

Académie d'Orléans –Tours

Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

LEPLAT FARHAT Ludivine

Née le 17 février 1984 à Vierzon

Présentée et soutenue publiquement le 22 mai 2014

PERCEPTIONS ET OPINIONS DES MEDECINS GENERALISTES DU CHER SUR L'HYGIENE LORS DES VISITES A DOMICILE

Jury

Président de Jury :	Monsieur le Professeur QUENTIN Roland
Membres du jury :	<u>Monsieur le Docteur BALAND Thierry</u>
	Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne Marie
	Monsieur le Professeur MEREGHETTI Laurent

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972

Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994

Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT

Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J.
BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L.
CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F.
LAMISSE – J. LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M.
MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY -
J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA -
Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE – J.
THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel.....	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique.....	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne.....	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive

	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague....	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & Cytologie pathologiques
d'urgence	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
reproduction	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et
Immunologie clinique)		
	HANKARD Regis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François.....	Pédiatrie
d'urgence	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent.....	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain.....	O.R.L.
	MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique

	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé.....	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M.	BAKHOS David.....	O.R.L.
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUTREUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan.....	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe.....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David.....	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie ...	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle.....	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël.....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D’ENSEIGNEMENT

Pour la sémiologie

Mme	CRINIERE Lise.....	Praticien Hospitalier
MM.	BOULIN Thierry	Praticien Hospitalier
	GAROT Denis.....	Praticien Hospitalier
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier

Pour l’Ecole d’Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l’Ecole d’Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l’Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Roland QUENTIN,
Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Vous avez su au sein des formations du DUMG me transmettre les valeurs de la médecine générale.

À Monsieur le Professeur Laurent MEREGHETTI,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et de l'intérêt porté à ce travail.

À Monsieur le Docteur Thierry BALAND,
Je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse, de m'avoir aiguillé dans ce projet, avec toute ta disponibilité. Merci d'avoir enrichi ce travail par tes remarques.

À Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER,
Je vous remercie pour vos conseils avisés.

À Madame le Docteur Nathalie LESTRADE,
Je te remercie pour tes précieux conseils de tous les instants.

Aux Docteur BOUVIER-BALAND, Docteur DAUVOIS, Docteur GUERAUD, Docteur MOYER, Docteur PROVENDIER et Docteur REAU pour leur confiance lors de cette première année de remplacements.

Aux médecins ayant participé avec intérêt à cette étude.

À ma famille pour son soutien,

À mes parents que j'aime, ma sœur Virginie, ma belle-sœur Iman pour leur contribution à la réalisation de ce projet.

À mon mari Rajah,

À ma fille Cirine.

RESUME

Contexte : Les visites à domicile, même si moins nombreuses, restent ancrées au paysage de la médecine générale française. Les patients visités présentent souvent des pathologies lourdes, sortant parfois des établissements de soins. Les précautions standards d'hygiène sont la base de la prévention des infections associées aux soins.

Objectif : L'objectif principal était de décrire les perceptions et opinions des médecins généralistes sur les précautions standards d'hygiène lors des visites à domicile.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés auprès de 16 médecins généralistes du Cher de mai à octobre 2013. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : Les médecins généralistes rencontraient des difficultés quant à la réalisation des pratiques d'hygiène lors de leurs visites à domicile, tant pour l'hygiène des mains que pour la gestion et l'élimination des objets piquants coupants tranchants. Le contexte du domicile en lui-même pouvait être source d'obstacle à la réalisation des précautions standards d'hygiène. Les médecins généralistes jugeaient leurs pratiques perfectibles. Mais ne se sentant pas délégués, ils espéraient avoir connaissance d'études prouvant l'intérêt d'améliorer leurs pratiques.

Conclusion : Les précautions standards d'hygiène en visite à domicile ont une place importante dans la prévention des infections associées aux soins où le médecin généraliste est un acteur principal. La sensibilisation des médecins généralistes à la prévention des infections associées aux soins semble essentielle. L'éducation des patients est également une réponse aux attentes des médecins généralistes.

Mots clés :

- Hygiène
- Visite à domicile
- Médecine générale
- Infection

ABSTRACT

Title : Perceptions and opinions of general practitioners of the “Cher”, department in France, on the hygiene during home visits.

Background : Even if they are less numerous, home visits remain embedded in the French general medicine scene. Home visited patients often have difficult pathologies, outside of health care establishments. Hygiene standard precautions are necessary to prevent infections associated to healthcare.

Objective : First objective was to describe general practitioners’ perceptions and opinions on hygiene standard precautions during home visits.

Method : Qualitative descriptive survey by semi-open interviews with 16 general practitioners located in the department of Cher from May to October 2013. Full retranscription and content thematic analysis have been carried out.

Results : General practitioners had come across some difficulties relative to hygiene practices realizations during their home visits; this is related to both hand hygiene as well as management and elimination of incisal prickly cutting objects. The home environment itself could be an obstacle to hygiene standard precautions. General practitioners considered their practices as perfectible. However, general practitioners hoped they could learn through studies proving the interest of having their practices improved.

Conclusion : Hygiene standard precautions during a home call have an important place in infection prevention associated to health care where the general practitioner plays a big role. General practitioners’ awareness to infection prevention seems crucial. Patients’ education is also an answer to general practitioners’ expectations.

Keywords :

- Hygiene
- Home visit
- General practice
- Infection

TABLE DES MATIERES

I – INTRODUCTION	p. 14
II – CONTEXTE	p. 15
II – A – Les visites à domicile	p.15
II – A – 1 – Définition	p.15
II – A – 2 – Historique	p.15
II – A – 3 – Contexte	p.15
II – B – Les précautions standards d’hygiène	p.17
II – B – 1 - La responsabilité des professionnels de santé	p.17
II – B – 2 - L’hygiène des mains	p.18
II – B – 2 – a) Le lavage simple des mains	p.18
II – B – 2 – b) Facteur de prévention des infections associées aux soins	p.18
II – B – 2 – c) La solution hydro-alcoolique	p.18
II – B – 3 - L’utilisation et l’élimination des objets piquants coupants tranchants (OPCT)	p.19
II – B – 3 – a) Gestion et élimination des OPCT	p.19
II – B – 3 – b) Les accidents d’exposition au sang (AES)	p.20
Contaminations professionnelles en établissements de santé	p.20
AES et soins ambulatoires	p.21
II – C - Les infections associées aux soins	p.22
II – C – 1 – Définition	p.22
II – C – 2 - Voies de transmission	p.22
II – C – 2 – a) L’infection endogène	p.22
II – C – 2 – b) L’infection exogène	p.22
II – C – 3 - Les bactéries multi-résistantes	p.23
II – C – 4 - Epidémiologie des infections associées aux soins	p.24
III - METHODE	p.25

IV – RESULTATS	p.27
IV – A - Caractéristiques de l'échantillon	p.27
IV – B - Analyse des entretiens	p.28
IV – B – 1 - Généralités sur l'Hygiène	p.28
IV – B – 1 – a) L'importance de l'hygiène	p.28
IV – B – 1 – b) L'hygiène en visite à domicile : une habitude en déclin	p.28
IV – B – 2 - Obstacles et difficultés à l'hygiène	p.29
IV – B – 2 – a) L'hygiène des mains	p.29
Obstacles au lavage simple des mains	p.29
Le contexte des visites à domicile	p.30
La solution hydro-alcoolique	p.30
L'intolérance à la solution hydro-alcoolique	p.31
Doute de l'efficacité de la solution hydro-alcoolique	p.31
Le manque d'habitude	p.31
Doute sur la nocivité de la solution hydro-alcoolique	p.31
IV – B – 2 – b) Difficultés d'hygiène face à des gestes plus invasifs	p.32
Abord des plaies	p.32
IV – B – 2 – c) L'utilisation et l'élimination des OPCT	p.32
Exposition des médecins au risque d'accident d'exposition au sang	p.32
Les facteurs d'accident d'exposition au sang	p.33
Freins à l'utilisation des collecteurs d'aiguilles portables	p.33
Exposition des patients et/ou tiers au risque d'AES	p.34
IV – B – 3 - Perception du risque infectieux par les médecins généralistes	p.35
IV – B – 3 – a) Pratiques d'hygiène en fonction du risque infectieux ciblé	p.35
IV – B – 3 – b) Risque infectieux perçu différemment qu'en établissement de soins	35
IV – B – 3 – c) Les infections associées aux soins	p.36
IV – B – 3 – d) Les bactéries multi-résistantes	p.36
IV – B – 4 - La formation et l'information sur l'hygiène	p.38
IV – B – 4 – a) Formation initiale jugée limitée	p.38
IV – B – 4 – b) Doute de l'efficacité des pratiques	p.38
IV – B – 4 – c) Les besoins de formation	p.38
Les stages : une piste	p.39
Formation, information : principe, contenu	p.39
Formation, information : forme	p.40
IV – B – 5 - Réponse des médecins généralistes face aux obstacles et perspectives	p.41
IV – B – 5 – a) Eviction du risque infectieux	p.41
IV – B – 5 – b) Perspectives	p.41
Pour les patients	p.41
Pour les médecins	p.41

V – DISCUSSION	p.43
V – A - À propos de la méthode	p.43
V – B - À propos des résultats	p.44
VI – CONCLUSION	p.47
VII – BIBLIOGRAPHIE	p.49
VIII – ANNEXES	p.51
Annexe 1 : Justification des visites à domiciles	p.51
Annexe 2 : Le lavage simple des mains	p.52
Annexe 3 : Trame d’entretien	p.53
Annexe 4 : Entretien M1	p.54
Annexe 5 : Entretien M9	p.59
Annexe 6 : Entretien M16	p.64

I - INTRODUCTION

Depuis 2002 le nombre de visites à domicile a diminué suite à l'accord de bon usage des soins (AcBUS) [1] relatif à la consultation à domicile, passant de 23.5% des consultations en 2001 à 11.8% en 2010 [2][3]. Les visites doivent, depuis cet accord, être justifiées pour être remboursées de la majoration de déplacement.

Mais les visites à domicile restent culturellement ancrées dans le réseau d'offre de soins français. Les médecins ne souhaitent pas les supprimer pour pouvoir continuer à soigner particulièrement les personnes âgées à leur domicile, des personnes présentant souvent des pathologies lourdes [3][4].

Devant la diminution des durées d'hospitalisation des patients et l'augmentation de l'âge de la population française, les visites à domicile restent inévitablement d'actualité.

Historiquement, les infections nosocomiales désignaient les infections acquises à l'hôpital. Avec la création en 2004 d'un Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections liées aux Soins (CTINILS), la prévention du risque infectieux concerne désormais l'ensemble des professionnels de santé qu'ils exercent au sein ou en dehors des établissements de soins. Les infections associées aux soins surviennent donc au décours de soins quelque soit le lieu [5].

Les précautions standards d'hygiène sont la base de la prévention des infections associées aux soins [6][7][8]. Elles sont relatives à l'hygiène des mains, l'utilisation et l'élimination des dispositifs piquants et tranchants et l'utilisation d'un équipement de protection individuel. Même si le risque de transmission des infections associées aux soins en visite est accepté comme nettement inférieur à celui des établissements de santé [9], il est probablement sous-estimé du fait de l'absence d'un système de surveillance hors établissement de soins.

L'objectif des précautions standards d'hygiène est de protéger le patient mais aussi le personnel de santé. Aussi les médecins généralistes peuvent également être au centre du risque infectieux. En ce sens, plusieurs études récentes [10][11] montrent que les médecins généralistes trient moins leurs déchets à risque infectieux piquants coupants tranchants en visite, les exposant au risque d'accident d'exposition au sang.

Ainsi l'hypothèse est que les médecins généralistes éprouvent des difficultés à la réalisation des précautions standards d'hygiène lors des visites à domicile.

On peut ainsi se questionner sur les perceptions et opinions des médecins généralistes sur l'hygiène lors des visites à domicile (hors hospitalisation à domicile).

II - CONTEXTE

II – A - Les visites à domicile

II – A – 1 - Définition

La visite à domicile est définie littéralement par l'action de se rendre chez un patient. Elle permet de réaliser la consultation au domicile du patient, c'est-à dire d'émettre son avis sur ce patient, sur sa pathologie. S'ensuivent des soins, une thérapeutique. Le médecin généraliste n'est pas le seul professionnel de santé à intervenir au domicile des patients. Les professionnels paramédicaux tels que les infirmières ou kinésithérapeutes se déplacent également. Le médecin généraliste, prescripteur, coordonne souvent ces soins.

II – A – 2 - Historique

L'accord national de bon usage des soins (AcBUS) relatif à la consultation à domicile est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2002. [1]

Depuis cette date, cet accord prévoit, en contrepartie d'une revalorisation tarifaire des actes médicaux des médecins généralistes, un engagement de ceux-ci à réduire le nombre de visites à domicile. Il permet ainsi aux médecins généralistes d'appliquer une majoration de déplacement de 10 euros, qui est remboursée aux patients lorsque la visite est médicalement justifiée.

Depuis la mise en vigueur de cet accord, les visites doivent être « justifiées » pour être remboursées de la majoration de déplacement « MD » de 10 euros.[2]

Cette justification réside dans des critères médico-administratifs d'abord, mais aussi des critères cliniques avec état de dépendance et des critères sociaux que je définis en annexe 1. Ces critères de visite justifiée s'appuient essentiellement sur des critères d'âge, d'affection invalidante et de perte d'autonomie.

Ces critères sur la capacité du patient à se déplacer sont estimés par le médecin.

II – A- 3 - Contexte

Aujourd'hui, moins de visites à domicile sont effectuées par les médecins généralistes mais elles existent toujours, auprès de patients présentant essentiellement des pathologies lourdes et/ou aiguës.

La visite à domicile est ancrée dans la culture française.

Les chiffres en sont témoins. En 2001, la France comptait 23.5% de visites parmi les consultations, soit un acte sur quatre. En comparaison, elles ne représentaient que 9% des actes en Allemagne et 11% en Italie.[3]

Mais suite à la mise en place de l'AcBUS, les visites ont diminué, passant à 7,9% des consultations en 2004.[12][13] En 2010, les visites augmentaient de nouveau, passant à 11,8% au niveau national. Le Cher se trouvait à cette date dans la moyenne nationale.

Une étude publiée en 2005 et menée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Ile de France, interrogeant les médecins généralistes, pédiatres et médecins à mode d'exercice particulier exclusifs d'Ile de France montrait que ceux-ci ne souhaitaient pas supprimer les visites. Il leur semblait indispensable de les continuer mais aussi de continuer à les recentrer vers leur objectif, c'est-à-dire les soins des personnes en perte d'autonomie.

Cette étude montre également le profil des patients vus à domicile. Ces patients présentent majoritairement des pathologies lourdes, des symptômes aigus (fièvre, douleurs...), et sont âgés.

Les résultats de cette étude sont en concordance avec celle menée par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) auprès des médecins libéraux de France et publiée en 2004, s'intéressant à la typologie des consultations.[4]

II – B - Les précautions standards d'hygiène

Les précautions standards d'hygiène sont :

- l'hygiène des mains
- l'utilisation et l'élimination des objets piquants coupants tranchants,
- l'utilisation d'un équipement de protection individuel.

Elles sont et doivent être réalisées en toute situation de soin, et quelque soit le lieu (établissement de santé, cabinet médical ou paramédical ou en visite à domicile).

II – B – 1 - La responsabilité des professionnels de santé

Les codes de déontologie et de la santé publique rappellent l'engagement consciencieux du médecin dans la réalisation de ses soins et l'obligation de non nuisance. [14]

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 49 (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 69 (article R.4127-69 du code de la santé publique)
L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.

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.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées. Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.

II – B – 2 - L'hygiène des mains

Elle est un facteur majeur de prévention des infections nosocomiales. [6]

II – B – 2 – a) Le lavage simple des mains

Utilisant du savon, il permet de réduire la flore transitoire des mains. (Annexe 2)

Il est indiqué lors des situations suivantes :

- L'examen clinique du patient

- Les prélèvements sanguins

- Les injections sous-cutanées, intramusculaires et intraveineuses

- Les mains visiblement sales ou souillées par des matières organiques

Il est également indiqué en présence de poudre sur les mains suite au retrait de gants.

Il est un temps indispensable préalable à l'utilisation d'un produit de traitement hydro-alcoolique par friction en cas de salissures visibles ou de souillure des mains par des matières organiques.

Il est donc considéré comme suffisant et acceptable pour la plupart des activités de soins cliniques, entre deux activités non invasives, entre deux patients ne présentant pas de risque infectieux identifié.

À domicile, la Haute autorité de santé (HAS) considère comme une alternative un linge propre ou plutôt à usage unique pour l'essuyage des mains.

II – B – 2 – b) Hygiène des mains : facteur de prévention des infections associées aux soins

Le lavage simple des mains a montré qu'il réduisait la transmission des infections respiratoires communautaires, des gastro-entérites épidémiques et de l'impétigo.[7]

En effet, un essai randomisé publié dans la revue Lancet en 2005 (« Effect of handwashing on child health : a randomised controlled trial ») a étudié l'incidence des infections respiratoires basses, des diarrhées et impétigos entre deux groupes randomisés. Il s'agissait d'un groupe de familles pakistanaises habitant dans des maisons contiguës voisines ayant eu une « promotion » sur le lavage des mains et ayant reçu du savon et d'un deuxième groupe de familles habitant dans les mêmes conditions mais sans promotion de l'hygiène des mains.

Cette étude montrait que l'incidence des pneumonies, diarrhées et impétigos étaient respectivement 50%, 53% et 34% plus faible dans le premier groupe.

II – B – 2 – c) La solution hydro-alcoolique (SHA)

Les solutions hydro-alcooliques sont une alternative hautement acceptable au lavage des mains, lorsqu'elles ne sont ni visiblement sales ni souillées par des matières organiques. Elles sont recommandées en routine.

Leur utilisation a initialement été recommandée par le comité technique des infections nosocomiales dans un avis rendu le 5 décembre 2001 et par la société française d'hygiène hospitalière en 2002.[15]

Les indications d'utilisation proposées sont les suivantes :

- en début et fin de journée ;
- entre deux activités non invasives ;
- systématiquement, entre deux patients ne présentant pas de risque infectieux identifié ;
- en cas d'éloignement ou d'absence d'un point d'eau ;
- après tout contact avec un objet ou du linge potentiellement contaminé ;
- après tout contact avec un patient infecté ou porteur d'une bactérie multi résistante ou avec son environnement ;
- avant tout contact avec un patient immunodéprimé ;
- avant toute manipulation de dispositifs médicaux (pinces à pansement, aérosol...) ;
- avant la réalisation d'un geste invasif, à titre d'exemple : ponction d'une cavité aseptique, pose d'un cathéter veineux périphérique, pose d'une sonde urinaire ou tout autre dispositif analogue, acte de petite chirurgie ou de podologie ;
- en cas de succession de gestes contaminants pour le même patient.

Un essai randomisé publié dans la revue Pediatrics en 2005 (« A randomized controlled trial of a multifaceted intervention including alcohol-based hand sanitizer and hand-hygiene education to reduce illness transmission in the home ») montre que l'éducation et la mise à disposition de solution hydro-alcoolique dans des familles comprenant des enfants diminuait le taux de transmission des infections de type gastro-intestinale dans la famille de manière significative, et celle des infections respiratoires mais n'atteignant pas un taux significatif.[8]

II – B – 3 - L'utilisation et l'élimination des objets piquants coupants tranchants (OPCT)

II – B – 3 – a) Gestion et élimination des OPCT

Les objets piquants coupants tranchants, abrégés OPCT, sont constitués par les dispositifs médicaux ou matériaux piquants coupants, tranchants, dès leur utilisation, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique (aiguilles, lames de bistouri, et autre matériel de petite chirurgie à usage unique).

