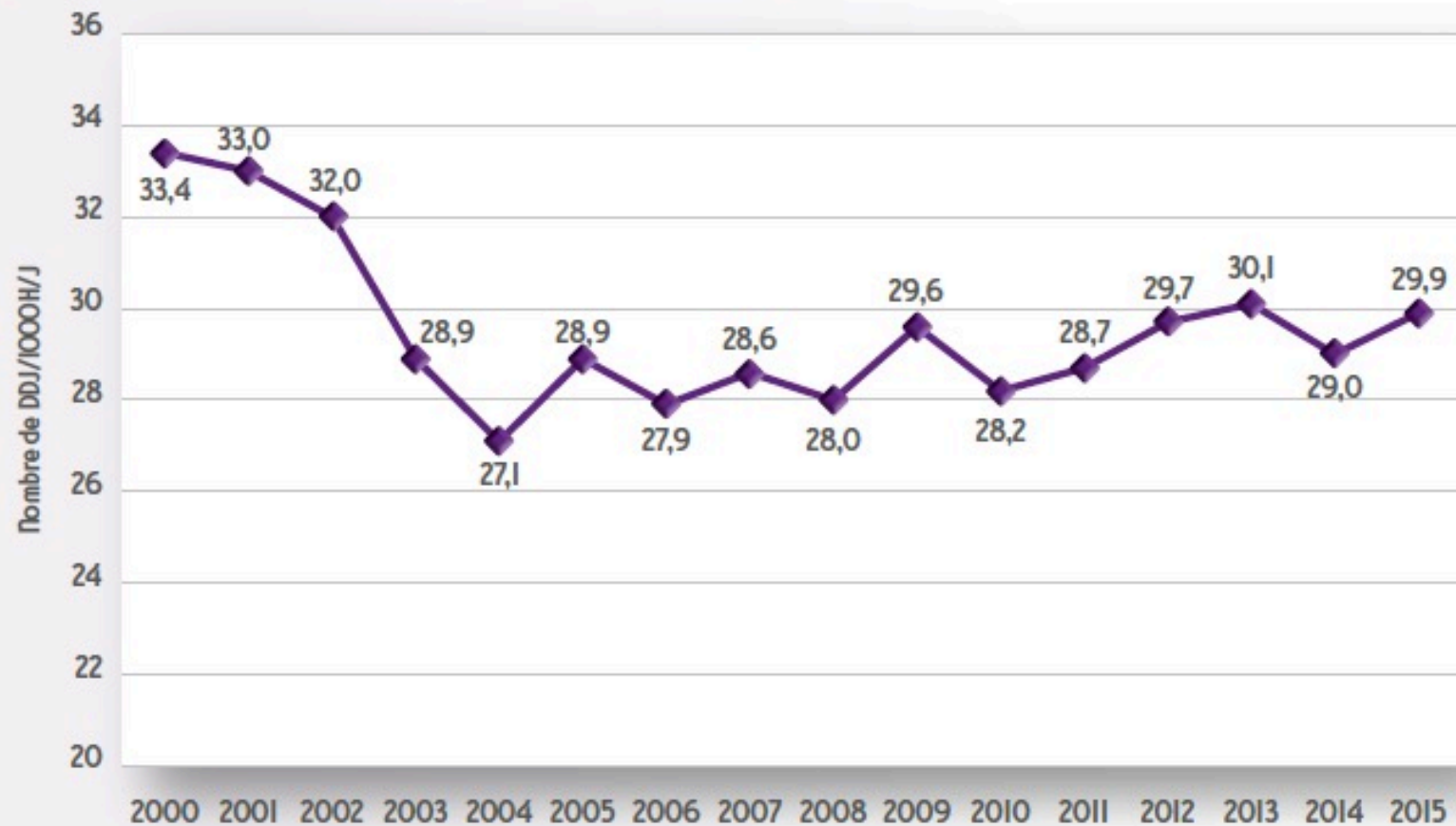
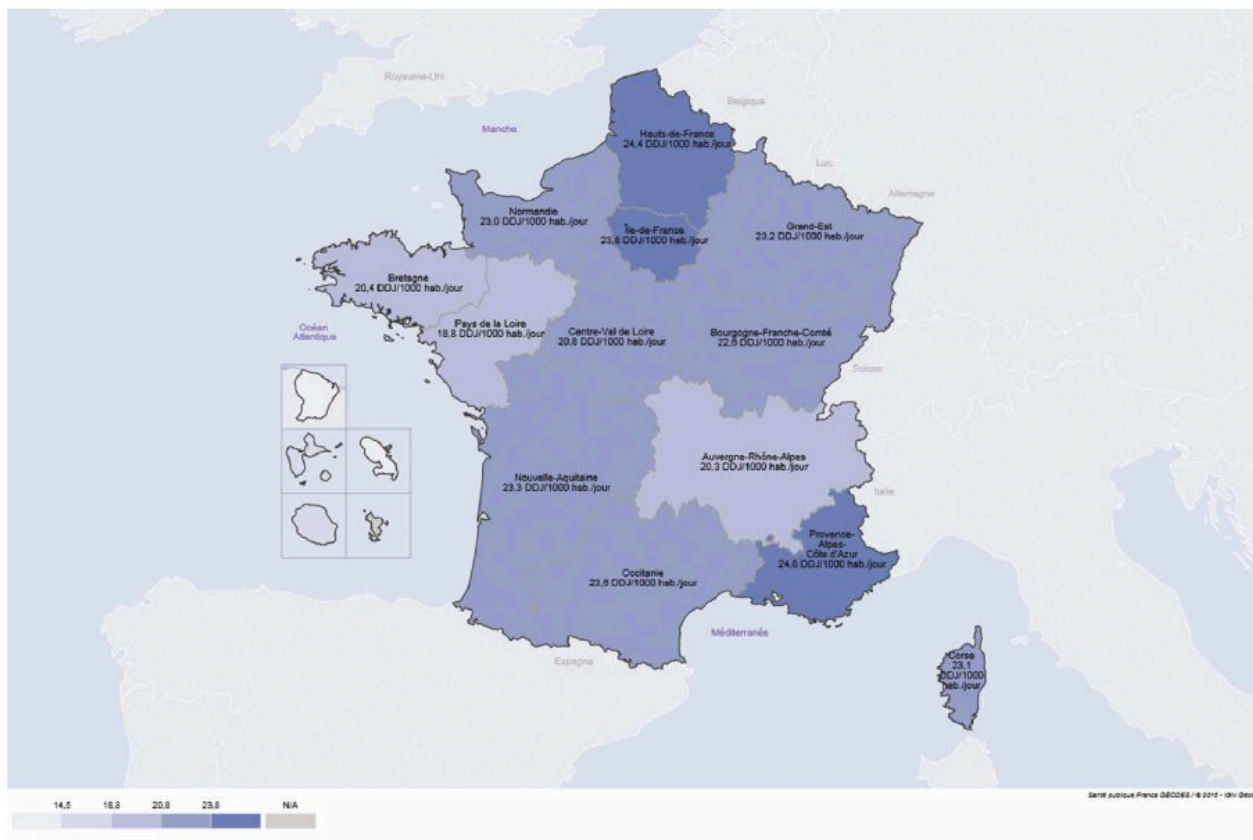