Ces OPCT font partie des déchets d'activité de soins à risque infectieux, abrégés DASRI. Les DASRI comprennent ainsi les OPCT et les déchets mous (c'est-à-dire les dispositifs de soins et tout objet souillé par/ou contenant du sang ou un autre liquide biologique).

La gestion de ces déchets est soumise à une réglementation dont la première loi est celle du 15 juillet 1975, dite loi du « pollueur payeur ».[16]

La loi n°75-633 du 5 juillet 1975 (modifiée par les lois du 13 juillet 1992 et du 2 février 1995) définit le terme « déchet » et instaure le principe que tout producteur de déchets est responsable de leur élimination.

En 1997, un décret applique ce principe aux déchets d'activité de soins.[17] Puis en 1999, deux arrêtés d'application sont publiés, précisant les modalités d'entreposage des DASRI puis des filières d'élimination de ces déchets.[18][19]

Les professionnels de santé doivent donc disposer de boîtes à déchets perforant selon la terminologie AFNOR (Association Française de Normalisation) pour le recueil des OPCT.

Les déchets peuvent être transportés dans un véhicule personnel ou de fonction, si leur masse reste inférieure ou égale à 15 Kg, et sous réserve qu'ils soient disposés dans un suremballage ou dans un container agréé (réglementaire).

Il est ensuite recommandé de confier l'élimination des DASRI à un prestataire de service et d'établir avec lui une convention écrite. Un bordereau de suivi CERFA n°11352*-01 doit être signé par chacun des intermédiaires et retourné au moins une fois par an au cabinet producteur de DASRI (puis conservé 3 ans).

Les mini collecteurs et/ou les boîtiers « de poche » sont attractifs et peu encombrants pour les visites à domicile. Toutefois, lors de l'élimination de l'aiguille, il existe un risque de pique de la main controlatérale qui tient le collecteur. [6]

Une enquête publiée en 2009, auprès des professionnels de santé de Dordogne, montre que les praticiens libéraux de santé pratiquant des soins à domicile trient moins leurs DASRI, dont les OPCT, en visite qu'en cabinet.[10]

L'étude CABIPIC publiée dans le Bulletin Epidémiologique hebdomadaire d'octobre 2012, interrogeant les médecins libéraux en région parisienne en 2011, montre que le tri déclaré des OPCT était mieux respecté au cabinet qu'en visite.[11]

Les médecins déclarant faire des visites à domicile étaient seulement 33% à emporter les OPCT dans des containers spécifiques alors qu'au cabinet ils étaient 98% à les éliminer dans un container spécifique.

La gestion des DASRI en visite à domicile pose donc particulièrement problème, notamment le transport des OPCT dans un collecteur adapté et conforme. Cette étude conclue, entre autre, à envisager l'amélioration du respect des précautions standards et la gestion des OPCT en visite à domicile.

II – B – 3 – b) Les accidents d'exposition au sang (AES)

Le réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) coordonne au niveau national la surveillance des accidents d'exposition au sang.

Une surveillance nationale des contaminations virales professionnelles faisant suite aux AES est en place en France depuis 1991 pour le VIH, 1997 pour le VHC et 2005 pour le VHB.

AES et contaminations professionnelles dans les établissements de santé

En France, on comptait en 2009, 14 séroconversions documentées VIH répertoriées depuis une vingtaine d'année chez le personnel de santé (la dernière en 2004) et 35 présumées. Parmi ces séroconversions documentées, 8 étaient évitables par l'application des précautions standards d'hygiène (rangement, recapuchonnage, aiguille trainante).[20]

Pour le virus de l'hépatite C (VHC), on comptait 65 séroconversions après AES dont 46% étaient là aussi évitables par respect des précautions standards.

La plupart de ces séroconversions faisait suite à des gestes utilisant les aiguilles creuses.

Les cas répertoriés de séroconversion par le VIH et le VHC sont en diminution. Pour le VIH, ceci peut s'expliquer par la diminution de la charge virale voir souvent indétectable par les traitements antirétroviraux efficaces et par le traitement post-exposition.

Pour le virus de l'hépatite B (VHB), il n'y a pas de séroconversion déclarées suite à un AES. La vaccination obligatoire contre l'hépatite B des professionnels de santé, mise en place en 1991 est un facteur indiscutable.

Il y a cependant des cas de maladies professionnelles reconnues d'hépatite B parmi les professionnels de santé adhérents au régime général de la sécurité sociale.

Le nombre d'accidents d'exposition au sang a été réduit de près d'un quart en France entre 2004 et 2010 dans les établissements français.[21]

Cette diminution est à mettre en parallèle avec une utilisation croissante des dispositifs médicaux sécurisés (tels que les seringues sécurisées d'injection d'héparine...) ainsi qu'avec la promotion et le respect des précautions standards d'hygiène.

Accident d'exposition au sang et soins ambulatoires

En libéral, les accidents d'exposition au sang sont cependant peu déclarés.

Dans l'étude CABIPIC citée ci-dessus, seul un quart des médecins libéraux victimes d'accident d'exposition au sang avaient déclaré cet accident du travail [11].

II – C - Les infections associées aux soins

II – C – 1 - Définition

Le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins (CTINILS) définit en 2004 l'infection associée aux soins (IAS), élargissant ainsi le périmètre des types d'infections au-delà des deux seules connues, à savoir les communautaires et les nosocomiales (ou infection acquise en établissement de santé).[5]

Selon le CTINILS, une infection est dite 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.

La délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins au sens large (à visée diagnostique, thérapeutique ou de prévention primaire) par un professionnel de santé est le critère principal permettant de définir une infection associée aux soins. Aucune distinction n'est faite quant au lieu où est réalisée la prise en charge ou la délivrance des soins.

Lorsque 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 infection associée aux soins. Toutefois, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection.

L'infection associée aux soins englobe tout état infectieux en rapport plus ou moins proche avec une démarche de soins, dans un sens très large.

L'infection associée aux soins comprend donc désormais l'infection nosocomiale et couvre également les infections associées aux soins délivrés en dehors des établissements de santé.

II – C – 2 - Voies de transmission

II – C – 2 – a) L'infection endogène

Elle se développe à partir de micro-organismes appartenant à la flore du patient.

Elle fait essentiellement suite à des actes invasifs: ponction, suture, ... Elle peut être prévenue par le strict respect de l'asepsie lors de la mise en œuvre de techniques de soins invasifs ou non.[9]

II – C – 2 – b) L'infection exogène

Elle se développe à partir d'une source extérieure au patient.

Les différents modes de transmission croisée procèdent par contact direct ou indirect, par gouttelettes ou encore par microparticules en suspension dans l'air.

Contact direct ou indirect

Le contact direct met en jeu deux surfaces corporelles (peau ou muqueuses) entre le patient et le soignant.

Le contact indirect fait intervenir un objet, une surface ou la main entre le patient et le soignant ou entre deux patients (p. ex.: environnement du patient).

Les mains jouent un rôle important dans la transmission par contact, on parle alors de transmission manuportée.

La transmission féco-orale des virus responsables de gastro-entérite, de *Clostridium difficile*, du virus de l'hépatite A est une forme de transmission par contact indirect (contact des mains contaminées avec la muqueuse buccale).

Gouttelettes

Les gouttelettes d'une taille supérieure à 5 µm (« droplets ») – chargées de la flore des voies aéro-digestives supérieures – émises lors de la toux se transmettent entre le patient et le soignant si la distance qui les sépare est inférieure à un mètre.

Microparticules en suspension dans l'air

Dans ce cas de figure, les supports de cette contamination sont des particules de diamètre inférieur à 5 µm. Certains micro-organismes peuvent survivre, au sein de ces gouttelettes. Ceci explique que l'air reste contaminant, même en l'absence du malade.

II – C – 3 - Les bactéries multi-résistantes (BMR)

Les bactéries sont dites multi-résistantes aux antibiotiques lorsque, du fait de l'accumulation des résistances naturelles et acquises, elles ne sont plus sensibles qu'à un nombre restreint d'antibiotiques habituellement actifs en thérapeutique.

La maîtrise de l'émergence et de la diffusion des BMR repose sur deux axes:

- éviter la transmission croisée (c'est-à-dire d'un patient à un autre);
- diminuer la pression de sélection exercée par les antibiotiques.

Les précautions standards sont donc essentielles.

Des BMR acquises lors d'un séjour hospitalier peuvent persister après la sortie de l'hôpital. La transmission croisée de ces BMR par l'intermédiaire des soignants peut expliquer la survenue de ce type de micro-organisme chez des patients n'ayant pas eu de contact direct avec un établissement de santé.

Des transmissions croisées lors de soins ambulatoires ont été décrites [9].

La transmission des BMR se fait essentiellement par contact et en particulier par manuportage. A partir d'un patient porteur, il s'agit, dans la majorité des cas, soit d'un contact direct entre deux personnes, soit d'un contact indirect par l'intermédiaire de matériel contaminé (stéthoscope, brassard à tension, thermomètre, ...)

Le risque de transmission est directement lié à la fréquence des contacts avec les patients porteurs de BMR et au non-respect des précautions standards.

II – C – 4 - Epidémiologie des Infections Associées aux Soins (IAS)

L'épidémiologie des infections associées aux soins en dehors des établissements de soins, qui plus est au domicile des patients, est moins bien connue qu'en milieu hospitalier.

De plus, l'absence d'un système de surveillance spécifique laisse supposer qu'elles sont probablement sous-estimées.

III - METHODE

Il s'agit d'une enquête qualitative descriptive menée par entretien semi-dirigés auprès d'un échantillon de médecins généralistes du Cher.

L'enquête qualitative a été choisie car elle permet d'étudier les représentations, les comportements et déterminants des fournisseurs de soins. [22]

L'entretien semi-dirigé a été choisi car c'est une méthode permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans une trame d'entretien, tout en laissant libre choix de la réponse aux enquêtés.

La trame d'entretien, élaborée à partir de données de la littérature [6], abordait les différentes précautions standards d'hygiène que les médecins généralistes peuvent réaliser lors des visites à domicile (l'hygiène des mains, l'utilisation et l'élimination des objets piquants, coupants, tranchants, et enfin l'utilisation du matériel de protection individuel) ainsi que la formation et l'information des médecins sur l'hygiène lors des visites à domicile. Cette trame avait été testée au préalable. Elle a été réajustée après les quatre premiers entretiens incorporant ainsi le thème de la perception du risque infectieux, thème émergeant évoqué par les médecins généralistes interrogés.

Les critères d'inclusions étaient les médecins généralistes libéraux dont l'activité principale est la médecine générale. Les médecins généralistes à mode d'exercice particulier étaient exclus.

L'échantillon de médecins généralistes a été choisi à partir de la liste de garde de la maison médicale de Vierzon et a ensuite été élargi au-delà de l'agglomération vierzonnaise pour obtenir un échantillonnage en variation maximale.

Les variables de cet échantillon étaient l'âge (30-39, 40-49, 50-59 et >ou=60 ans), le sexe, le milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), le mode d'exercice (seul, en groupe), et la qualité ou non d'enseignant clinicien ambulatoire. (Annexe 2)

Les médecins ont été contactés par téléphone où il leur était expliqué le thème de l'hygiène en médecine générale ainsi que le mode de recueil des données. Un rendez-vous était alors fixé à la convenance du médecin généraliste pour le lieu, la date et l'heure de la rencontre. Tous les médecins contactés ont accepté de participer à l'étude.

Les médecins avaient prévu un créneau de vingt minutes à une heure pour me recevoir, vingt minutes étant la durée minimum que j'avais astreint à ma demande.

Les médecins généralistes ont choisi leur cabinet pour le lieu de l'entretien, à l'exception d'un entretien qui a été mené au domicile du médecin généraliste sur un de ses jours de congé.

Avant chaque entretien, il était expliqué aux médecins le sujet de l'entretien :

- le thème de l'hygiène en médecine générale
- lors des visites à domicile
- hors hospitalisation à domicile
- le but étant de recueillir leur point de vue et non de juger leurs pratiques.

C'est la saturation des données qui a permis de définir la taille de l'échantillon qui a ainsi été de 16 médecins généralistes. Il n'y a pas eu de critère d'exclusion relevé dans l'échantillon formé.

Les entretiens ont été enregistrés sur deux dictaphones numériques, après accord oral des médecins interrogés. Ils ont ensuite été retranscrits intégralement et anonymisés.

Il a été envoyé par mail, à chacun des médecins interrogés, la retranscription intégrale de leur verbatim. Les médecins ont alors pu relire leur entretien.

- 11 d'entre eux l'ont validé,
- 3 n'ont pas répondu malgré un rappel par courriel,
- Et 2 ont répondu ne pas vouloir relire leur retranscription qu'ils considéraient retranscrit trop à l'identique de leur discours, décousu et trop difficile à relire.

Aucun des médecins généralistes interrogés ne s'est opposé à l'utilisation de leur verbatim pour la réalisation de cette étude.

Un codage a été réalisé en double aveugle, pour les six premiers entretiens, par deux chercheurs indépendants : moi-même et mon directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative.

Les verbatim ont été lus en double aveugle par les deux chercheurs, permettant d'identifier les codages puis de les thématiser.

L'analyse thématique du contenu a été réalisée selon les étapes suivantes :

- Appréhension globale du contenu des premiers entretiens afin d'en dégager les premiers thèmes et d'affiner la trame d'entretien,
- Puis chaque entretien a fait l'objet d'un relevé systématique des citations permettant de réaliser le codage en regroupant les mêmes mots ou groupes de mots.
- Le codage a ensuite été organisé en sous-thèmes et thèmes pertinents en fonction des idées fortes qui se dégageaient tout en répondant à l'objectif de recherche.
- La réalisation du plan a été faite par l'organisation des thèmes et sous-thèmes se dégageant. Le plan n'était pas réalisé à partir de la trame d'entretien mais bien adapté aux thèmes relevés.

IV - RESULTATS

IV – A - Caractéristiques de l'échantillon

Le recueil des données a été effectué entre le 15 mai et le 7 octobre 2013. Seize médecins généralistes ont été contactés. Tous ont accepté de participer à l'étude.

Les entretiens ont duré entre 10 et 55 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 23 minutes.

Les caractéristiques des médecins généralistes rencontrés sont reportées dans le tableau 1.

Médecin	Sexe	Age	Zone d'exercice	Mode d'exercice	ECA	Moyenne du Nombre de Visite par jour	Durée de L'entretien
M1	F	42 ans	rurale	Seul		2/j et 15 le premier jour du mois	23 min
M2	F	50 ans	rurale	Groupe	oui	3/j	14 min
M3	H	46 ans	Semi-rurale	Seul		3/j	10 min
M4	H	60 ans	urbaine	Seul		2.5/j	16 min
M5	H	54 ans	urbaine	Seul		7/j	30 min
M6	H	62 ans	rurale	Seul	oui	5.5/j	23 min
M7	H	66 ans	Semi-rurale	Seul		1.5/j	55 min
M8	H	44 ans	urbaine	Seul		4/j	30 min
M9	F	53 ans	urbaine	Groupe		0.5/j	21 min
M10	F	51 ans	urbaine	Groupe		2/j	36 min
M11	H	56 ans	urbaine	Seul		10/j	21 min
M12	H	50 ans	urbaine	Groupe	oui	3/j	21 min
M13	F	32 ans	rurale	Groupe	oui	3/trimestre	16 min
M14	H	40 ans	rurale	Groupe	oui	1.5/j	17 min
M15	F	36 ans	rurale	Groupe		1/j	23 min
M16	H	36 ans	urbaine	Groupe		6.5/j	18 min

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Tous les médecins généralistes effectuaient des visites à domicile.

La trame d'entretien a été réajustée après les 4 premiers entretiens afin d'ouvrir le champ d'exploration sur la perception du risque infectieux lors des visites à domicile.

La saturation des données a été atteinte au 14^{ème} entretien et confirmée par les entretiens suivants.

IV- B - Analyse des entretiens

IV – B – 1 - Généralités sur l'Hygiène

IV – B – 1 – a) L'importance de l'hygiène

L'hygiène lors des visites à domicile était importante voire « indispensable » pour la plupart des médecins - M4 : *« Je pense que l'hygiène est indispensable »*.

L'hygiène était perçue comme un principe général à la pratique de la médecine - M6 : *« l'hygiène est une chose essentielle, tout autant dans mon cabinet médical que quand je vais examiner les gens au niveau de leurs maisons »*.

L'hygiène des mains était la précaution standard d'hygiène mise en avant par les médecins généralistes. Elle était la première des précautions citées, à l'unanimité - M2 : *« C'est une hygiène de base (...), je me lave les mains. »*.

IV- B – 1 – b) L'hygiène en visite à domicile : une habitude en déclin

Certains médecins généralistes étaient surpris par la question de l'hygiène en visite à domicile, ils disaient n'y avoir « jamais réfléchi » (M1), « ne pas se poser la question » (M7).

L'hygiène lors des visites à domicile n'était parfois plus considérée. Les anciens patients avaient pour habitude de mettre à disposition le matériel d'hygiène adéquat parce que les anciens médecins avaient pour habitude de l'exiger.

M10 : *« Les anciens (...) préparaient (...) une serviette propre et le savon. (...) On n'a plus ces réflexes d'hygiène qu'avaient nos anciens (...). Ils le faisaient parce que le médecin qui venait à domicile exigeait ça. »*

Un médecin généraliste pensait au contraire que les pratiques avaient évolué et que plus de précautions étaient prises maintenant. – M6 : *on a fait des progrès énormes par rapport au début de mon installation (...) Maintenant il y a un circuit bien défini qui permet d'éliminer des pansements, des aiguilles »*

IV – B – 2 - Obstacles et difficultés à l'hygiène

L'hygiène en visite était jugée moins bonne qu'au cabinet pour la plupart des médecins interrogés. Elle était dite « limitée » (M2), considérée comme « mauvaise » (M9), « imparfaite » (M7), « approximative » (M11).

Pour certains « aucune hygiène » (M9) n'était même possible lors des visites.

Les médecins mettaient en cause des obstacles aux pratiques d'hygiène. Ces pratiques d'hygiène étaient « plus difficile[s] » (M12) à réaliser lors des visites.

Néanmoins quelques médecins disaient ne pas se sentir en difficulté – M6 « *L'attitude est la même quelque soit le lieu où j'exerce la médecine* ».

IV – B – 2 – a) L'hygiène des mains

La plupart des médecins généralistes évoquait des difficultés à l'hygiène des mains, qu'ils considéraient cependant comme « indispensable » (M4).

Obstacles au lavage simple des mains

Le lavage simple des mains était jugé difficile à effectuer correctement - M14 : « *Se laver les mains (...), c'est compliqué, (...) c'est le problème des visites à domicile, (...), c'est pas toujours adapté.* ».

C'est le matériel inadapté qui était la première cause évoquée. Un linge propre et un savon n'étaient pas toujours à disposition. – M9 : « *C'est vraiment exceptionnel qu'on puisse accéder à un savon et une serviette* » ; M14 : « *Chez les gens (...), il y a toujours le torchon qui traîne sur la table où ce n'est pas très propre* ».

C'est ensuite les lieux, comme l'accès à un lavabo ou à un quelconque point d'eau, qui n'étaient pas toujours accessibles ou jugés inadéquats à un lavage correct des mains - M12 : « *C'est des fois difficile d'accéder au lavabo.* ».

Parfois jugé inefficace, le lavage des mains n'était alors pas réalisé - M14 : « *Je ne me lave pas les mains chez les gens, (...) c'est pas très hygiénique je pense.* ».

Ces obstacles au lavage simple des mains persistaient malgré la demande du médecin au patient d'un lieu et de matériel adéquats - M1 : « *Tu leur demandes une serviette et s'ils te disent il y a celle qui est accrochée, tu leur demandes si tu peux avoir une serviette propre, parfois tu n'as pas de réponse* ».

Ces obstacles au lavage simple des mains étaient parfois renforcés par une difficulté vis-à-vis de l'intimité des patients. Certains médecins n'osaient pas demander à se laver les mains - M14 : « *C'est compliqué de demander aux gens d'aller dans leur salle de bain pour se laver les mains.* ».

Le lavage des mains était moins proposé qu'auparavant, ce qui constituait une difficulté au regard des médecins - M9 : *« C'est pas toujours facile. Et c'est rare que les gens vous proposent de vous laver les mains. Exceptionnel, je dirais. Donc bon, on n'ose pas trop demander. »*.

Le contexte des visites à domicile

Les médecins estimaient que le contexte du domicile était particulier et que l'hygiène lors des visites à domicile n'était *« pas pareil qu'au cabinet »* (M14).

Se trouver dans l'intimité d'un foyer, dans le quotidien des patients diminuait l'importance accordée aux habitudes d'hygiène telle que certains médecins généralistes pouvaient les avoir au cabinet. Le risque infectieux y était moins évident. – M12 : *« peut-être qu'on oublie un petit peu le côté hygiène, infectieux, risque d'épidémie parce qu'on prend des habitudes, on connaît les gens, on est plus dans le diagnostic, on voit pas les risques encourus »*.

Certains médecins estimaient que l'hygiène des mains n'était pas une priorité pour les visites dites « banales » de renouvellement d'ordonnance des personnes âgées.

M16 : *« C'est pas une priorité (...) parce qu'on est déjà débordé. Quand c'est une simple consultation : prise de tension, renouvellement de traitement, je me lave pas les mains »*.

L'hygiène des mains présentait un moindre intérêt si on hiérarchisait les problèmes du patient. M7 : *« On a tellement de choses à penser, qu'il faut qu'on hiérarchise les nécessités »*.

Un médecin jugeait les pratiques d'hygiène « chronophages ». Il expliquait que l'hygiène n'était pas la priorité pour les visites sans geste invasif car son emploi du temps était *« surchargé »*, avec un nombre de visites important sur un vaste périmètre kilométrique.

M16 : *« C'est pas une priorité (...) parce qu'on est déjà débordé et puis quand on va à domicile il faut aller plus vite parce qu'on perd beaucoup de temps et c'est vrai que l'hygiène à domicile, moi, j'y pense pas du tout »*.

La présence d'animaux, la manipulation de l'argent, le retour dans la voiture avec des mains non systématiquement lavées, et les manches longues de veste étaient autant d'obstacles à l'hygiène des mains cités que les médecins estimaient rencontrer. – M13 : *« En visite (...) je fais pas la même médecine (...) c'est pas l'hygiène médicale mais celle de la maison avec des animaux partout (...) donc je ne fais rien à part une prise de tension »*. – M9 : A propos de l'hygiène en visite : *« Aucune (...) on passe d'un patient à l'autre sans se laver les mains, on touche à la voiture, à l'argent. Ça m'a souvent gêné. »*

La Solution Hydro-Alcoolique

À l'unanimité, la solution hydro-alcoolique (SHA) était jugée comme une *« bonne alternative »*. Elle était perçue comme *« pratique »*, parfois jugée comme *« la référence »* (M4).

Mais la plupart des médecins confiaient ne pas l'avoir adoptée, ou peu l'utiliser en visite, alors qu'elle l'était parfois au cabinet.

Les différents obstacles à l'utilisation de la solution hydro-alcoolique étaient : son intolérance, le doute de son efficacité, le manque d'habitude et le doute sur sa nocivité.

L'intolérance à la solution hydro-alcoolique

Les médecins disaient délaisser la solution hydro-alcoolique principalement pour son intolérance. La dermite irritative qu'elle peut générer était un obstacle à son utilisation. – M16 : « *J'ai une intolérance à cette solution et je ne l'utilise pas.* »

Doute de l'efficacité de la solution hydro-alcoolique

Le dépôt que la solution hydro-alcoolique laisse sur les mains était jugé « *non pratique* » (M11) et même non hygiénique. – M11 : « *C'est poisseux (...) on n'a pas les mains suffisamment propres et sèches une fois qu'on a utilisé [la solution hydro-alcoolique].* »

Quelques médecins en effet jugeaient la solution hydro-alcoolique moins efficace que le lavage simple des mains. Ils doutaient de son efficacité. – M3 : « *Le gel hydro-alcoolique, c'est moins efficace (...) le lavage des mains c'est plus efficace je pense* ».

Un autre médecin expliquait que la solution était peu efficace car mal utilisée. – M10 : « *La solution hydro-alcoolique (...), je pense qu'on la fait trop vite, on se donne bonne conscience. Je suis pas sûre qu'on soit vraiment très efficace, parce qu'on doit mal la faire* ».

Un médecin évoquait même que son utilisation pouvait entraîner des résistances. – M11 : « *J'ai même eu l'information qu'on allait retirer les gels qu'on mettait dans les chambres des hôpitaux parce qu'on trouvait des germes plus résistants qu'avant.* »

Le manque d'habitude

Certains médecins estimaient ne pas utiliser la solution hydro-alcoolique simplement « *par négligence* » (M16) ou par manque d'habitude. – M16 : « *J'ai pas le gel antiseptique, c'est de la négligence* ». M15 : « *J'ai juste oublié de la mettre dans mon sac. J'en ai partout ici au cabinet et j'en avais acheté un petit flacon exprès et qui est resté près de mon bureau, que j'ai jamais pensé à mettre dans ma sacoche.* »

Certains évoquaient que du fait d'une faible quantité de visites à domicile, la solution hydro-alcoolique n'était pas entrée dans leurs habitudes d'hygiène. – M15 : « *J'ai pas mis de manugel dans ma sacoche de visite. Je devrai en mettre d'ailleurs. (...) C'est qu'on fait très peu de visites en fait* »

Doute sur la nocivité de la solution hydro-alcoolique

Enfin, un médecin s'inquiétait de la nocivité que pouvait avoir la solution hydro-alcoolique par rapport à l'émanation et l'absorption cutanée d'alcool lors de son utilisation chronique. – M1 : *à propos de la solution hydro-alcoolique* : « *à force de faire ça 30 fois par jour, je sais pas ce que va devenir notre cerveau dans 20 ans. J'aimerais bien qu'on nous fasse des*

études, qu'on soit pas tous avec des démences plus tard (...) c'est vrai, c'est des solvants que tu respires. »

IV – B – 2 – b) Difficultés d'hygiène face à des gestes plus invasifs

Abord des plaies

Les médecins généralistes disaient prendre quasi unanimement plus de précaution face à l'abord des plaies lors de leurs visites.

Ils estimaient qu'il était important, pour ce genre de geste, d'avoir une « *hygiène des mains plus rigoureuse* », d'utiliser des gants, ou encore se tenir à distance pour ne pas contaminer ses vêtements. – M1 : « *Dès qu'il y a des écoulements de liquide organique, j'essaie de ne pas me salir(...) de les examiner bien à distance* », - M12 : « *Tout ce qui est plaie, ulcère, escarre, là je fais plus attention (...) mettre systématiquement des gants, se laver les mains avant après, enfin voilà (...) être plus rigoureux* ».

Ils estimaient, en effet, être plus en difficulté face à l'abord des plaies et par conséquent la réalisation des pansements.

M1 : « *S'il y a des pansements ou pas, je différencierai ça. (...) S'il y a des soins de pansement (...), c'est pas évident.* »

Les difficultés pour l'abord des plaies étaient les mêmes que celles évoquées pour l'hygiène des mains. La présence d'animaux était également une difficulté très évoquée par les médecins généralistes abordant les plaies lors de leurs visites. – M15 : « *quand j'examine la dame diabétique avec un ulcère, le chien est dans le lit (...) une fois sur trois on est obligé de demander, quand on va faire les visites, que le chien sorte de la pièce.* »

La peur de vexer le patient était un obstacle à l'utilisation des gants pour un médecin. – M8 : « *je n'ose jamais trop mettre des gants parce que j'ai peur que ça blesse les gens* ».

Un autre médecin jugeait même l'utilisation des gants comme précaution excessive – M7 : « *l'utilisation des gants, j'ai pas pris cette habitude là. Non, j'utilise la Bétadine à la place des gants (...) les gants, c'est une précaution excessive, exorbitante* »

IV – B – 2 – c) L'utilisation et l'élimination des objets piquants, coupants, tranchants

Exposition des médecins au risque d'accident d'exposition au sang

Le circuit d'élimination des Objets Piquants Coupants Tranchants (OPCT) était quelque chose que bon nombre des médecins généralistes estimaient capital, soulignant même qu'il était « *inconcevable de laisser les aiguilles à domicile* » (M13).

Mais la plupart des médecins généralistes reconnaissaient qu'il y avait un risque d'accident d'exposition au sang (AES) lors de l'utilisation des OPCT lors de leurs visites. Ils expliquaient se trouver face à des obstacles pour la gestion et l'élimination des OPCT. – M2 : « *Que ce soit l'ampoule, l'aiguille, tout ça, je laisse jamais (...), je ramène tout (...) je peux éventuellement me piquer.* »

Les facteurs d'accident d'exposition au sang

La première raison évoquée était le fait de « *recapuchonner* » l'aiguille, n'ayant « *pas d'autre solution* ». – M10 : « *pour les vaccins anti-grippe par exemple (...) comme mon petit collecteur portable ne prend que les aiguilles (...) donc je le recapuchonne. (...) C'est pas bien mais c'est la réalité.* »

La plupart des médecins estimait qu'ils s'exposaient à un risque d'accident d'exposition au sang en ramenant les OPCT sans collecteur. – M9 : « *Le vaccin, je le remets dans la boîte (...) c'est pas terrible (...) et le transporte dans mes affaires (...) si je l'oublie et que je mets les mains dedans, je peux me piquer* ».

Ils minimisaient ce risque à la fois par une faible fréquence d'injection et parce qu'ils estimaient que le risque infectieux était plus faible en médecine générale, qui plus est en visite qu'en milieu hospitalier. – M10 : « *Sincèrement, on fait beaucoup moins de choses qu'il y a quelques années (...) les vaccins montés, c'est un problème pratique. (...) Je le remets dans la boîte, je me dis que le risque de blessure est peu important.* ». – M7 : « *La gestion des aiguilles, c'est issu du risque non cernable de transmission virale, hépatite B, C, VIH. En principe général, dans la campagne, on n'a pas la même obnubilation qu'en ville, la population est plus dispersée.* »

Freins à l'utilisation des collecteurs d'aiguilles portables

La plupart des médecins généralistes confiaient ne pas avoir adopté les collecteurs d'aiguilles portables. Ils étaient jugés inadaptés pour plusieurs raisons :

- les vaccins montés étaient trop volumineux pour entrer dans les collecteurs portables,
M10 : « *S'il y a des injectables, on a notre petite boîte, on enlève la seringue, sauf pour les vaccins antigrippe, c'est pas bien, ma petite boîte ne prend que les aiguilles, ne prend pas tout le vaccin, donc je le recapuchonne* ».
- ces collecteurs portables étaient jugés trop encombrants et/ou inutiles pour une utilisation peu fréquente. – M14 : « *J'ai pas de boîte jaune en visite, (...) c'est un peu volumineux (...). Les injections chez les gens en visite (...) ça arrive vraiment très peu souvent.* »
- ils étaient parfois jugés utiles qu'en période vaccinale. – M16 : « *C'est très rare d'utiliser des aiguilles. Sauf (...) quand il y a la période des vaccins, comme en ce moment la grippe. Donc là, c'est vrai que les collecteurs d'aiguille portable c'est utile.* »

Par ailleurs quelques médecins ne les utilisaient pas par manque d'habitude. – M6 : à propos des collecteurs d'aiguille portable : « *je l'emmène pas systématiquement sous le bras (...). Mais il est dans ma voiture (...) c'est pas un réflexe. Je pense que c'est un manque d'habitude* ».

Exposition des patients et/ou tiers au risque d'AES

Pour des raisons d'organisation de la consultation à domicile en elle-même, un médecin déclarait oublier ses aiguilles à vaccin au domicile du patient. Il expliquait que lors de ses visites il « *commenc[ait] toujours par faire l'injection* » puis « *pos[ait] l'aiguille dans un coin et (...) l'oubli[ait]* » (M6).

IV – B – 3 - Perception du risque infectieux par les médecins généralistes

IV – B – 3 – a) Pratiques d'hygiène en fonction du risque infectieux ciblé

La plupart des médecins estimaient que le risque infectieux n'était pas systématique à chaque visite – M 15 : *à propos du lavage des mains en visite : « à mon avis c'est un peu inutile quand c'est juste une prise de tension, une auscultation simple, quand il y a pas vraiment de contact avec quelque chose qui pourrait être infectieux »*. – M10 : *« le risque infectieux est moindre par rapport au cabinet parce que ce sont des personnes âgées, c'est souvent des renouvellements. C'est très peu de problème infectieux ou alors ça va être la bronchite ou la gastro-entérite de la personne âgée »*.

Adapter leurs pratiques d'hygiène au risque infectieux qu'ils identifiaient leur semblait plus approprié. Les médecins estimaient ainsi *« adapter [leurs] pratiques »* à la pathologie du patient. – M7 : *« Les actes à domicile à risque infectieux (...) on parlait de cancer mais c'est très ponctuel et à ce moment là, c'est tout le problème, c'est pas d'être systématique mais d'être judicieux dans chaque cas (...) Le systématique vous fait bouffer de l'énergie pour rien. »*

IV – B – 3 – b) Risque infectieux perçu différemment qu'en établissement de soins

La plupart des médecins, comme tout acteur de santé, avaient à l'esprit qu'ils pouvaient être *« porteur[s] »*(M8) d'infection ou *« vecteur[s] »*(M13) de transmission infectieuse. Ils rapportaient avoir *« conscience »* du risque infectieux.

Lors des visites à domicile, le risque de transmission infectieuse n'était pas à l'origine d'inquiétude pour la plupart des médecins. – M12 : *« Sur le risque infectieux, je ne suis vraiment pas inquiet »*.

Les raisons évoquées étaient les suivantes :

- le fait de cibler le risque infectieux et de prendre les précautions en conséquence – M7 : *« Tout le problème de l'hygiène en visite, c'est pas d'être systématique mais d'être judicieux dans chaque cas »*.
- le risque infectieux était jugé moindre à la fois du fait de la faible fréquence des gestes en visite, de la patientèle visitée et du motif de consultation (des personnes âgées pour renouvellement d'ordonnance). Ces visites étaient considérées sans ou avec un faible risque infectieux – M13 : *« en visite, (...) je fais du renouvellement, pas d'acte invasif (...) j'ai pas l'impression de prendre, de faire passer un risque infectieux important, parce que je ne vois pas beaucoup de patients en visite »*.
- les patients étaient jugés moins fragiles qu'en établissement de soins – M13 : *« On va dire qu'on est avec des germes plus sympas, moins dangereux. Je pense qu'effectivement, qu'il y a moins de résistance (...) que les patients en ambulatoires sont moins fragiles. Donc l'un dans l'autre, on s'en sort peut-être mieux en libéral qu'en hospitalier. »*

- le risque infectieux y était moins évident lorsque les médecins généralistes se trouvaient dans le quotidien des patients. *M12 : « Je pense qu'on oublie un petit peu le côté hygiène, infectieux, le risque d'épidémie parce qu'on prend des habitudes, on connaît les gens, on est plus dans le diagnostic. »*
- la population microbienne était parfois jugée moins « redoutable » (*M7*) qu'en établissement de soins, c'est-à-dire en concentration moins importante et sans résistance – *M7 : En campagne (...), les microbes n'ont pas la même redoutabilité, la même concentration que dans les hôpitaux ».*

Quelques médecins pensaient au contraire que le risque infectieux en visite était supérieur à celui du cabinet. Ils estimaient rendre visite à des patients « *plus fragiles* », présentant des pathologies plus lourdes et susceptibles de s'infecter, comme les « *ulcères* ». – *M4 : « Et puis on voit des choses au domicile qu'on voit pas au cabinet. Tout ce qui est ulcère de jambe, des choses comme ça. Enfin des pathologies un petit peu plus lourdes ».*

Enfin un médecin pensait que l'abord des plaies était plus à risque d'engendrer une infection associée aux soins ou de se surinfecter lors des visites à domicile en raison des obstacles à l'hygiène (lieux et matériels non adaptés). – *M9 : « quand vous regardez une plaie, c'est pareil, (...) il y a rien de prévu pour ça ». À propos du risque infectieux en visite « J pense qu'il est beaucoup plus important qu'au cabinet »*

IV- B – 3 – c) Les infections associées aux soins

Les médecins ne se sentaient pas à l'origine d'une transmission infectieuse associée aux soins. Ils n'avaient pas connaissance d'avoir été délétères et pensaient ne pas l'être pour la plupart. – *M2 : « Ça fait vingt ans qu'on est installé, on n'a pas eu de retour de problème (...), de grosse contamination ».*

Ils n'avaient pas non plus été l'objet d'une quelconque contamination infectieuse. – *M12 : « À ma connaissance, à travers les confrères et tout, j'ai jamais, rarement entendu dire tiens j'ai attrapé ci, j'ai attrapé ça ».*

IV – B – 3 – d) Les bactéries multi-résistantes

Les bactéries multi-résistantes (BMR) étaient très peu évoquées par les médecins généralistes. Certains médecins avaient à l'esprit qu'elles pouvaient être présentes sur les patients vus à domicile, en particulier les patients portant des plaies. – *M16 : « Le risque infectieux est très faible. A part des gens infectés ou porteurs de germes multi résistants (...) parce qu'ils ont été hospitalisés (...) parce qu'ils ont des plaies qui se ferment pas.*

Tout comme le risque infectieux en général, elles n'étaient pas à l'origine d'inquiétude. – *M15 : « Les bactéries résistantes (...) c'est vrai qu'on s'en inquiète pas plus que ça en fait. »*

Si les médecins généralistes se trouvaient face à un patient porteur de BMR, ils estimaient qu'il était important d'user de précautions d'hygiène plus rigoureuses (hygiène des mains, +/-

usage des gants). – M16 : « *des gens infectés (...) porteurs de germes multi résistants (...) là je suis vraiment vigilant* »

Un seul médecin estimait qu'il était important de prévenir le personnel paramédical tel que l'infirmière à domicile. – M7 : « *quand on identifie des bactéries avec des résistances, on met en garde surtout l'infirmière* ».

IV – B – 4 - La formation et l'information sur l'hygiène

IV – B – 4 – a) Formation initiale jugée limitée

Les médecins généralistes rapportaient pour la plupart la quasi-absence de formation en termes d'hygiène pendant le cursus universitaire, notamment pour les visites à domicile. Cette formation était jugée, « *peu enseignée* », « *mauvaise* » (M14). – M14 : « *C'est zéro, il n'y a pas de formation* ».

Il en était de même concernant la formation ou l'information reçus pendant l'exercice de la profession. Les médecins avaient souvent l'« *idée qu'il faille se former soi-même* » (M11).

IV – B – 4 – b) Doute de l'efficacité des pratiques

Certains médecins généralistes doutaient ainsi de l'efficacité de leurs pratiques, n'ayant pas connaissance d'informations concernant des situations particulières en visite. – M14 : « *On a certainement d'énormes progrès à faire par rapport à l'hygiène (...) je sais pas si on fait vraiment les choses bien* » ; M10 : « *La gale, c'est un gros problème pour moi. Parce qu'on en voit quand même pas mal (...) et puis c'est vrai qu'il faut plutôt se laver les mains, enfin je crois. Et le gel hydro-alcoolique, je crois qu'il est inefficace contre la gale. (...) le problème à domicile de gale. Là, je serais un peu embêtée. Parce que le torchon à mains tout sale euh. Et pour les instruments, la gale aussi, c'est un problème* ».