FIGURE 2 | Consommation d'antibiotiques (DDJ) en secteur de ville, par région, France, 2018



Conclusion

- Au cours des vingt dernières années, les résultats obtenus pour mieux maîtriser l'utilisation des antibiotiques n'ont pas été à la hauteur des attentes.
- Beaucoup reste encore à faire pour que la France rejoigne des niveaux de consommation similaires à ses voisins européens.
- Alors que la pression de sélection antibiotique (DDJ) reste élevé et stable en France, le fait que le nombre de prescriptions ait diminué. suggère que le comportement des prescripteurs a commencé à évoluer.
- La baisse importante de la consommation d'antibiotiques chez les enfants de moins de 15 ans constitue une évolution positive



L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015

Janvier 2017

- Au début des années 2000, le développement des résistances bactériennes a conduit la France – comme beaucoup d'autres pays - à mettre en œuvre des actions favorisant un moindre et un meilleur usage des antibiotiques afin d'en préserver l'efficacité.
- Ces actions ont abouti à faire diminuer la consommation d'antibiotiques, tant en ville qu'à l'hôpital. Cette baisse n'a cependant pas été continue. Depuis plusieurs années, l'ANSM observe une tendance à la reprise.
- Au cours de ces quinze dernières années, la lutte contre le développement des résistances aux antibiotiques est devenue un enjeu majeur de santé publique.