Un médecin expliquait que « *le bon sens étant propre à chacun* », il était « *inconstant* » et donc peu fiable en terme d'hygiène (M11). Il estimait ainsi « *devoir se former à l'avenir* » (M11).

D'autres, même s'ils ne se sentaient pas déléteres, exprimaient être favorables à de la formation ou de l'information sur l'hygiène en particulier au domicile. – M8 : « *Il y a forcément des choses perfectibles (...) toute information serait la bienvenue.* »

IV – B – 4 – c) Les besoins de formation

Bon nombre des médecins interrogés estimaient s'être formés :

- avec l'expérience (expérience des « *stages hospitaliers* », de l'exercice) – M4 : « *Dans les hôpitaux, on nous apprend à avoir une hygiène des mains, une hygiène vestimentaire aussi. La base est là. Après le reste se développe au fur et à mesure de l'exercice (...) par l'expérience* ».
- ou le bon sens. – M7 : « *L'hygiène, on essaie de la faire avec le plus grand bon sens* ».

Même si certains d'entre eux en étaient satisfaits, la plupart estimait qu'une formation ou de l'information seraient les « *bienvenues* », voire « *nécessaire* » (M8).

Enfin, un médecin n'avait pas d'attente de formation ou d'information sur l'hygiène en visite, parce qu'il réalisait peu de visite et parce que l'hygiène des mains réalisée en situation appropriée suffisait. – M7 : « *La question de l'hygiène en visite se pose peu (...). Le dénominateur commun : c'est les mains propres, c'est tout. (...) Je n'ai pas d'attente. Si*

c'était l'inverse : 90% de visites et 10% de consultations, ça constituerait vraiment un problème majeur pratique. Là, c'est l'opposé. »

Les stages : une piste

Un médecin estimait que le fait de ne pas avoir réalisé de visites à domicile lors de ses stages n'avait pas contribué à sa formation sur l'hygiène. – M10 : *« On n'allait pas en visite à domicile (...), on n'avait pas l'expérience des médecins installés. Enfin, j'avais un stage de 8 jours en médecine générale de prévu mais il avait été validé à l'occasion d'un remplacement »*

Il pensait que prendre un étudiant en médecine en stage permettait de se remettre en question sur ses pratiques. – M10 : *« Là, j'ai une deuxième année, c'est toujours intéressant parce qu'ils nous interpellent ».*

Formation, information : principe, contenu

La plupart des médecins généralistes souhaitent élargir leurs connaissances :

- sur des gestes pour améliorer de manière efficiente leurs pratiques. Ils auraient souhaité que ces mesures soient *« applicables »* et basées sur des études *« non controversées »* (M10). M10 : *« Il faudrait qu'on ait une information simple (...) simplement un bon récapitulatif par des gens qui ont l'habitude de faire des visites à domicile (...) qui apportent éventuellement leur lumière sur les microbes »*
- sur l'intérêt de pratiques systématiques d'hygiène ou de l'intérêt de modifier les pratiques. Ils auraient souhaité qu'on leur *« prouve la nécessité de modifier »* (M5) leurs pratiques. – M5 : *« Ce serait intéressant de savoir si on apporte un plus de faire un truc 100% hygiène par rapport à une hygiène qui concernerait que des situations à risque. (...) Si on fait un parallèle par rapport à l'hôpital et les infections nosocomiales et (...) la médecine de ville, où on a intérêt d'avoir une hygiène quand même nickel, mais on manque de papier le prouvant. Parce qu'on n'a pas à faire à la même population, aux mêmes gens. »*

Les médecins auraient aimé entre autre obtenir des informations :

- sur la spécificité de l'hygiène au domicile du patient – M1 : *« des recommandations (...) s'il y a des trucs spécifiques à faire à domicile. Par rapport au bon sens commun. »*
- sur les risques infectieux particuliers à prendre en compte en visite à domicile – M5 : *« je pense que c'est utile (...) pour les futurs médecins (...) d'avoir des formations qui soient encadrées en mettant le doigt sur tel ou tel type d'infection, les risques de transmission ».*
- les indications, contre-indications et effets indésirables de la solution hydro-alcoolique – M10 : *« à domicile, effectivement la solution hydro-alcoolique*

pourquoi, pour qui ? », - M1 : « La solution hydro-alcoolique (...) ça rentre dans la peau (...) j'aimerais bien qu'on nous fasse des études (...) c'est des solvants qu'on respire. »

- et sur les situations où le médecin est contaminant – M9 : *« savoir dans quelles conditions on est contaminant ».*

Formation, information : forme

Les médecins généralistes insistaient quasi-unaniment sur la formation universitaire. – M4 : *« Je dirais simplement que (...) si en faculté de médecine il y a effectivement quelques heures de cours d'hygiène c'est mieux ».*

En deuxième plan, les médecins, s'ils avaient pu bénéficier d'information sur le sujet, auraient choisi quasi-unaniment une information ciblée et de courte durée.

M1 : *« Un cours de formation (...) ce n'est pas évident (...) à la rigueur, des recommandations, enfin des recommandations, on en a si tu veux, s'il y a des trucs spécifiques à faire à domicile quoi. Par rapport au bon sens commun. (...) Plutôt des fiches, comme à la haute autorité de la santé des trucs comme ça. Si c'est pour bloquer toute une journée pour un truc qui pourrait être fait en une heure »*

M14 : *« il n'y a pas non plus besoin d'heures énormes pour ça. »*

Toutes les formes de formation ou d'informations étaient évoquées : formation médicale continue (FMC) en ligne (« site univadis », « Prescrire en ligne »), revues en ligne (« le Généraliste »), formation pratique, article.

Les moments sur cette formation indiquée par les médecins généralistes étaient essentiellement les études et la FMC. – M9 : *« En FMC, c'est vrai que ça n'a jamais été abordé ».*

Un médecin ajoutait que l'installation était également un moment clef pour recevoir des informations sur l'hygiène. – M14 : *« Il y aurait de la formation à faire je pense. Déjà la formation initiale (...) à la Fac(...). Des petites formations je pense qu'à l'installation ça pourrait vraiment être intéressant. »*

IV – B – 5 - Réponse des médecins généralistes face aux obstacles et perspectives

IV – B – 5 – a) Eviction du risque infectieux

Lors de l'abord des plaies, les médecins généralistes estimaient unanimement prendre plus de précaution en termes d'hygiène, « *notamment (...) pour des gens qui [avaient] des problèmes d'ulcères de jambe, de soins de peau où il [fallait] regarder, pour faire et défaire le pansement parce que l'infirmière [avait] besoin d'un avis médical* » (M5).

Certains médecins généralistes préféraient éviter l'abord direct des plaies pour des questions pratiques et pour plus d'hygiène. – M14 : « *J'ai pas le matériel pour faire un pansement (...) Un pansement (...) je préfère ne pas le faire plutôt que de faire ça vraiment salement* »

Ils estimaient qu'un rendez-vous conjoint avec l'infirmière à domicile était plus adapté. Elle serait « *beaucoup plus habilitée* » (M14) à la réalisation des pansements, parce que plus efficace en terme d'hygiène et de limitation du risque infectieux. – M15 : « *Les mesures d'hygiène sont respectées parce qu'elles font ça bien dans les règles de l'art* », M14 : « *on convient d'un rendez-vous avec les infirmiers, (...) c'est plutôt l'infirmier qui fait lui-même son pansement parce qu'il a plus l'habitude, il travaille certainement mieux(...) je préfère ne pas le faire que de faire ça vraiment salement* ».

La plupart des médecins généralistes estimaient, « *dans la mesure du possible* », faire venir au cabinet les patients avec des plaies. Ils expliquaient réaliser de moins en moins de gestes lors de leurs visites à domicile pour une raison d'hygiène mais aussi pour une meilleur installation. Certains n'hésitaient pas à refuser des gestes si les lieux n'étaient pas adaptés – M2 : « *Quand il y a des chiens, une hygiène limite, on va faire un petit peu plus attention ou refuser de faire certains gestes* ».

IV – B – 5 – b) Perspectives

Pour les patients

Si certains médecins se disaient « *étonné[s]* » (M2) que le lavage des mains soit de moins en moins proposé lors des visites à domicile, bon nombre estimaient se sentir plus à l'aise lorsqu'il leur est proposé. – M9 : « *ce serait bien que les gens soient habitués à ce que vous vous laviez les mains, donc qu'ils vous le proposent, que ce soit prévu* », M10 : « *les anciens préparaient le savon et la serviette propre (...), ça a beaucoup changé* ».

C'est dans cette optique que certains médecins considéraient que des informations sur l'hygiène pourraient être apportées aux patients et qu'il serait souhaitable de « *changer les habitudes* » (M9) de ces derniers

M4 : « *on devrait apprendre un minimum d'hygiène (...) à des patients qui ont des plaies infectées* »

M13 : « *Ce qui permettrait aux médecins d'avoir une plus grande aisance avec un matériel et des lieux adaptés et que le lavage des mains leurs soit proposé* ».

Un médecin expliquait que les patients mettant de la solution hydro-alcoolique à disposition sur la table facilitait les pratiques d'hygiène en visite à domicile. – M2 : « *La solution hydro-alcoolique c'est bien pratique. J'en ai pas dans mon sac, j'en ai dans ma voiture (...) Il y a certaines personnes qui en ont sur la table. Dans ce cas là, on prend* »

Pour les médecins

Certains médecins estimaient que pour les visites régulières auprès de patients présentant des plaies chroniques, il serait avantageux d'instaurer une habitude de lavage des mains avec du matériel adapté fourni par le patient lui-même. – M9 : « *on nous propose pas de nous laver les mains (...) il faudrait changer les habitudes* »

V - DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de décrire les perceptions et opinions des médecins généralistes du Cher sur l'hygiène lors des visites à domicile.

Cette étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés a permis de répondre à l'objectif.

V- A - À propos de la méthode

Les entretiens individuels ont été préférés au focus group pour éviter une réticence des médecins à se confier.

La population de médecins a été choisie pour obtenir un échantillonnage en variation maximale et ainsi apprécier la diversité des perceptions et opinions.

Cinq entretiens sur seize n'ont pas été validés par les médecins qui n'ont pas répondu ou n'ont pas voulu lire leur discours intégralement retranscrit. En revanche aucun ne s'est opposé à l'utilisation de ses propos. Les interprétations des résultats n'ont pas été proposées aux médecins pour être validées.

La saturation des données obtenue au quatorzième entretien et renforcée par deux entretiens supplémentaires rend compte d'une certaine exhaustivité des résultats.

Le codage, effectué en double aveugle par deux chercheurs indépendants, a permis de préserver la qualité de l'interprétation du verbatim.

En revanche, une seule technique de recueil a été utilisée. Des entretiens en focus groups auraient peut-être enrichi les résultats ou approfondi certaines idées par des échanges.

Un biais interne s'est ressenti au cours des entretiens. Les médecins se sont parfois sentis jugés. Les questions concernant leurs pratiques d'hygiène en visite, un climat de suspicion s'est parfois installé provoquant une réticence à se confier. Si ce biais n'avait pas existé, certains entretiens auraient peut-être été plus riches.

L'étude a cherché à s'intéresser à la diversité des idées en interrogeant une population variée de médecins. Cet échantillon n'est donc pas représentatif de la population médicale au sein du département du Cher et les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes français.

Cependant la similitude de certains de nos résultats avec ceux d'une autre étude sur la perception du risque infectieux en médecine générale [23] et d'une étude sur les difficultés au lavage des mains [24] sont le témoin d'un certain degré de transférabilité.

V – B - À propos des résultats

Notre étude a permis de faire émerger cinq idées principales concernant les perceptions et opinions des médecins généralistes sur l'hygiène lors des visites à domicile :

- les médecins généralistes jugeaient l'hygiène indispensable,
- ils se trouvaient face à des difficultés quant à la réalisation des pratiques d'hygiène lors de leurs visites à domicile (tant sur l'hygiène des mains que sur la gestion et l'élimination des objets piquants coupants tranchants),
- ils étaient peu inquiets du risque infectieux,
- ils souhaitaient connaître l'enjeu de l'hygiène en visite et les mesures efficaces pour pallier les difficultés qu'ils rencontraient,
- ils évoquaient la perspective de formation des médecins et d'éducation des patients.

Des obstacles aux pratiques d'hygiène en visite ont déjà été décrits. Une étude Belge décrit en 2008 des raisons au non lavage des mains des médecins généralistes en visite [24]. Les difficultés à demander au patient de quoi se laver les mains, le lavage des mains en rentrant au cabinet plutôt que sur place, l'absence de contact infectieux, le manque d'habitude ou de temps, l'oubli, la peur de l'irritation cutanée sont autant de raisons à l'absence de lavage des mains citées dans cette étude. Ces résultats rejoignent les difficultés évoquées par les médecins généralistes interrogés.

Les difficultés et obstacles au lavage des mains était un concept fort de cette étude. Il concorde avec les résultats d'une thèse de 2007 portant sur les représentations des praticiens libéraux sur les infections liées aux soins [23]. Là où la solution hydro-alcoolique semble alors être une alternative de choix, les médecins généralistes interrogés confiaient ne pas trouver dans la solution hydro-alcoolique une réelle option.

La solution hydro-alcoolique était surtout peu utilisée pour son intolérance.

Pourtant de nombreuses études démontrent que la solution hydro-alcoolique est moins irritante que les savons doux [25] et que c'est surtout la succession de lavage suivi de friction, entraînant de l'humidité persistante dans la couche cornée, qui entraîne une moindre tolérance et une diminution de l'efficacité [26].

Par contre l'utilisation de la solution hydro-alcoolique n'est pas efficace contre la gale ou le *Clostridium difficile*. La situation d'un diagnostic de gale en visite à domicile était citée par un médecin généraliste dans notre étude. Face aux obstacles au lavage des mains en visite à domicile, la solution hydro-alcoolique n'est pas une alternative dans cette situation précise.

Certains préjugés tels que le doute de l'efficacité de la solution hydro-alcoolique et celui de sa nocivité était aussi des obstacles à son utilisation.

L'efficacité de la solution hydro-alcoolique est pourtant garantie par les normes AFNOR (Agence Française de Normalisation) et européenne en vigueur [27].

Et plusieurs études [28][29] montrent que l'augmentation de l'utilisation de la solution hydro-alcoolique diminue le taux d'infections nosocomiales, de transmission de bactéries multi résistantes.

La nocivité de la solution hydro-alcoolique était abordée par certains médecins généralistes. Elle a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs études [30]. Même si le taux d'alcool et d'acétaldéhyde dans le sang augmente après l'utilisation de la solution hydro-alcoolique, il reste inférieur au niveau maximum physiologique après une application et inférieur aux niveaux toxiques humains après vingt désinfections hygiéniques des mains.

Par ailleurs, les études montrent qu'en situation professionnelle d'expositions répétées aux vapeurs d'éthanol liées à l'utilisation de solution hydro-alcoolique, l'alcoolémie est soit indétectable soit ne différencie pas de la moyenne d'éthanolémie endogène [31].

La nocivité de la solution hydro-alcoolique n'est donc pas établie et les données de la littérature semblent au contraire rassurantes.

Les produits hydro-alcooliques ne sont pas récents et présentent un recul de près de quarante ans pour certaines spécialités. Aucun signalement en pharmacovigilance européenne n'est à déplorer à ce jour [27].

Notre étude montre ainsi un manque d'information de certains médecins généralistes de notre échantillon sur la solution hydro-alcoolique.

Abordons maintenant la gestion et l'élimination des objets piquants coupants tranchants (OPCT). Le tri déclaré des déchets OPCT est moins bien respecté en visite à domicile qu'au cabinet. Les containers spécifiques à OPCT y sont moins utilisés [11].

Notre étude permet de comprendre ce fait. Les containers étaient jugés trop encombrants pour une utilisation peu fréquente. Et surtout, ils étaient jugés non adaptés (particulièrement aux vaccins montés). Les médecins généralistes préféraient recapuchonner et les ramener sans collecteur.

Ainsi les précautions standards ne peuvent être réunies en visite à domicile lors de l'élimination des OPCT, exposant les médecins généralistes à un risque d'accident d'exposition au sang.

Le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance de Infections Nosocomiales (RAISIN) et le Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES) permettent la surveillance de la survenue des accidents d'exposition au sang dans les établissements de soins français. Cette surveillance permet d'améliorer les connaissances et de guider les stratégies de prévention.

Hors les médecins libéraux ne bénéficient pas de surveillance épidémiologique des accidents d'exposition au sang et il n'existe pas de médecine du travail [11].

Les accidents d'exposition au sang en milieu libéral sont peu déclarés. En effet, les médecins libéraux doivent souscrire à une assurance complémentaire accident du travail/maladie professionnelle volontaire pour bénéficier des mêmes droits que leurs confrères hospitaliers [11].

Ainsi l'absence de surveillance épidémiologique des accidents d'exposition au sang ne permet pas de sensibiliser les médecins libéraux à la prévention du risque infectieux.

La prévention du respect des précautions standards d'hygiène est pourtant essentielle. Pour témoin, près de la moitié des accidents d'exposition au sang en établissement de soins déclarés à ce jour auraient pu être évitées par le respect des précautions standards d'hygiène [20].

Ainsi notre étude montre que la prévention et la sensibilisation du respect de précautions standards et de la gestion des OPCT en visite nécessitent d'être améliorées. Une surveillance épidémiologique des accidents d'exposition au sang en secteur libéral comprenant les visites à domicile est une piste pour la sensibilisation des médecins généralistes.

Les médecins généralistes ont abordé spontanément le risque infectieux. Celui-ci n'était pas à l'origine d'inquiétude. Les médecins ne se sentaient pas délégués. Ils estimaient intervenir auprès d'une population de patients qu'ils jugeaient à moindre risque infectieux.

Les patients consultés en visite à domicile sont effectivement, comme citent les médecins généralistes, en majorité des personnes âgées. Elles présentent aussi principalement des pathologies lourdes [4]. Pourtant il s'agit de personnes à risque infectieux élevé selon le Comité de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN). En effet les facteurs de risque infectieux sont entre autre liés à la personne soignée [32]. Parmi ceux-ci, on peut citer les déficits immunitaires, les pathologies chroniques (telles que le diabète, les insuffisances rénale, cardiaque et respiratoire), les sujets âgés de plus de 65ans, les patients en perte d'autonomie (comme les patients déments).

Les médecins n'avaient pas connaissance d'avoir été à l'origine d'infection associée aux soins. Mais les patients visités qu'on peut pour bon nombre estimer comme à risque infectieux nous engagent à rester prudents.

Il faut savoir que la dépendance et l'âge sont associés à la pérennisation du portage de *Staphylococcus aureus* méticilline résistant (SARM) acquis à l'hôpital et à la transmission aux membres de la famille [33].

Les soins infirmiers à domicile sont par ailleurs un facteur de risque indépendant de la survenue d'une infection communautaire à SARM [34].

Les études expliquent donc que la dépendance est un facteur de risque des infections associées aux soins.

Cependant l'épidémiologie des infections associées aux soins en dehors des établissements de soins est mal connue. Le RAISIN n'a émis à ce jour que des résultats de surveillance des infections associées aux soins en établissement de soins.

Nous n'avons donc aujourd'hui pas connaissance de déclaration d'infection associée aux soins en secteur ambulatoire.

Hors une sensibilisation ne pourrait se faire qu'à partir de données épidémiologiques d'infections associées aux soins en secteur ambulatoire.

VI - CONCLUSION

Cette étude a permis de compléter les connaissances qu'on pouvait avoir de l'opinion des médecins généralistes sur l'hygiène et le risque infectieux en cabinet médical. Elle a ainsi permis de révéler que les médecins généralistes, qu'ils exercent en cabinet ou en visite à domicile, considéraient que l'hygiène était importante.

Notre étude a cependant mis en évidence l'opposition faite par les médecins généralistes sur les conditions d'exercice des visites à domicile par rapport à celles du cabinet. Les médecins interrogés rencontraient des difficultés quant à la réalisation des pratiques d'hygiène, particulièrement sur l'hygiène des mains et la gestion et l'élimination des objets piquants coupants tranchants.

Considérant leurs pratiques perfectibles, les médecins généralistes n'étaient pas opposés à une formation sur le sujet, comme toute formation pouvant leur être proposée. Ils l'espéraient courte et ciblée permettant d'améliorer de manière efficiente leurs pratiques.

Une fiche de recommandations sur les précautions standards d'hygiène, contenant des clarifications sur les particularités du contexte du domicile, pourrait répondre aux attentes des médecins. Elle pourrait ainsi être adressée à tous les cabinets de médecine générale ou distribuée à l'occasion de formations médicales continues.

Notre étude montre également que la perception du risque infectieux, qui pourrait apparaître face aux difficultés des pratiques d'hygiène des médecins généralistes, n'était pas à l'origine d'inquiétude. Les médecins ne se sentaient ni délégués pour leurs patients, ni exposés au risque infectieux. Ils insistaient alors sur l'intérêt d'études démontrant le bénéfice d'améliorer leurs pratiques d'hygiène en visite.

L'absence de données épidémiologiques sur les accidents d'exposition au sang et infections associées aux soins en milieu libéral est bien là un frein à l'amélioration des habitudes d'hygiène. La réalisation d'études épidémiologiques en secteur libéral, notamment en visite, permettrait la sensibilisation des médecins généralistes.

Notre étude a souligné le lien qu'établissaient les médecins généralistes entre les obstacles aux pratiques d'hygiène et le contexte de la visite à domicile. Les difficultés aux pratiques d'hygiène n'étaient pas toujours contrôlables.

L'éducation du patient était une perspective évoquée par les médecins généralistes de cette étude. L'initiation du patient aux précautions standards d'hygiène, notamment sur le matériel à mettre à disposition du médecin pour l'hygiène des mains, est donc un aspect à développer. Une plaquette explicative à distribuer à chaque patient vu régulièrement en visite pourrait être un support aidant les médecins généralistes à l'éducation de leurs patients.

Cette thèse sur les perceptions et opinions des médecins généralistes sur l'hygiène lors des visites à domicile est un travail original car traitant d'un sujet jusqu'ici inédit. Il serait également intéressant de recueillir l'opinion du personnel paramédical intervenant chaque jour auprès des patients. Les soins et la prise en charge des patients à domicile est en effet fréquemment pluridisciplinaire. Le regard du patient pourrait aussi être l'objet d'une étude qualitative.

Si des formations spécifiques à l'hygiène en visite à domicile existaient, des études quantitatives d'évaluation des pratiques pourraient être mises en place, au même titre que celles effectuées en milieu hospitalier ou en cabinet.

VII - BIBLIOGRAPHIE

- [1] AcBUS National. Arrêté du 30 septembre 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. JO n°230 du 2 octobre 2002 page 16264
- [2] www.ameli.fr
- [3] URML Ile de France. La visite à domicile chez les médecins franciliens, Enquête visite à domicile, 2005.
- [4] DREES. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie, études et résultats, n°315, juin 2004.
- [5] Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, DGS/DHOS, CTINILS. Définition des infections associées aux soins, mai 2007.
- [6] Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG). Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical, recommandations HAS, 2007
- [7] Luby SP, Agboatwalla M, Feikin DR, Painter J, Billhimer W, Altaf A, Hoekstra RM. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. Lancet 2005;366(9481):225-33.
- [8] Sandora TJ, Taveras EM, Shih MC, Resnick EA, Lee GM, Ross-Degnan D, Goldmann DA. 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.
- [9] Conseil supérieur de la santé (Belgique).Recommandations en matière de maîtrise des infections lors de soins dispensés en dehors des établissements de soins (au domicile et/ou au sein d'un cabinet), n°8279, 2008.
- [10] Castor C, Bodot E, Astarie N. Évaluation de la prise en charge des déchets d'activités de soins à risques infectieux (Dasri) par les professionnels de santé en secteur libéral, Enquête auprès des professionnels libéraux de santé de Dordogne, février-mai 2009. Institut de veille sanitaire, 2010.
- [11] Etude Cabipic, risques d'accidents d'exposition au sang et couvertures vaccinales des médecins libéraux en région parisienne en 2011, bulletin épidémiologique hebdomadaire, octobre 2012.
- [12] www.ecosante.fr
- [13] www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques
- [14] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale, Edition 2012.
- [15] Ministère de la Santé, Guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements hospitaliers, Janvier 2006
- [16] Loi n°75-633 du 15 juillet 1975 modifiée relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux. Journal Officiel du 16 juillet 1975.
- [17] Décret n°97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de santé publique. Journal Officiel du 18 novembre 1997 p.16675-16676.
- [18] Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.
- [19] Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

- [20] Institut de veille sanitaire. Raisin. Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé, situation au 31 décembre 2009.
- [21] Institut de veille sanitaire. Raisin. Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français en 2010, Résultats AES-Raisin 2010.
- [22] FRAPPE Paul, Initiation à la recherche, 2011
- [23] CAZAUX FRICAIN Odile, Infections liées aux soins et hygiène en médecine générale, Thèse Médecine, Bordeaux 2, 2007
- [24] MICHIELS B, GPs can improve their hand washing habits, British Medical Journal, 2000 March 25; 320(7238):869
- [25] PEDERSEN LK, Less skin irritation from alcohol-based disinfectant than from detergent used for hand disinfection, Br J Dermatol, 2005
- [26] HUBNER NO, Does a preceding hand wash and drying time after surgical hand disinfection influence the efficacy of propanol-based hand rub? , BMC Microbiol, 2006
- [27] CCLIN Sud Est, ARLIN Auvergne, Réflexe "SHA", Janvier 2012
- [28] PITTET D, Effectiveness of hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme, Lancet, 2000, 356(9238):1307-12
- [29] KAIER K, The impact of antimicrobial drug consumption and alcohol-based hand rub use on the emergence and spread of extended-spectrum beta-lactamase-producing strains : a time-series analysis, The Journal of antimicrobial chemotherapy, 2009, p.609-6014
- [30] KRAMER A, Quantity of ethanol absorption after excessive hand disinfection using three commercially available hand rubs is minimal and below toxic levels for humans, BMJ Infectious Diseases, 2007 p. 117
- [31] AFSSAPS, Rapport relatif à l'innocuité des produits hydro-alcooliques à base d'éthanol utilisés pour la désinfection des mains à peau saine par le grand public dans le cadre de l'épidémie de la grippe A (H1N1), 2011, p.11
- [32] CCLIN sud ouest, Prévention du risque infectieux, du savoir à la pratique infirmière, 2004
- [33] PAOLETTI X, Carriage of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in home care settings. Prevalence, duration, and transmission to households members, Archives of internal medicine, 2009
- [34] LOCHER G, Community-acquired infection with healthcare-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus : the role of home nursing care, Infection control and hospital epidemiology, 2006

VIII - ANNEXES

Annexe 1 : Justification des visites à domicile

Les modalités de facturation de la visite à domicile

Les modalités de facturation des actes de soins effectués à domicile intègrent des codes de majorations de déplacement spécifiques.

La majoration de déplacement (MD) pour des critères médicaux

La prise en charge du déplacement à domicile est réservée aux personnes dans l'incapacité de se déplacer. C'est vous qui estimez cette capacité du patient à se déplacer.

La majoration de déplacement est justifiée pour les patients cumulant l'un des critères médico-administratifs, cliniques ou l'un des critères sociaux suivants :

Critères médico-administratifs :

- patient d'au moins 75 ans ayant une ALD 30 ou hors liste ;
- patient quel que soit son âge exonéré du ticket modérateur pour ALD : accident vasculaire cérébral (AVC) invalidant, forme grave d'une affection neuromusculaire, maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques ;
- patient bénéficiaire de l'allocation tierce personne ;
- patient bénéficiaire de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) ;
- dans les dix jours suivant une intervention chirurgicale inscrite à la CCAM d'un tarif supérieur à 313,50 euros ;
- hospitalisation à domicile.

Critères cliniques avec un état de dépendance :

- incapacité concernant la locomotion par :
 - atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique ;
 - atteinte cardiovasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente ;
 - atteinte respiratoire chronique grave ;
 - atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée ;
 - trouble de l'équilibre ;
- état de dépendance psychique avec incapacité de communication ;
- état sénile ;
- soins palliatifs ou état grabataire ;
- période post-opératoire immédiate contre indiquant le déplacement ;
- altération majeure de l'état général ;
- personne atteinte d'une maladie contagieuse et consultation au cabinet contre-indiquée.

La majoration de déplacement pour des critères sociaux

Elle est justifiée pour des patients dans des situations ne rentrant pas dans les situations prévues ci-dessus :

- pour des personnes âgées de plus de 80 ans ;
- ou pour des personnes dont la composition de la famille a une incidence sur la capacité à se déplacer à votre cabinet.

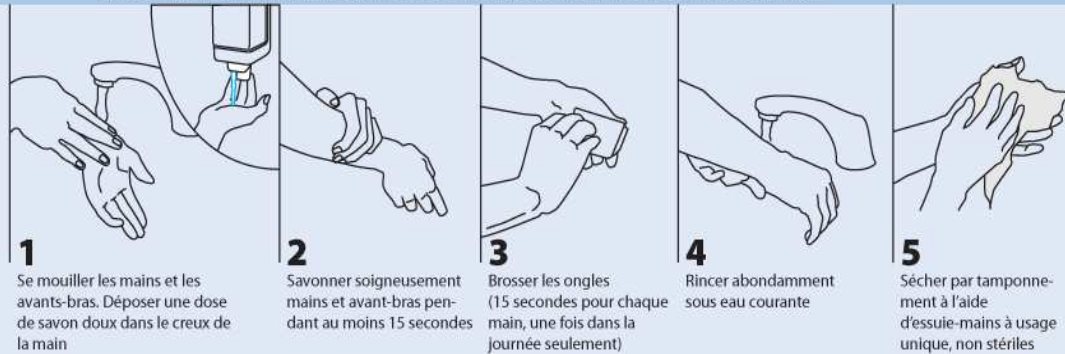
Cette majoration de déplacement, dont le montant est fixé à 10 euros, ne peut pas se cumuler avec la majoration de nuit, de dimanche et la majoration d'urgence.

Cette majoration est effective du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi entre 8h et 12h.

Annexe 2 : Le lavage simple des mains

I - Lavage avec savon doux

Étape obligatoire lors de la première désinfection de la journée ou si les mains sont souillées ou mouillées.



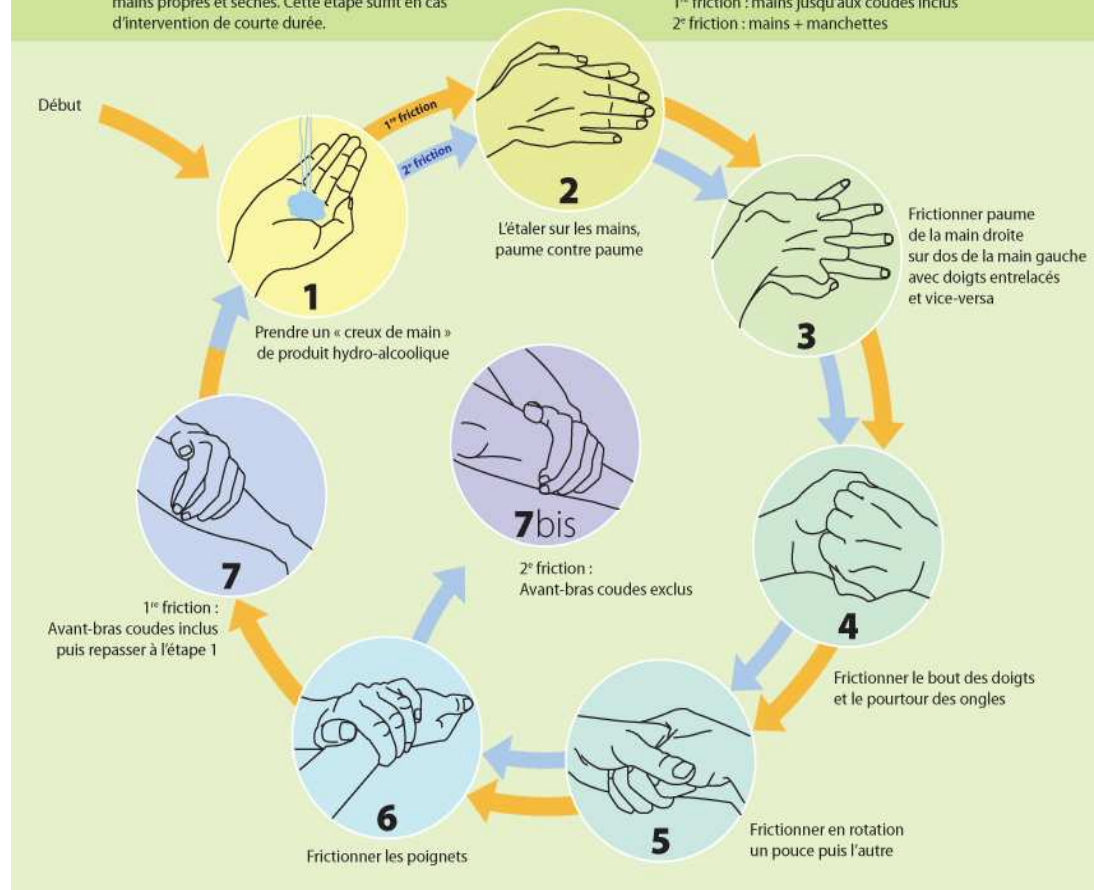
LA SECONDE ÉTAPE SERA FAITE SI POSSIBLE À DISTANCE

II - Désinfection par frictions

Produit hydro-alcoolique à employer pur, sur mains propres et sèches. Cette étape suffit en cas d'intervention de courte durée.

Important : pour chaque friction, maintenir les mains et avant-bras humides en renouvelant l'application de produit si nécessaire pour respecter la durée recommandée.

1^{re} friction : mains jusqu'aux coudes inclus
2^e friction : mains + manchettes



Annexe 3 : Trame d'entretien

Question brise glace :

1- Que pensez-vous de l'hygiène lors de vos visites à domicile ? Racontez-moi.

Questions d'hygiène :

2- Quels sont les éléments auxquels vous prêtez attention en termes d'hygiène lors de vos visites à domicile ? Pourquoi ?

Relance : Quelles sont les principales mesures d'hygiène que vous réalisez lors de vos visites à domicile ? Pourquoi ?

- Parmi les principales mesures d'hygiènes que l'on est amené à prêter attention lors des visites à domicile, nous allons revenir sur certaines que nous n'avons pas encore évoqué.

3- Comment envisagez-vous **l'hygiène des mains** lors de vos visites à domicile ?

Relance : Que pensez-vous l'hygiène des mains lors des visites ?

4- Que pensez-vous de la solution hydro-alcoolique lors des visites ?

Pourquoi ?

5- Lorsque vous êtes amenés à utiliser, lors de vos visites à domicile, des objets piquants coupants tranchants (**OPCT***), tels qu'aiguilles, comment envisagez-vous leur élimination ?

Relance : Que pensez-vous de l'élimination de ces déchets ?

6- Que pensez-vous des collecteurs d'aiguilles portables lors des visites ? Pourquoi ?

7- Avez-vous des situations où vous prenez plus de précaution en termes d'hygiène lors de vos visites à domicile ?

Relance : Prenez-vous plus de précaution pour certains patients ou pour certains actes médicaux que vous réalisez à domicile ?

Si oui, lesquelles et pour quelles raisons ?

8- Que pensez-vous de l'utilisation de gants lors de vos visites ? Pour quels gestes ?

9- Comment ressentez-vous le risque infectieux lors de vos visites ?

Relance : Quel est votre point de vue sur le risque de transmission d'infections lors des visites par rapport à celui du cabinet ?

10- Quelle est la base de vos connaissances en termes d'hygiène lors de vos visites à domicile ?

Relance : En matière d'hygiène, quelle a été votre formation initiale ou au cours de votre exercice ?

11- Quel est votre point de vue sur la formation ou l'information de l'hygiène lors des visites ?

12- Avez-vous quelques mots à ajouter pour conclure ?

Le médecin :

Zone d'exercice : rural, semi-rural, urbain

Mode d'exercice : seul, en cabinet de groupe

Mode d'exercice particulier

Nombre de visite à domicile en moyenne par jour,

Maitre de stage des stages ambulatoires d'internat de médecine générale

Age, sexe

Annexe 4 : Entretien M1

Alors, la première question est que pensez-vous de l'hygiène lors de vos visites à domicile ?

Qu'en pensez-vous ? ... pfoou... C'est une bonne question (en rigolant), j'y avais jamais réfléchi, enfin si j'y ai réfléchi mais... Euh, (réfléchie)...Mmmm, D'un point de vue médecin, euh, bon pour se laver les mains, bon, ça va encore, toujours est-il après, bon, qu'il y a des torchons qui laissent à désirer des fois dans l'autre sens. Donc on n'a pas l'hygiène du cabinet, ça c'est sûr. Je dirais que c'est de qualité moindre, ça c'est sûr. Il y a les chiens. Il y a, effectivement, cette difficulté à avoir une hygiène géniale. Alors après, s'il y a des pansements, pas de pansements, je différencierais ça. S'il y a pas de pansement, ma foi, si les gens, t'y vas en renouvellement et qu'il n'y a pas de soin particulier, ma foi, ils sont dans leurs microbes. Toi, tu te laves les mains. Voilà. Par contre, dès qu'il y a des soins de pansements, des choses comme ça, selon certaines maisons, je ne dirais pas milieu social, certaines maisons, ça laisse franchement à désirer. Mais tu peux difficilement euh, enfin. Tu va des fois imposer un peu en disant : « vous pouvez mettre le chien dans la pièce d'à côté, on peut se mettre ailleurs, » mais des fois c'est pas évident, quoi, je veux dire. Des fois t'as pas trop envie de... ouai, tu te dis, euhh ... (rire)... l'hygiène déjà tout court de chez les gens. On va résumer à ça. Avant l'hygiène des soins, je dirais avant, l'hygiène des gens. L'hygiène des gens.

D'accord, ok. (Silence de 5 secondes)

Quels sont les éléments auxquels vous prêtez attention en termes d'hygiène lors de vos visites à domicile ?

Ben, qu'il y a un essai de ne pas contaminer, quoi. On essaie de ne pas contaminer les gens. Donc, moi, je ne contamine pas. Et que les gens ne me contaminent pas non plus, euh, je dirais.

D'accord, et donc par quel moyen ?

Alors, bon, déjà, en arrivant, on se lave les mains. Et puis on essaie de se mettre dans un endroit un peu propre. Tu vises tout de suite en arrivant dans la pièce, euhh, oui vous avez fait des remplacements donc ?