Faits marquants en chiffres

- ◆ Entre 2000 et 2015, la consommation d'antibiotiques a baissé de **11,4 %**, mais elle a augmenté de **5,4 %** depuis 2010. Cette augmentation provient du secteur de ville, car dans les établissements hospitaliers, la consommation est stabilisée.
- ◆ En volume, **93 %** de la consommation d'antibiotiques provient du secteur de ville et **7 %** des établissements hospitaliers.
- ◆ À l'hôpital comme en ville, les pénicillines constituent la classe d'antibiotiques la plus utilisée.
- ◆ En 2015, les génériques d'antibiotiques ont représenté **84,5 %** de la consommation d'antibiotiques en ville.
- ◆ En 2015, 76,5 % des prescriptions indiquaient une durée de traitement comprise entre 5 et 8 jours.
La moyenne se situait à 9,2 jours et la médiane à 6 jours.
- ◆ **67 %** des prescriptions faites en ville se rapportent à des affections des voies respiratoires :
 - **42 %** des prescriptions se rapportent à des affections ORL,
 - **25 %** à des affections des voies respiratoires basses.

- **Pour les généralistes, quel est l' enjeu principal de la prescription d'ATB?**
 - ① La résistance aux ATB n'est pas le principal frein à leur utilisation mais
 - ② Les modification des microbiotes,
 - ③ Les effets secondaires +++ mycoses, *C.difficile*
- **Problème des indications, posologies durées :**
 - ① *Les ATB ne sont pas systématiques...En perpétuelle évolution => recommandations de bonnes pratiques difficiles à suivre sur le terrain*
 - ② *Pression des patients*
 - ③ *ANTIBIOCLIC +++ (TDR/BU,...)*
- **Exemple actuel : COVID et Azithromycine**

ANTIBIOCLIC: <https://antibioclic.com/>

ANTIBIOCLIC
Antibiothérapie rationnelle en soins primaires

Dernière M à J : 04/02/2022

SE CONNECTER | S'INSCRIRE

RECHERCHE SOURCES ACTUALITÉ À PROPOS CONTACT

+ Fiche "Prescrire du Paxlovid" disponible dans COVID-19 +







RECHERCHE ANTIBIOTIQUE

Domaine anatomique

Choisissez ...

Pathologie

Choisissez ...

CHERCHER

politique de confidentialité






Modifications récentes

COVID - 19 - 04 février 2022

Pyélonéphrite aiguë - 04 février 2022



En préambule

ANTIBIOCLIC est un outil **indépendant** d'aide à la décision thérapeutique en antibiothérapie, **pour un bon usage des antibiotiques**.

RECHERCHE ANTIBIOTIQUE

Domaine anatomique

✓ Choisissez ...

Appareil génital

Appareil urinaire

Bouche et dents

COVID - 19

Peau

Prophylaxies

Tube digestif

Voies aériennes inférieures et poumons

Voies aériennes supérieures et ORL

✓ Choisissez ...

Angine

Coqueluche

Otite moyenne aiguë

Rhinopharyngite

Scarlatine

Sinusite aigue



1. pathologie 2. critères 3. stratégie thérapeutique

Traitement conseillé

Pas de traitement antibiotique

> avant l'âge de 3 ans les angines sont rares et presque toujours virales, la probabilité d'une angine bactérienne est très faible.

SOURCES

- SPILF, SFP, GPIP, Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Recommandations de bonne pratique. Novembre 2011.
- HAS - fiche mémo - Rhinopharyngite aiguë et angine aiguë de l'enfant - juillet 2021



COLLÈGE
de la MÉDECINE
GÉNÉRALE



VOTRE SITUATION

Pathologie : angine

Groupe d'âge : enfant < 3 ans

MISE À JOUR

La dernière modification de cette page date de **08 octobre 2021**.