Oui,

T'arrives dans la maison, tu vois que Oulah, tu dis là la table c'est tout dégueulace, là le fauteuil, tu vois pas clair, euh, donc le lit, tu dis pfff, euh, voilà. Donc t'essayes de voir où tu pourras examiner les gens dans les conditions les plus correctes. Et puis, euh, et puis donc je dirais que donc si tu es enrhumé, tu mets un masque et puis si euh bon, si eux ils sont enrhumés en général, ben tu mets pas forcément enfin moi je mets pas spécialement de masque quand ils sont enrhumés. Mais, euh, par contre, j'veux dire, en repartant, je demande un torchon propre, je leur demande si on peut se laver les mains, euh, en général, je prends plutôt le paic citron parce que la savonnnette, tu sais pas ce qu'ils ont fait avec et puis quand il y a des serviettes un peu partout, tu leur demandes s'il y a une serviette et s'ils te disent oh bas il y a celle qui est accrochée, tu demandes si tu peux avoir une serviette propre, parfois t'as pas la réponse, donc sinon, je m'essuie les mains dans le tout petit coin là haut qui est accroché, là où personne ne met jamais les mains. (rit).

Donc vous avez de masques dans votre malette pour les visites à domicile ?

Oui, j'en ai, j'en ai euh, quand je suis enrhumée de toute façon, j'en ai toujours un stock dans la voiture. J'ai les trucs de la fièvre aphteuse là (sur le ton de l'humour), j'exagère, la fièvre, la grippe A qui nous ont envoyé. On a des stocks et des stocks qu'on sait pas quoi faire du reste. Donc, du coup, je les mets, euh, je les mets quand je suis enrhumée. Bon, je suis rarement enrhumée, ça tombe bien. Mais si je suis enrhumée, en fait je le mets dans ma poche avant de partir. Je prends ma malette, comme elle est dans le coffre. J'prends ma malette, j'prends mon masque et pfiou. Comme ça quand j'arrive, si je suis enrhumée. Mais si je ne suis pas enrhumée, j'le mets pas je veux dire.

D'accord.

Et puis j'ai toujours des gants aussi dans la malette, comme ça euhhh.

Ok, et vous les utilisez pour quel genre d'acte ?

Tous, les pansements, ben en fait, à domicile, on fait pas beaucoup d'acte. Euh, les pansements qu'on vérifie. Euh, ça m'est arrivé de faire une fois une prise de sang, mais faire des prises de sang avec des gants, je n'y arrive pas, ça c'est clair, euh et puis sinon, des choses quand ça te paraît souillé, ou quand les gens se sont pas trop bien lavé du reste. Des plaies, des plaies, ouai, des soins, vous savez, quand tu palpes le ventre, et qu'ils ont des urines sur euh, des choses comme ça, là je mets des gants. Mais pas systématique pour examiner quelqu'un parce que. Tout dépend de, si la personne t'as l'air pas vraiment propre, j'veux dire, tu la connais, elle a une sonde. Là, j'ai un patient qui a une sonde urinaire, je dirais qui a tout ce qui est partie, euh, enfin, le bas du corps si tu veux,

euh, je mets des gants, bon je vais pas. Bon pour écouter le cœur, les poumons tout ça, je mets pas. Bon c'est vrai qu'on pourrait trouver mieux, désinfecter plus le stétho, (rire), tensiomètre systématique de la valise. C'est vrai que je le désinfecte pas trop souvent. Il faut le reconnaître. Surtout que je le lave, le truc, quand je vois qu'il est un peu sale, je le ... Enfin, quand tu vois qu'il commence, je veux dire tu le laves. Mais, c'est vrai qu'on devrait passer le badigeon à chaque fois sur le stétho et tout. Mais franchement, ça je le fais pas.

D'accord.

Je pense pas qu'on le fasse tous (rire).

Oui, oui, oui. Euh, donc l'hygiène des mains, on en a parlé, vous avez d'autres choses à ajouter sur l'hygiène des mains ?

Non, je mets le ... Alors si je me lave les mains, et quand j'arrive dans ma voiture, je remets le produit euh pfiou, hydro-alcoolique (rire).

D'accord. Vous en avez dans la voiture ?

Ah, j'en ai dans la voiture, ouai. C'est-à-dire, que j'me lave les mains systématiquement, et le truc hydro-alcoolique, alors c'est vrai, que ça désinfecte avec l'alcool. Moi, j'ai les mains très sèches, alors, ça me dessèche les mains et ça m'empoisonne le nez. J'veux dire, je sais pas comment ils peuvent supporter ça toute la journée. Donc en général, on dit tchiou quatre (en montrant que 4 frictions hydro-alcooliques) et on fait un lavage de mains. Moi, je fais plutôt lavage de mains et vraiment si tu ressors, t'as les poignées de portes, tout, tu redonnes une poignée de mains aux gens, ça c'est le truc classique, je dirais je, si euh, si vraiment le, ils m'ont l'air pas propres, enfin tu vois, s'ils ont les mains grasses, si euh, je enfin, je me remets en arrivant dans la voiture, j'ai dans la portière, pfiou, un petit coup pour désinfecter avant de partir.

D'accord, donc vous utilisez la solution hydro-alcoolique, vous trouvez ça utile ?

Utile, mais je préfère me laver les mains quand même. Je trouve par contre effectivement, quand tu te laves les mains, tu as un torchon dégueulace, enfin dégueulace, il a pas l'air, parce que des fois, il t'en sort un propre, mais tu te demande s'il est vraiment propre. T'es pas chez toi quoi, j'veux dire.

D'accord, et vos difficultés par rapport à la solution hydro-alcoolique, c'est, vous disiez, c'est...

Elle me coupe : ça dessèche,

C'est plutôt que ça dessèche les mains ?

Ah, ça dessèche la peau. Et puis, je me demande à sentir, parce que bon, c'est vrai, euh, on dit par rapport aux intoxications avec les solvants et tout, les gens qui sniffent. Moi, je me dis que même pour le cabinet médical du reste, j'veux dire, à force de faire ça 30 fois par jour, je sais pas ce qu'on va devenir en cerveau dans 20 ans. Quoi, je dirais, parce qu'on sniffe beaucoup, quoi. Donc, euh, c'est un truc qui me plaît pas trop. Donc, je l'utilise vraiment, je dirais de temps en temps ou, tu vois, avant de faire une piqure ou des trucs comme ça, quand tu as à te laver. Mais, je dirais, je sais pas ce que ça donne, je sais pas si il y a des études qui ont été faites là-dessus. Donc, tu vois. Ça, ça me pose question, quand même. A force de euh, et puis t'as les mains toutes desséchées, ça rentre dans la peau quand même. Moi qui boit pas d'alcool, tu vois, je me pose 3,4 questions sur le degré de pertinence au long cours de ce genre de produit. Sur 30 fois par jour. Alors, une fois, quand il y a la grippe A là, je dirais pourquoi pas, en hiver, je dirais, tu viens de toucher des trucs. Même à domicile, tu vois. Mais en permanence, en permanence, moi (insistance sur le moi dans l'intonation) ça me laisse perplexe, quoi. J'aimerais bien qu'on nous fasse des études un peu, et qu'ils nous disent. Qu'on soit pas tous avec des démences plus tard parce qu'on aura utilisé ça toute l'année. (rit) Je sais pas, c'est, ... Non c'est vrai, c'est des solvants que tu respirez, einh ?

Oui

Donc, je me pose la question. J'ai pas de réponse, einh, directe. Mais, je me dis, bon, lavage des mains d'accord, euh, ils disent, ça abîme la peau, mais enfin l'autre, ça te cuit. Einh, là tu vois, j'ai les mains, toutes sèches, sèches, sèches, euh, je dirais, tu le fais 3 fois et c'est bon. Je dirais, moi après j'ai les mains, je peux plus travailler. Enfin, je peux plus travailler, j'veux dire, ça fait mal quoi. Donc, euh, j'en ai, mais j'utilise plutôt le lavage de mains et l'autre après.

Ok,

En cas de besoin.

Lorsque vous êtes amené lors de vos visites, à utiliser des objets piquants coupants tranchants tels que les aiguilles, comment envisagez-vous leurs éliminations ?

Je les mets dans ma valise et je les ramène au cabinet médical. J'ai une petite pochette dans ma valise de médecine, et puis je les mets dedans et quand j'arrive je les remets dans mon conteneur à aiguille.

Une pochette de quelle sorte ?

Ah, c'est dans la valise, j'ai pas ma valise là, mais dans mon sac, j'ai une petite poche, qu'on peut mettre un portable ou un truc comme ça dedans et en fait je mets rien. Je mets les aiguilles, alors je remets tous les capuchons, et tout ça. Alors ça, c'est pas bien. Mais, je remets le capuchon et tout, et euh, je remets dans la boîte et enfin, je remets dans mon sac.

Et que pensez-vous, justement de la gestion et l'élimination des objets piquants, coupants tranchants lors des visites ?

Alors, par ici, je dirais que pour les infirmières, c'est une catastrophe. Elles mettent dans les bouteilles et la poubelle locale. Ça c'est, j'ai remarqué, les gens disent poubelle EVIAN, quand tu leur dis les déchets ? Alors, je pense que dans la majorité des cas, c'est pas fait. Là, à domicile, c'est une catastrophe. Sauf, ceux qui sont diabétiques. Ceux qui sont diabétiques, ils ont des boîtes, donc, euh, avec les aiguilles d'insuline, donc ceux-là, c'est fait. Tous les autres, ça me laisse perplexe. Lovenox, et tout, ça, parce que l'infirmière est censée les ramener mais en fin de compte les gens disent « je sais pas quoi en faire ». Voilà, moi, je ramène les miens, ça c'est sûr. Mais j'estime que je ramène mes déchets médicaux, pas ceux des copains, quoi. Voilà, parce que tu es censé avoir ton circuit. Donc euh, voilà. Mais normalement, je dirais, c'est euh, c'est à nous de nous en occuper, on n'a pas à laisser aux gens quoi. Même les vaccins pour la grippe, je mets dans l'aiguille et j'utilise pas le machin. J'utilise pas les... Il y a des tous petits containers que j'ai, minuscules, qui sont grands comme, tu sais, des boîtes d'allumettes. Je mets pas, parce que en fin de compte, tout ce qui est seringue rentre pas dedans. Il y a vraiment que l'aiguille, que l'aiguille. Donc, dès que tu as du LOVENOX, dès que tu as le vaccin pour la grippe, tout, ça rentre pas dans le boîtier.

Ah oui,

Donc, il faudrait que tu te balades avec un gros boîtier en fait. Donc, ça rentre pas. J'en ai un ici

Donc, vous en avez des portables (dans le sens collecteur portable) mais vous les utilisez pas ?

(Elle me sort son collecteur d'aiguille portable et me montre le mécanisme.) C'est pour ça que je ne les utilise pas. J'en ai une dans la valise de secours, à la rigueur que je pourrais mettre dedans mais en fin de compte, nous quand on le fait, bon euh, tu vas piquer, tu vas faire du SPASFON des trucs comme ça, tu vas mettre l'aiguille à la rigueur dedans. Mais tous le reste, dès que tu fais un LOVENOX, tu fais un vaccin pour la grippe, c'est là où tu fais le plus de pique finalement, parce que des injectable à domicile, t'en fais pas tant que ça, enfin, j'veux dire, en dehors des périodes aiguës, t'en fais pas tant que ça. Donc, finalement, là où t'en as le plus besoin, t'as pas de container où alors il faut un gros container jaune dans la voiture, mais promener les aiguilles, que ça peut se sauver, je dirais que c'est un peu embêtant. Donc, j'ai ma poche dans ma valise que je mets dedans, et puis dès que j'arrive je le mets dans le container jaune ici. Comme ça, je dirais au moins, je protège l'extérieur. Et puis moi, je vais pas me piquer, je fais attention, donc euh. Enfin, je fais attention, voilà, pas trop...

Ouai, vous vous êtes pas piqué jusqu'à présent ?

Non, non, je me suis piquée au cabinet médical mais pas à domicile (rit).

Bon, avez-vous des situations où vous prenez plus de précaution en terme d'hygiène lors des visites ?

Ah ouai, dès qu'il y a des ulcères qui suintent, des ulcères qui sentent mauvais, euh, dès que, quoi, surtout sur les plaies qui sont pas belles du tout, du tout, du tout et euh, donc qu'il y a des gens qui observent des résistances à des microbes qui sortent de l'hôpital ou des trucs comme ça, et qui sortent de l'hôpital. Ouai, dès qu'il y a des écoulements de liquide organiques quoi. Là, je fais encore plus attention. J'essaie de pas me salir, déjà. Parce que ça, c'est un truc que finalement on n'en parle pas souvent, mais quand tu arrives les gens ils baignent dans le truc, euh, tout ça, tes habits euh (pince les lèvres et hausse les sourcils),

Mm, d'accord

J'veux dire, j'essaie de pas me contaminer de par là, je mets bien les gants, euh, j'essaie de pas mettre euh (rire) de pas mettre les affaires, je dirais de rester bien à distance tu vois, de les examiner bien à distance. Parce que souvent, c'est vrai que les gens sont dans leur lit, ou euh, ou le fauteuil ou des choses comme ça et puis euh, tu vois, ça suinte un peu par terre, tout ça, donc t'essaies de pas trop te contaminer quand même. Là, c'est toi qui essaies de pas te contaminer, quoi.

D'accord, ok, euh, très bien, c'est à ce moment là que vous utilisez les gants, c'est ça ?

Ouai, là j'utilise systématique. Mais si j'ai un pansement à faire je prends les gants, dès qu'il y a des soins, euh, des pansements à faire, ben euh, je dirais dès que tu palpes, dès que tu fais pas l'examen classique on va dire, je prends des gants. C'est-à-dire, s'il y a des pansements, je vérifie toujours les pansements, de toute façon. Même si l'infirmière est passée le matin, je défais, je refais. Donc, je vérifie les pansements, je prends les gants, euh. Je dirais dès qu'on touche les parties, un peu intimes, je dirais le bas du ventre, et tout, j'veux dire, je prends les gants, euh, dès que les gens, il y a des suintements, des trucs comme ça, je prends quand même les gants. Je prends les gants assez facilement. J'ai pas envie de me contaminer et puis et puis et puis, même si tu te laves les mains, pff (rit) (dans le sens, lavage des mains peu sûr à domicile).

Euh, alors, quelle est la base de vos connaissances en terme d'hygiène lors des visites ?

(Silence de 2 secondes) Base de connaissance ?

Oui, c'est-à-dire, quelle a été votre formation initiale, ou au cours de votre exercice ?

Je me rappelle qu'on a eu un cours à la fac, mais alors, ça s'arrête là. (Sourit) Après, euh...

A propos de l'hygiène ?

Ben on a parlé vaguement de l'hygiène, on a vu un truc de l'hygiène hospitalière,

Hospitalière,

voilà, mais sur les visites à domicile, on a rien eu du tout.

D'accord.

Je m'en rappelle pas avoir eu de cours, euh. Je me rappelle avoir eu un cours, après ça m'avait pas paru euh, je dirais, plus sur les produits de désinfections, les décontaminations, les trucs comme ça. Mais l'hygiène hospitalière. Pas sur les visites à domicile.

Peut-être sur le lavage des mains ?

Ouais, sur le lavage des mains euh, sur l'hygiène, mais euh le lavage des mains, désinfection des produits, l'élimination des déchets médicaux mais spécifique au domicile en disant qu'est-ce que vous devez faire quand vous êtes à domicile, ça, on n'a pas eu de cours, ça c'est sur. Enfin, je veux dire, en tout cas, j'men rappelle pas. Si j'en ai eu, ça devait être en P2 ou en P3,

D1 ?

Oui, D1, c'est très très loin en tout cas (rit). Après c'est plus dans le bon sens, on va dire, on gère plus avec le bon sens et puis par rapport au cabinet. Donc tu te laves les mains, tu désinfectes. Euh, tu désinfectes. Mon stétho, je le désinfecte de temps en temps, mais je le désinfecte pas entre chaque malade, ça c'est sûr. Je dirais, surtout que je le désinfecte plus ici (nous sommes dans le cabinet du médecin), euh

Et pourquoi vous le désinfectez plus ici qu'à domicile ?

Parce que j'ai le produit sous les mains, tout simplement. Et puis euh ...

Vous utilisez quoi comme produit du coup ?

J'ai du anios, (elle se lève pour me montrer, je lui fais comprendre par un geste que je connais, elle se rasseoit) en pchit-pchit, steranios. Et puis, euh, ben, là parce que j'ai le produit à côté. Donc varicelle tout ça, il est désinfecté automatiquement. A domicile, on voit pas les varicelles, on fait beaucoup moins de visite aussi, donc j'ai beaucoup de personnes âgées à domicile en fait, finalement. J'ai pas beaucoup de, c'est vrai que j'ai pas de, j'veux dire les gosses j'y vais pas, enfin, on essaie de faire venir le maximum de gens. Donc finalement à domicile j'ai pas de euh, t'as pas énormément de gens hyper contaminés. Je dirais ils vivent dans leur microbes, les microbes communs quoi on va dire. Donc pour ça.

D'accord.

Donc je désinfecte le stétho de temps en temps. Ben, je dirais, quand je refais la valise dans le mois, tu vois, je redésinfecte tout, mais pas entre chaque malade systématiquement je dirais. Mais parce qu'il faudrait des lingettes, des trucs comme ça et que j'en ai pas. J'aime pas les lingettes par définition et puis c'est dans le coffre, et puis dans la voiture après il fait chaud, ça va se dessécher et puis, je pense pas à en acheter et puis sinon, je vais prendre à la rigueur de l'alcool à 90° ou de l'anios quand je suis ici si tu veux. Mais je vais pas avoir le réflexe de désinfecter systématiquement mon stétho avant d'aller chez les malades. Enfin, entre 2 malades quoi si tu veux. Je vais pas y penser spécialement. Bon, en même temps au cabinet médical, on va le faire aussi de temps en temps quand il y a, je dirais, un malade, je dirais qui est contaminant, s'il a un zona, un truc comme ça, tu vas y penser, j'veux dire. Mais après, s'il vient pour renouveler les cachets pour la tension, qu'il est pas malade, franchement je vais pas le faire, je dirais. C'est vrai qu'après on pourrait, mais euh. Je dirais, on pourrait, mais c'est que j'y pense pas franchement. On y pense vraiment quand il y a une contamination éventuelle. Sinon, non. (rit).

D'accord, et quel est votre point de vue, justement, sur la formation de l'hygiène lors des visites ?

Oh ben, rien du tout. On est vraiment limité, on va dire, sur le truc. Enfin, je dirais, je pense que ce serait bien d'avoir des formations spécifiques à ça. Après est-ce que ça serait facile à mettre en place ? Ce serait peut-être autre chose à voir. C'est-à-dire, s'il faut que tu te trimballes tout ton matériel, tu mets 10 minutes à tout désinfecter avant de rentrer, déjà, de voir les gens. Je crois que ce serait pas jouable à la longue.

Euh, vous parlez : « ce serait bien d'avoir des formations », sous quelle forme ?

Ben, à la rigueur, des recommandations, enfin, des recommandations, on en a si tu veux, mais plus de voir, s'il y a des trucs spécifiques à faire spécifiquement à faire à domicile quoi. Par rapport au bon sens commun, quoi. C'est tout.

D'accord, et des recommandations sous quelle forme vous les aimeriez, s'il y en avait ?

Plutôt des fiches, comme à la haute autorité de la santé des trucs comme ça. Tu vas les lire.

Des fiches ?