NB : Les choix surlignés sont ceux qui sont privilégiés par le groupe d'experts d'ANTIBIOCLIC.

Traitement conseillé

Indication à la réalisation d'une BU. ECU non nécessaire.

Pas de réévaluation systématique, les signes fonctionnels mettent fréquemment 2 à 3j à s'atténuer.

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE PROBABILISTE

En 1ère intention

- **FOSFOMYCINE TROMÉTAMOL PO** : 3 g en 1 prise unique

En 2e intention

- **PIVMÉCILLINAM PO** : 400 mg 2 fois/j pendant 3 jours (mise à jour 07/2021)

En cas d'échec, un ECU doit être réalisé, et la prise en charge calquée sur les cystites à risque de complications.

CHOIX DU COMITÉ ANTIBIOCLIC

- Il n'est plus recommandé d'utiliser les fluoroquinolones dans cette situation, afin de réserver cette classe à fort pouvoir de sélection pour des infections plus sévères
- Il n'est plus recommandé d'utiliser la nitrofurantoïne dans cette indication compte tenu de son positionnement réglementaire.
- La réduction de durée du pivmécillinam à 3 jours de traitement est préconisée par la HAS et la SPILF en juillet 2021.

VOTRE SITUATION

Pathologie : cystite

Groupe d'âge : adulte

Type de cystite : simple

Insuffisance rénale : non

Grossesse : non

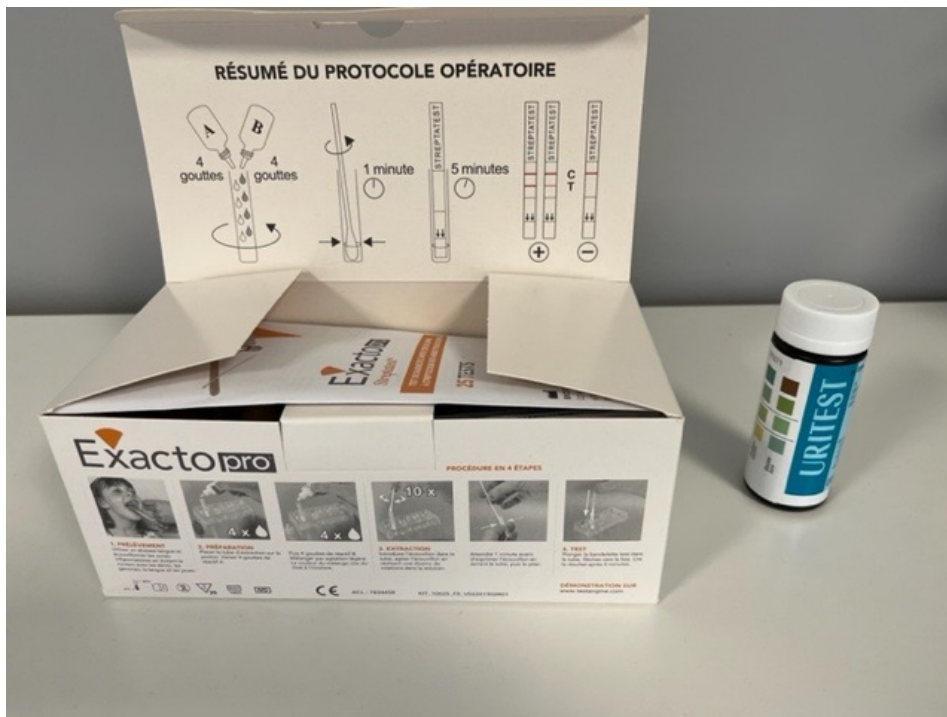
Allaitement : non

MISE À JOUR

La dernière modification de cette page date de **03 septembre 2021**.

NB : Les choix surlignés sont ceux qui sont privilégiés par le groupe d'experts d'ANTIBIOCLIC.