Voilà, des fiches, en disant, voilà, pour te laver les mains, tu as des fiches, en disant, tu te laves les mains comme ça, voilà, tu tamponnes, euhh (rit). Des cours, c'est plus difficile, ben déjà, parce que ou alors un cours de formation on pourrait y aller mais il faudrait que ça corresponde à nos horaires aussi, ce qui n'est pas évident. Euh, puis si c'est pour, euh, enfin, je dirais, si c'est pour être, bloqué toute une journée, pour un truc qui pourrait être fait, on va dire en une heure, je dirais, quelque fois, c'est un peu casse pied quoi. Tu le vois sur les FMC des fois. Ils ont tendance à mettre tout sur 2 jours alors qu'avant on les faisait sur une journée. Bon, c'était dense

mais, tu le faisais sur une journée. Maintenant, ils le font sur 2 jours parce qu'ils ne veulent pas trop te fatiguer alors que toi tu te dis, bon, c'est bien gentil mais euh, 2 jours pour entendre une chose qui peut être dite en une journée, je trouve que c'est un peu perdre son temps, quoi. Parce que tu commences à 9h, parce que tu arrêtes à 11h 30. Enfin, j'exagère un peu, mais midi. Tu prends 1h30 pour manger euh. Ouai.(rit)

D'accord. Avez-vous quelques mots à ajouter pour conclure ?

Non, pas spécialement. Mais euhh, ..., non pas grand-chose à dire. En fait c'est vrai que c'est un sujet qui est intéressant parce que c'est vrai qu'on se pose pas de, enfin, on se pose des questions. Je dirais, on n'a pas souvent l'occasion d'en parler. Et c'est vrai qu'on nous interroge pas vraiment non plus là-dessus. Et on s'interroge, enfin, on s'interroge pas, on a nos habitudes, on va dire et on s'interroge pas forcément. Tu vois, là, je viens de penser, euh, en parlant du stétho, j'me dis que finalement, ce serait peut-être bien que j'achète des lingettes. Un petit coup sur le stétho systématiquement, en tout cas, enfin de façon plus régulière, euh, voilà. Maintenant, je me dis, est-ce que je le fais systématiquement tous les matins, est-ce que voilà, t'emmènes les lingettes et puis l'été, tu les remmènes dans le cabinet à chaque fois, parce que ça va dessécher dans la voiture. Enfin, je sais pas si ça résiste à 50°C dans le coffre, euh, sur des trucs comme ça, parce que forcément, tu ballades tout ton bazar. Donc je pense que c'est, mais ça me pose la question, quoi, je veux dire, je vais y réfléchir. (rit) Je sais pas ce que je vais faire.

Ok, je vous remercie.

Annexe 5 : Entretien M9

Alors, que pensez-vous de l'hygiène, euh, en médecine générale, lors des visites à domicile, d'une manière générale ?

Aucune (en riant), bah c'est-à-dire aucune. On ne peut pas se laver les mains, (rit), on passe d'un patient à l'autre sans s'être lavé les mains, einh, on conduit, on touche à la voiture, on touche à un tas de choses, euh, à l'argent, à tout ça, euh, ça, de ce côté-là, il y a quand même un gros souci. Moi, ça m'a souvent gêné, mais bon, c'est pas évident, même d'avoir son, son petit savon là, dans la, dans la voiture, à faire entre deux, (en souriant), c'est pas toujours facile. Donc effectivement. Et c'est rare que les gens vous proposent de vous laver les mains.

Oui.

Oui, exceptionnel je dirais (rit), oui, oui. Donc, bon, on n'ose pas trop demander, bon il y a quelques fois franchement, j'ai quand même demandé (rit) mais bon, euh, ils sont souvent un peu : « Ah, j'ai pas sorti de serviette, ah, c'est... » (en prenant une autre voix pour dire que c'est un patient qui parle), bon, c'est toujours des prétextes quoi. Voilà, bon.

D'accord.

Bon, donc ce côté-là, non, je trouve qu'effectivement c'est pas le top. Voilà.

D'accord. Bon. Euh, quels sont les éléments auxquels vous prêtez attention en termes d'hygiène lors de vos visites à domicile ?

(Silence d'une seconde) Bah, bon, euh, j'veux dire on examine les gens einh. Donc, bon, ben c'est sûr que j'ai des gants dans le cartable si besoin. Mais je les mets pas pour prendre la tension, et puis ausculter, des choses comme ça, einh. Donc voilà, on va peut-être nettoyer le stéthoscope à l'alcool, quoique je me demande si ça sert vraiment à quelque chose de temps en temps. Voilà, et pour le reste, euh, ça sert pour tout le monde.

D'accord, vous parliez de l'hygiène des mains ? Comment envisagez-vous, ben, l'hygiène des mains lors de vos visites ? Euh, on en parlait...

Il faut essayer de, d'avoir quelque chose dans sa voiture. Sinon, il n'y a pas d'autre possibilité. Bon, je vous dis, c'est vraiment exceptionnel qu'on puisse accéder à un savon, une serviette (rit), donc voilà. Einh, c'est tout ce qui est, bon parce que, bon ben, les patients souvent quand on voyait les petits enfants c'était encore pire einh, parce que c'était souvent sur un coin de table, euh, sans même rien en dessous, einh, voilà. Donc bon ça heureusement depuis euh, depuis que la sécu a enfin fait quelque chose, on les voit ici (nous sommes dans le cabinet du docteur avec qui je m'entretiens) et c'est quand même beaucoup plus confortable. Oui, oui, à ce niveau là, bon parce qu'au niveau des transmissions de ce qu'ils peuvent avoir, c'est pareil quand vous regardez une plaie, bah, c'est pareil, einh, il faut y mettre les mains. Bon, on met des gants. Après, on les retire et, euh, on les jette quand on revient au cabinet, einh, mais voilà. Non, il n'y a rien, il y a rien de prévu pour ça. Ou il faut vraiment s'organiser bien, pour que ce soit efficace si on peut dire.

Euh, vous parliez donc de l'hygiène des mains. Que pensez-vous de l'hygiène des mains à domicile ? Est-ce que vous aviez un point de vue ? C'est, vous dites c'est pas facile, c'est ça ? C'est compliqué ? On n'a pas le matériel à disposition, (pour reformuler ses propos)

Non.

C'est ça ce que vous expliquez ?

Voilà, mm. (Pour acquiescer)

Qu'est-ce que vous en pensez de ça ? Est-ce que vous avez un point de vue, quelque chose à

(Me coupe) Un point de vue, ce serait bien qu'on puisse euh, bah, soit que les gens soient habitués à ce que vous vous laviez les mains, donc qu'ils vous le proposent, que ce soit prévu, einh. Je vous dis, sinon, faut, faut se débrouiller euh tout seul et il faut y penser quoi.

Mm.

Avoir, avoir du, du produit, là, du produit sans eau, voilà, einh.

Donc qu'on vous le propose, quoi, que les patients le proposent einh, c'est ça que vous dites ?

Si c'était dans leurs habitudes, oui, ce serait bien (en souriant). Bien qu'il y ait des gens chez qui euh, (en riant), je pense que ça doit être compliqué, oui. Et oui, est-ce qu'ils ont du savon ? Des fois, on se demande, (en souriant).

Euh, la solution hydro-alcoolique, vous en avez parlé, vous en avez dans la voiture, vous m'avez dit ?

Oui, bien sûr.

Oui, euh, que pensez-vous de la solution hydro-alcoolique, euh, en elle-même ?

Ben moi,

Lors des visites ?

Oui, ça peut être, ça peut être une alternative. Voilà.

Mm.

Moi j'aime pas trop, parce que ça me rend les mains complètement abîmées, mais bon quand on a rien d'autre, einh, voilà, c'est tout. Mais euh, oui, sinon j'vois, j'vois pas, pff, je m'vois pas à transporter de l'alcool ou des trucs comme ça, einh, non. Il y a que ça. Voilà. Sinon, il y a des petites lingettes éventuellement, einh.

Que vous utilisez, ou ?

Je sais que j'en ai dans la voiture, donc euh éventuellement si j'me dis oh là là, j'aimerais bien me laver les mains (en souriant), voilà, ça oui.

D'accord, ok. D'autres choses à ajouter sur l'hygiène des mains, sur euh, ?

Non. Non, non.

Alors, on va revenir sur quelques points qu'on n'a pas abordés, euh, sur les précautions qu'on peut avoir à domicile. Par exemple, si vous êtes amené à utiliser des objets piquants, coupants, tranchants tels que les aiguilles, à domicile,

(Me coupe) Je crois que j'ai jamais fait d'injection depuis que je suis installée à domicile.

D'accord, donc ça, ça vous arrive pas du tout ?

Non, du tout. J'ai toujours, enfin, quand je suis de garde, on fait plus de visite, einh, on a une maison de garde, j'ai dans ma trousse euh, un container pour mettre les seringues

Oui,

Oui, voilà, mais à domicile, non, d'ailleurs même de garde, je sais pas depuis combien d'année j'en ai pas fait (en souriant).

D'accord, ok. Euh, le container, c'est, vous parlez du container d'aiguille portable, c'est ça ?

Oui. Mm.

D'accord, vous en pensez quoi, des containers portables si, bah, par contre, vous ne vous en servez pas donc,

Ben, si j'en avais besoin, oui, oui. Ben j'en avais pris un, donc pour le cas ou. Mm. Oui, c'est pratique, ah, bah oui. Ceci dit, on fait des vaccins, vous me faites penser à ça,

Ah oui, donc vous faites quand même des vaccins,

Et en général, je le remets dans la boîte et j'attends d'être ici pour le mettre dans le container. [D'accord.](#)

Voilà, donc il y a un moment ou effectivement je le transporte dans mes affaires.

D'accord. Donc là, à ce moment là, vous prenez pas le container portable ?

Non, non, parce que la seringue, elle est entière. On peut pas retirer l'aiguille, voilà.

Mm, d'accord.

Donc, il faut quelque chose de gros.

Ah oui, d'accord.

Ça rentre pas dans ce truc là.

Oui, oui. Et ça, qu'est-ce que vous en pensez du fait de le ramener euh ?

Euh, c'est pas terrible (en riant),

Oui, pourquoi ?

Parce que j'me dis si je l'oublie, euh, que je mets les mains dedans, j'peux m'piquer. Voilà. Même si j'ai rebouché le truc, euh, on sait pas. Bon, alors, c'est vrai que j'en fais peu, einh, donc j'ai pas, euh, je vais pas de l'un à l'autre. Enfin c'est exceptionnel. Mais sinon, oui, on peut le faire sortir en sortant une affaire, euh, voilà, désordre, (rit) quand même. Donc, voilà. Parce que je vais pas me balader avec ma boîte jaune, là, c'est un peu trop gros. Voilà. Mais c'est les seuls effectivement, les seules piqures que je fais et c'est assez rare.

Qu'est ce qui est trop gros ? Le container normal,

Voilà, mm, (en acquiesçant)

plutôt que le container portable ?

Non, c'est-à-dire que la seringue, elle fait ça einh en entier, donc euh il faut un gros truc quand même.

Ok, d'autres choses à, à dire sur les aiguilles, la gestion et l'élimination des aiguilles, euh

A domicile ?

Oui

Non. Non. Non, non.

Euh, avez-vous des situations où vous prenez plus de précaution en termes d'hygiène lors de vos visites ?

(Silence de 4 secondes) Pff, non, j'crois pas, comme ça j'en vois pas. Parce que c'est vrai, jusqu'à présent j'ai eu très peu de, d'ulcère de chose comme ça et puis en général c'est l'infirmière qui s'en occupe. Donc, je vais pas y

mettre les mains. Parce que effectivement, moins il y a de, de gens qui touchent, mieux ça se passe. Voilà. Donc, euh, pff, non einh.

D'accord, bah vous l'abordez l'ulcère ou ?

Non.

Non pas du tous ?

Non, je demande à la personne ce que l'infirmière en pense (en souriant). Sauf s'il y a un petit mot express de celle là

Oui, d'accord

Je ne vais pas défaire le pansement parce que je ne sais pas à quelle heure elle passe, et puis c'est pas tous les jours maintenant avec les nouveaux pansements, donc euh, il vaut mieux pas aller retirer ça quand il faut pas.

D'accord donc par soucis d'hygiène vous laisser faire l'infirmière plutôt que d'y toucher plusieurs fois, c'est ça que vous m'expliquez ?

Oui. Oui, oui, tout-à-fait.

D'accord. Mm. Euh. Donc, euh, oui, vous dites que vous preniez plus de précaution pour les abords de plaies, les ulcères, pour ces patients là. Donc, voilà, ma question, c'était pour certains patients, pour certains actes euh ? Est-ce que vous avez d'autres choses à me dire ?

Ben, écoutez, non. Souvent. Souvent c'est des personnes âgées pour des renouvellements. Donc, euh. Il y a rien de, de très particulier.

Mm.

(Silence de 8 secondes)

Alors, euh, oui, vous m'avez parlé des gants pour le, donc ça vous en utilisez, euh

Ben j'en ai dans le cartable et je les mets si j'vois que, que soit c'est un examen particulier,

Oui, c'est ça vous les ramenez,

Et puis après je les jette oui en rentrant.

D'accord. D'autres choses à me dire sur les gants ?

J'prends des gants à usage unique einh, pas stériles. Non. Non.

Euh, alors, comment ressentez-vous le risque infectieux lors de vos visites à domicile ?

J'pense qu'il est beaucoup plus important qu'au cabinet,

Oui,

Oui. Oui, vu tout ça, euh. Déjà, on vient de l'extérieur, bon, et puis quelques fois c'est nous qui sommes porteurs de virus qu'on le sache ou non. Donc, euh, bon c'est vrai que à part pour la grippe où j'ai mis un masque, je n'en mets pas. C'est vrai. Mais bon, on essaie tant qu'à faire de pas contaminer les autres. Mais euh, non, sinon. Je pense que, euh, pff. On n'est pas spécialement, euh, j'veux dire, c'est nous qui pouvons apporter des, des germes et des maladies euh, lors des visites.

Euh, c'est-à-dire euh ?

Ben, par exemple, si on fait deux visites à la suite et qu'on a vu quelqu'un sans se laver les mains, bon ben voilà. Par exemple, on n'en voit plus à domicile, tant mieux, mais vous voyez une varicelle que vous avez examinée. Vous avez pas, entre temps, le temps de désinfecter vos instruments et donc euh, il y a quand même un risque. Einh. A part, bon sinon des choses euh. Pff. Théoriquement, il y a, il y a guère que les virus. Einh, les autres euh. Les HIV, ça saute pas dessus. L'hépatite B, euh, bon c'est plus virulent mais bon, on a quand même rarement un contact sanguin einh. (Silence d'une seconde) De ce côté-là, je n'pense pas mais moi je pense plus à tout ce qui est virus, einh, sur des gens fragilisés. (Silence de 3 secondes).

Mm, euh. Alors, on vient au terme de la première partie de l'entretien, avez-vous des choses à ajouter sur les points qu'on a abordé, l'hygiène des mains, les aiguilles, les abords de plaies, les gants, les patients fragilisés, euh d'une manière générale ? Vous m'avez même parlé de la sécu qui, euh, c'était pas mal qu'ils aient un petit peu encadré les visites,

(Me coupe) Ah, bah, s'ils avaient pas dit que c'était 10 euros à payer sans être remboursé, jamais on y serait arrivé. Alors que ça faisait des années qu'on essayait de faire venir les gens. Ah, c'est sûr qu'on a vu la différence. Et c'est très bien. Très bien pour tout ce qui est nourrissons et enfants malades.

Du risque infectieux ?

Le risque infectieux et puis on est beaucoup mieux installé et on a le matériel qu'il faut pour faire un diagnostic convenable. Voilà, tout simplement. Et oui, ça, c'est un gros plus.

(Silence de 4 secondes)

Quelle est la base de vos connaissances en termes d'hygiène, euh, lors des visites à domicile ?

(rit) J'sais pas. Moi, j'ai été interne à l'hôpital donc euh, là, pff, il y a quand même quelques années donc. Non, j'ai jamais eu de cours, euh, si vous voulez dire comme ça. Euh, les articles éventuellement lus, einh. C'est tout, voilà.

Les articles, c'est-à-dire, euh, vous avez ?

Il me semble que dans Prescrire, j'avais lu un truc un jour là, justement sur le gel hydro-alcoolique. Bon et puis à l'hôpital, on disait que le Dakin, c'est très bien, ça tuait tout. Quant au reste on n'savait pas trop. Voilà. (rit) C'est à peu près la base de mon savoir (en riant), après c'est bon, euh, se laver les mains, voilà.

Savoir : formation ou information. (je précise la question)

Oui, oui. Mm, les choses de bases quoi, qu'il faut pas oublier, c'est tout.

Mm, D'accord, qu'est-ce que vous en pensez de ce fait, de cette formation, information ?

Peut-être qu'une formation pratique, oui, serait, serait pas mal, einh. A inclure dans les cours, einh. En FMC c'est vrai que ça n'a jamais été abordé.

(Ça cogne à la porte, le médecin se lève, pause de l'entretien de 50 secondes, se rassoit) Désolée.

Il n'y a pas de mal. Euh, oui, vous me parliez, ce serait bien d'avoir des cours ...

Peut-être euh, enfin au-moins une formation ou même euh, quelque chose euh, j'veux dire les laboratoires, là-dessus, ils ne s'investissent pas beaucoup, einh. Autant sur certains médicaments, on reçoit un tas de trucs, euh, des visiteurs et tout ça. Autant sur tout ce qui est hygiène de base, euh, non. Rien du tout.

Formation sous quelle forme, euh ?

Bah euh, disons peut-être euh, savoir euh, qu'est-ce que, dans quelles euh, conditions on est contaminant, einh, qu'est-ce que il faut éviter de faire, euh, qu'est-ce que, voilà. Einh, mais ça doit pas, j'veux dire, c'est pas compliqué. Einh, théoriquement il n'y en a pas pour longtemps. Einh. Voilà. (Silence d'une seconde). On a bien reçu quelque chose là pour les aiguilles, einh, qu'il fallait absolument avoir des container et puis euh, un abonnement pour que tout ça soit éliminé de façon correcte.

Vous avez reçu de la part de qui ?

Il me semble que c'est, euh, les autorités de santé ou je sais plus comment ça s'appelait à ce moment là.

C'était quand ça ?

Oh, il y a déjà un moment. Einh. Au moins dix ans. (Rit)

D'accord.

Ah, oui, parce que avant c'était pas obligatoire, einh.

Oui. Euh, pourquoi, pour les containers portables ou les containers, les gros ?

Pour les, pour mettre les seringues,

Ah oui,

Et tout ça. Il n'y avait rien d'obligatoire.

D'accord, oui, à la date de mise en circulation de la loi.

Oui, c'est ça. Mm.

Ok, et qu'est-ce que vous en pensez justement de ce que vous aviez reçu, euh ?

Bon, euh, bon, ça nous disait ce qu'il fallait faire.

Cette forme vous avait convenu ?

Oui. De toute façon, c'est un peu normal qu'on fasse un peu attention à tout ça, compte tenu des épidémies qui peuvent avoir lieu, einh, voilà.

Vous m'avez parlé de la grippe justement, la(en insistant sur la) grippe. Vous parliez de la grippe saisonnière ou de la grippe A ?

Ah, quand j'ai mis un masque, c'était pour la grippe A, oui.

Ah, oui, d'accord.

C'est insupportable, (rit), d'ailleurs on en a reçu, on en a reçu un paquet entier,

A l'époque ?

Oui, à l'époque, pas depuis. Mas bon, ça se périmait pas ces choses là. C'est vrai qu'il y a des périodes où ils pensent à faire quelque chose et puis il y en a d'autres où c'est tout aussi dangereux et on n'a absolument aucun conseil. Tant que les médias ne s'en mêlent pas, on se débrouille (rit). Voilà.

Ah, donc vous pensez que l'hygiène n'est pas, on va dire médiatisée ou on n'en parle pas et du coup, c'est pas creusé,

(me coupe) On en parle peu. Sauf à ce moment là. Il y a beaucoup de gens qui se lavaient pas vraiment les mains et puis après se promenaient avec leur petit soluté hydro-alcoolique. Bon, voir un peu trop, einh, mais ça leur avait quand même fait pas de mal ça. Bon, je sais pas ce qu'il en reste, sans doute un petit peu.