LE BON USAGE DES ATB EN MEDECINE GENERALE



9. La recherche en médecine générale, la pédagogie et le DPC

Liste des résultats | Notice détaillée de ce document ?

rechercher (et) (Tous les mots) hygiène et médecine générale et marseille | 130 résultat(s)

Services

Mon panier / Export

Affiner la recherche

Type de publication

Langue de publication
Français 130

Pays de publication
France 130

Mot	Type	Compte
hygiène	Tous les mots	113183
médecine	Tous les mots	2221314
marseille	Tous les mots	725790
généraliste	Tous les mots	486446

1. Evaluation de fiches pratiques d'hygiène en cabinet de médecine générale
Brun, Alain (1983-...) / [s.n.] / 2011
2. Rapport d'activités 2008
Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées (Marseille) / IMTSSA / 2008
3. Connaissance et prise en considération du risque de transmission des gripes chez les internes de médecine générale de Marseille de Mai à Octobre 2009
Codrons, Pauline (1980-...) / [s.n.] / 2011
4. Procès-verbal du conseil de perfectionnement de l'Institut de médecine tropicale du service de santé des armées
Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées (Marseille) / IMTSSA / 2006
5. Contribution à l'étude de l'asthénie : le médecin du travail face au diagnostic et à l'évolution de la législation : étude de 20 cas cliniques
Fraisne, Denis / [s.n.] / 1991
6. Suivi des grossesses par le médecin généraliste au sein d'un réseau périnatalité dans le Var : à propos d'une étude évaluant les attentes des obstétriciens
Richard-Canezza, Daphnée (1978-...) / [s.n.] / 2008
7. Caractéristiques des voyageurs internationaux au centre de voyageurs à Marseille, France
Aubry, Camille (1981-...) / [s.n.] / 2012
8. Facteurs de risque d'impaludation de la population comorienne de Marseille lors d'un séjour aux comores
Said, Abdou Chakour (1975-...) / [s.n.] / 2007
9. Contribution à une étude comparative de profils de malades en médecine générale hospitalière : considérations méthodologiques
Sery, Joseph (1951-...) / [s.n.] / 1979
10. La Consultation de prévention en médecine générale chez les patients âgés de 45 à 55 ans : Enquête auprès des médecins généralistes du Var
Sauli, Nicolas (1980-...) / [s.n.] / 2008

rechercher (et) (Tous les mots) hygiène et médecine générale et France | 590 résultat(s)

Services

Mon panier / Export

Affiner la recherche

Type de publication

Langue de publication

Pays de publication

Mot	Type	Compte
hygiène	Tous les mots	113183
France	Tous les mots	5635382
médecine	Tous les mots	2221314
généraliste	Tous les mots	486446

1. Rapport sur la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques
France. Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale de l'administration : de la recherche / 2014
2. Baromètre santé 92 : résultats de l'enquête annuelle sur la santé des Français
Comité français d'éducation pour la santé / Comité français d'éducation pour la santé / 1994
3. Procès-verbal du conseil de perfectionnement de l'Institut de médecine tropicale du service de santé des armées
Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées (Marseille) / IMTSSA / 2006
4. Rapport d'activités 2008
Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées (Marseille) / IMTSSA / 2008
5. Surveillance des effets cutanés observés chez les militaires lors des missions extérieures et au retour de mission
Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées (Marseille) / IMTSSA / 2005
6. Projet de surveillance spatiale des épidémies au sein des forces armées en Guyane "ZSE FAG" installation et formation : rapport de la mission eff
17/01/05 au 04/02/05
Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées (Marseille) / IMTSSA / 2005
7. La prescription vétérinaire hors examen clinique : état des lieux et propositions d'évolution
Secrétariat général, DFAS / 2015
8. Projet de surveillance spatiale des épidémies au sein des forces armées en Guyane "ZSE FAG" installation : rapport de la mission effectuée du 26
08/10/04
Ecole d'application du service de santé des armées (Paris) / Ecole d'application du service de santé des armées / 2004
9. Rapport annuel 1977
France. Conseil supérieur d'hygiène publique de France / Conseil supérieur d'hygiène publique de France / [1977]
10. Rapport annuel 1978
France. Conseil supérieur d'hygiène publique de France / Conseil supérieur d'hygiène publique de France / [1978]

Thèses sur le sujet à Marseille: 130/590 (1/4,5) <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/>

Pédagogie sur l'hygiène : prévoir plus d'enseignements dans les études supérieures

Intérêt du DPC: <https://www.mondpc.fr/>



MERCI de votre ATTENTION