Donc, vous trouvez qu'on y trouve de l'importance au moment où il y a justement un déséquilibre, (me coupe)

Voilà, c'est ça. Mm.

un risque infectieux qui apparaît ?

Voilà. En tout cas que l'on craint et puis euh, après on n'en parle plus (sourit), voilà. Ça c'est souvent comme ça einh. Enfin, je sais pas, vous travaillez pas encore, mais dès qu'il y a une pub, les gens le savent. « Et ça, ça passe à la télé ? » (pour parler de propos de patients). Oui, (rit), ça fait quoi, dix ans que je vous le dis. « Ah » (Rit). Ça marche beaucoup mieux que ce que vous dites vous. Donc de ce côté-là, ça a fait plutôt du bien.

Des choses, à ajouter ?

Non. Non, non.

D'accord, avez-vous quelques mots pour conclure ? En général ou sur un point particulier.

Oui, en général, je dis que l'hygiène euh, à domicile, elle est pas, elle est pas bonne, einh. Qu'il faudrait soit réussir à avoir un point, même dans les maisons de retraites, einh. On nous propose pas de nous laver les mains. Il n'y a pas d'endroit dédié. Einh, pourtant là, on peut passer d'un patient à l'autre, euh, d'une chambre à l'autre. Voilà.

Oui, maison de retraite pas médicalisée vous voulez dire ?

Médicalisée ou pas médicalisée, non.

Oui, qui s'apparente au domicile de la personne âgée finalement.

Voilà, c'est ça, tout-à-fait. Il y a une bonne concentration de gens fragiles, mais bon, voilà. Et donc effectivement, on peut être des vecteurs de maladie.

Ok.

Il faudrait peut-être effectivement changer les habitudes de ce côté-là. Voilà.

Voilà, donc on a terminé notre entretien, à moins que vous ayez quelque-chose à ajouter ?

Non, non.

Je vous remercie.

Annexe 6 : Entretien M16

Alors, que pensez-vous de l'hygiène lors des visites à domicile, d'une manière générale ?

D'une manière générale ?

Oui.

Euh, ce serait bien qu'on y fasse un peu plus attention. Mais voilà, ça passe, je pense qu'on fait pas beaucoup, on fait pas de, c'est pas une priorité pour euh, pour nous. Bah, parce que déjà on est débordé de travail et puis quand on va à domicile, il faut aller le plus vite possible parce qu'on perd beaucoup de temps et c'est vrai que, ouai, l'hygiène à domicile, pff, moi j'y pense pas du tout. Oh, je me lave les mains régulièrement déjà au cabinet mais à domicile euh soit quand je, quand j'examine les gens et quand c'est des plaies, des choses comme ça, euh, j'me lave les mains chez les, chez les personnes, mais quand c'est une simple consultation prise de tension, renouvellement de traitement, j'me lave pas les mains. Et c'est vrai qu'on n'a aucun moyen d'hygiène. Et j'ai pas le truc euh, j'ai pas le gel euh antiseptique. Voilà, mais on devrait, on devrait faire attention.

D'accord. Vous parlez du gel antiseptique, vous l'avez pas ?

Non.

Ouai ?

Euh, c'est de la négligence.

D'accord.

Ouai, je l'ai pas, ouai c'est vrai. J'y pense pas et puis pfff voilà.

Ok.

D'autres questions ?

Euh, alors, donc quels sont les éléments auxquels vous prêtez attention en terme d'hygiène lors de vos visites à domicile. Vous m'en avez un petit peu parlé donc l'hygiène des mains.

Oui.

Euh, comment envisagez-vous l'hygiène des mains lors des visites ? Vous m'avez dit, vous n'avez pas la solution hydro-alcoolique.

Oui, alors, c'est, je devrais. Donc, j'vais y penser, mais c'est vrai que jusqu'à maintenant. Bon après en même temps euh, l'hygiène à domicile, j'veux dire, on, on manipule pas beaucoup non plus les gens à domicile, ce sont des personnes âgées, il y a pas de gros soins médicaux à domicile non plus.

Mm.

Einh, donc euh, voilà.

Comment envisagez-vous le lavage des mains en visite ? Lavage des mains.

Alors euh, quand je me lave les mains chez les personnes, ben je me lave au savon et à l'eau, dans leur lavabo et puis voilà ou dans leur salle de bain. C'est tout.

D'accord, qu'est-ce que vous en pensez du lavage des mains en visite, chez les gens ?

Euh, bah j'vous dis, moi à mon avis, c'est un peu inutile quand c'est juste une prise de tension, euh une auscultation simple, quand il y a pas vraiment eu de contact avec quelque chose qui pourrait être infectieux, donc c'est vrai que bon, c'est toujours mieux de se laver les mains après, mais si on le fait pas, je pense que c'est pas la fin du monde. (Silence de 2 secondes)

D'accord.

Ouai. Et euh, je pense pas que on est transmetteur de, de bactérie euh, ou de virus, peut-être si en période d'épidémie, peut-être qu'on peut transmettre des virus mais c'est vrai qu'on devrait le faire aussi systématiquement normalement. Ce serait mieux. Ce serait mieux. Mais entre la théorie et la pratique, il y a, il y a un fossé quoi, c'est pas, c'est pas pareil.

D'accord. (Silence de 3 secondes) Euh, vous parliez du temps ?

Oui.

Oui ? Ça vous prend beaucoup de temps, c'est ça ?

Bah oui, les visites sont très chronophages, surtout qu'on est dans un secteur où on a, on est dans un rayon de quinze kilomètres au nord, quinze kilomètres au Sud, avec plein de petit villages, où il y a beaucoup de personnes âgées, où on doit se déplacer, donc euh, ça nous fait perdre énormément de temps. J'veux dire les visites, c'est vraiment... On pourrait voir deux fois plus de patients au cabinet qu'à domicile, et malheureusement une journée n'a que vingt quatre heures et euh, euh, on court toute la journée, bah je pense que vous savez.

Oui, oui, oui.

Donc on n'arrête pas donc c'est vrai qu'il y a des choses que pff. Euh, à peine on a finit à une visite, on pense déjà à la prochaine et puis, et puis on fonce et puis des fois ça peut, je vous dis, être à quinze kilomètres au nord et après ça peut être une autre qui peut être à quinze kilomètres au Sud. Donc ça fait trente kilomètres, pff, voilà donc euh, c'est. Alors que c'est vrai que aller se laver les mains, ça ne dure pas longtemps mais même ça euh, j'veux dire, on n'y, on n'y pense pas. Instinctivement, inconsciemment euh, on n'y pense pas forcément je veux dire.

Euh, qu'est-ce que vous pensez de la solution hydro-alcoolique dont vous me parliez ?

Euh, bah c'est un, c'est pas mal, c'est un bon compromis je pense donc. C'est rapide, et euh, je sais pas si mes collègues le font mais euh, moi c'est plus de la négligence. C'est vrai que je devrais le faire, je devrais prendre une solution et puis vite fait euh, s'essuyer les mains après les examens ce serait mieux.

Mm

Je pense que c'est très bien.

D'accord, et il y a une raison pourquoi, vous dites c'est la négligence ? C'est ça, c'est ça la raison ?

Voilà.

D'accord.

Voilà. C'est la raison parce que tout simplement j'y pense pas, et puis je, je pense pas à aller acheter la solution hydro-alcoolique à la pharmacie et puis et pour pleins de trucs quoi.

Mm. D'accord.

Mais peut-être que grâce à vous je vais y penser.

D'accord.

Euh, avez-vous d'autres euh, éléments auxquels vous prêtez attentions en termes d'hygiène lors de, lors de vos visites ?

D'autres ?

D'autres éléments auxquels vous prêtez attention en termes d'hygiène ? Donc vous avez parlé de l'hygiène des mains.

Oui.

Il y a d'autres choses ?

Non.

D'accord.

J'embrasse pas mes patients.

D'accord.

Lorsque vous êtes amenés à utiliser lors de vos visites, des objets piquants, coupant tranchants tels que les aiguilles, comment envisagez-vous leur élimination ?

Alors, j'ai, quand je fais des injections, je, alors ce sont souvent des injections, parce que je vous dis, on fait pas d'actes de petite chirurgie, des choses comme ça à domicile, c'est très rare, ça peut arriver quand même, euh, là j'ai euh, j'ai une boîte pour mettre les aiguilles souillées.

Oui, d'accord.

(Se déplace pour prendre sa boîte, il s'agit d'une boîte d'environ 1.5 litre). Donc j'en ai une dans la voiture.

Oui.

C'est comme celle là (boîte de 1,5 L), et qu'on a ici.

D'accord ok donc les grosses boîtes euh du cabinet.

Donc c'est celle là qu'on utilise ici, et j'en ai une dans la voiture.

D'accord.

Donc ça, euh, je l'emmène pas avec moi chez les patients, souvent je, je remets l'aiguille dans le petit carton et, et je le remets dans la voiture.

D'accord, ok.

Voilà.

Qu'est-ce que vous pensez de cette boîte là, euh, dans la voiture ?

Très bien.

Enfin en visite.

Bah, ça prend pas de place.

Ouai. D'accord, ok.

Bon, on va pas la trimballer à chaque fois qu'on va faire une consultation parce que ça fait déjà ça en plus, mais la laisser dans la voiture ou dans le coffre, euh, moi ça me gêne pas.

D'accord. Ok, ok. Qu'est-ce que vous pensez des collecteurs d'aiguilles portables qui sont des plus petits collecteurs euh, qui se mettent euh, dans la sacoche.

Euh, oui, j'en ai déjà vu, c'est bien aussi. Oui, c'est pratique et c'est, c'est moins encombrant que des grosses boîtes comme ça.

Oui, d'accord.

Oui, je trouve que c'est bien.

Et il y a une raison sur la non utilisation de ce genre de collecteur ?

Euh, alors déjà si vous voulez, on fait quand même, comme je vous disais rarement des, des choses comme ça, à part les vaccins, les choses comme ça mais pff. Moi, je sais pas, sur allez on va dire pff, là depuis peut-être un mois j'ai pas fait une injection à domicile alors que je fais cinq, six, huit visites par jour. Donc, vous voyez, c'est très, très rare aussi d'utiliser des aiguilles ou des, des injections à domicile. Sauf quand il y a des urgences des fois, quand on est de garde et ou quand il y a la période des vaccins, comme en ce moment avec les grippez. Donc là, c'est vrai que c'est utile mais c'est, c'est pas non plus quelque chose qu'on utilise tous les jours quoi.

D'accord, mm.

Alors que c'est vrai que le petit truc portable, ce serait pratique pour le mettre dans la sacoche, mais je, je trouve que ça dans la voiture c'est aussi bien.

D'accord, ok. Avez-vous des situations où vous prenez plus de précautions lors des visites ?

Plus de précautions ?

Pour certains patients ou pour certains actes ?

(Silence de 3 secondes) Euh, c'est surtout les plaies. Les plaies infectées, les plaies chroniques, les ulcères, les escarres : là, je fais plus attention. Voilà, où je fais quand même attention euh, sur l'hygiène mais c'est tout.

D'accord.

Il n'y a pas d'autre circonstance particulière.

D'accord, et en quel sens « plus attention », c'est-à-dire ? Comment, pourquoi ?

Bah, je mets des gants pour examiner, euh, j'me lave les mains après et voilà. Donc euh. C'est, c'est tout einh.

D'accord, ok.

C'est tout, il y a que ce côté-là que...

D'accord, avez-vous un point de vue sur l'abord justement des plaies dont vous me parliez en visite ?

Un ?

Un point de vue, quelque chose euh, quel est votre ressenti, ce que vous en pensez par rapport à l'abord des plaies en visites ?

C'est, c'est difficile parce que souvent c'est des gens qui sont, qui ont des pansements par les infirmières. Souvent on passe après les infirmières donc il faut redécoller le pansement alors que ça vient juste d'être refait. Il faut le refaire, donc encore perte de temps. Parce que, et en plus on n'est peut-être pas euh, on, on le fait pas aussi bien qu'une infirmière non plus les pansements. Donc le suivi des plaies chroniques à domicile est très difficile. C'est pas, c'est pas facile, c'est pour ça qu'on travaille en coordination beaucoup avec les infirmières, on s'appelle par téléphone, elles, parce qu'elles connaissent bien quand-même le problème des plaies chroniques. Elles nous, elles nous, elles nous, comment dire, elles nous informent de l'évolution et quand il y a besoin qu'on voit ensemble, euh, on se donne, on se case un rendez-vous chez le patient avec l'infirmière à une heure précise.

D'accord.

Pour qu'on regarde tous les deux et puis pour voir la, la conduite à tenir par la suite. Mais c'est vrai, des fois, il y a des plaies chroniques que je défais pas chez les gens euh, parce que ça vient d'être fait, parce que l'infirmière passe tous les jours et je fais confiance euh, dans ce cas là aux infirmières et quand il y a quelque chose elles m'appellent. Quand ça évolue pas bien, quand c'est surinfecté, quand ça sent mauvais, quand c'est nécrosé etc.

Mm, d'accord, ok.

Voilà. C'est comme ça que je fonctionne. Je sais pas si c'est bien. (Silence de 2 secondes)

D'autres choses ?

Non.

Euh, sur l'utilisation des gants, avez-vous quelque chose euh, à ajouter ?

Alors, moi j'utilise des gants euh non stériles, des gants simples. Voilà, je pense qu'on n'est pas au bloc opératoire. Je vois pas l'utilité de prendre des gants stériles. Mais des gants simples euh, en latex.

D'accord. Comment ressentez-vous le risque infectieux lors de vos visites ?

Très faible.

Mm.

A part vraiment des gens infectés, connus, comme je vous dis, ou porteurs de germes multi-résistants, des fois on en connaît, euh, parce qu'ils ont été hospitalisés, parce qu'ils sont porteurs d'un germe multi-résistants, parce que ils ont des plaies qui se ferment pas. C'est, pfff, j'ai une patiente, ça fait dix ans qu'elle a, qu'elle a des ulcères aux jambes qui se sont jamais fermés. J crois qu'elle avait un pyocyanique euh, on n'a jamais réussi à l'éradiquer. Donc, là, il y a que dans ces moments là où je suis vraiment, comme je vous dis, vigilant mais les autres, je dirais pas de raison euh qu'ils soient plus contagieux que quelqu'un d'autre, etc, einh.

D'accord. Et votre point de vue sur le risque de transmission d'infection euh, en visite par rapport à celui du cabinet ?

(Silence de 3 secondes) Euh, ben, (Silence de 4 secondes), reformulez la question c'est-à-dire que ?

Quel est votre point de vue sur le risque de transmission d'infection lors des visites par rapport à celui du cabinet, par rapport au risque de transmission d'infection au cabinet ?

Moi, je pense que le cabinet est plus à risque de transmission d'infection qu'à domicile. Euh, au cabinet, c'est un nid à microbes. Tous les gens malades viennent là, euh, ils se rencontrent donc déjà l'épidémie virale euh, il y a une mamie qui va venir pour son renouvellement, il y a un enfant qui va tousser à côté, ben, souvent je l'ai vu ici. Une semaine après, la grand-mère revient me voir parce que elle a les mêmes symptômes que l'enfant qu'elle a vu, qui était là. Moi je pense que le cabinet c'est plus à risque de transmission parce que c'est un lieu un peu public où il y beaucoup de gens qui circulent après à domicile je pense que c'est moins. Là, on y va tout seul en visiteur voir un malade, moi je trouve que le risque il n'est pas aussi élevé que ça. Et transmettre une infection, vous parlez de quoi ? Virale, bactérienne ? En général ?

En général. Vous pouvez faire des différences si vous le souhaitez.

Alors le risque de transmettre une infection à domicile d'une personne à une autre, moi je pense qu'elle est très faible. Franchement très, très faible et euh, alors ça peut arriver einh, mais euh, je pense que c'est très faible.

D'accord.

Parce que ça reste quand même des cas isolés. Et tant que ça reste des cas isolés euh, je pense qu'il y a moins de risque que quand c'est plus en collectivité.

D'accord. Mm. Euh, quelle est la base de vos connaissances en terme d'hygiène lors des visites à domicile ?

Euh, aucune. Comment ça en terme de connaissance ? Si on a eu une formation là-dessus ?

Voilà, quelle a été votre formation initiale ou au cours de votre exercice ?

On nous a jamais, jamais parlé d'hygiène à domicile. Euh, je sais pas si vous, vous avez eu quelque chose là-dessus pendant vos études. Euh, même pendant mes stages, avec les médecins quand on allait à domicile, jamais on nous a sensibilisé là-dessus, on nous a jamais parlé de, d'hygiène à domicile euh. En fait, on fait un peu comme on le sent nous-mêmes, einh. On s'adapte, c'est de l'improvisation. Mais c'est vrai qu'on n'a pas de, moi j'ai aucune euh, aucune connaissance, aucune formation. En pratique, il y a des choses qu'on suppose, mais on n'a pas eu vraiment de formation là-dessus.

D'accord. Qu'est-ce que vous en pensez justement de cette euh, absence euh, sur la formation, l'information sur l'hygiène en visite ?

Bah, je pense qu'il serait intéressant qu'on est, oui, effectivement, une, un petit rappel sur certaines mesures d'hygiène à prendre. Ceci dit, il faut pas non plus euh, à mon avis euh, faire un gros pataquès autour de ça je pense. Il y a des choses beaucoup plus prioritaires que ça. Pour moi, c'est pas une priorité. Mais il serait intéressant d'avoir oui quelques, pourquoi pas quelques informations. D'ailleurs on verra les résultats de votre thèse.

D'accord. Avez-vous quelque chose à ajouter sur les points qu'on a évoqué, donc l'hygiène des mains, la solution hydro-alcoolique, la gestion et l'élimination des aiguilles, l'abord des plaies, euh, le risque infectieux, la formation ou l'information, d'une manière générale, ou sur un point particulier ?

Euh, non, non. Mais je pense qu'on pourrait peut-être faire un petit peu plus d'effort parce que je pense que mes collègues et mes confrères sont un peu comme moi. On est tous pareil je pense. Je pense qu'il faudrait, on pourrait peut-être faire un peu plus d'effort là-dessus parce que même si je pense que le risque infectieux et de contamination (Silence de 3 secondes), je veux dire par nos visites à domicile, je pense qu'il n'est pas élevé, il est très faible mais je dis pas qu'il est, il est pas zéro non plus. Effectivement, on peut toujours transmettre un microbe, on peut le manipuler, euh, on peut le transmettre donc à une autre personne, à un autre malade, même pour nous einh. Bon, je touche du bois, j'ai jamais été malade, j'ai rarement, on n'est rarement malade aussi mais effectivement on pourrait peut-être faire un peu plus d'effort.

D'accord.

Je pense à tous les médecins généralistes qui font des visites à domicile. Sans exagérer non plus einh. C'est pas la peine de faire un lavage chirurgical des mains à chaque visite. Et je vous dis, il y a aussi la question du temps.

Mm. Avez-vous quelque chose à ajouter pour conclure ?

Quand je finis mes visites, je me lave toujours les mains avant de manger quand je rentre à la maison. A chaque fois, autant je le fais pas chez tous les patients mais quand je rentre chez moi, là je me lave les mains systématiquement, dès que je rentre chez moi.

Mm. D'accord.

Donc, j'ai quand même en tête, j'me dis j'ai tripoté des gens alors euh, je vais déjeuner donc euh, il faut que je me lave les mains.

D'accord.

Voilà, c'est tout.

Je vous remercie.

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS**

RESUME

Contexte : Les visites à domicile, même si moins nombreuses, restent ancrées au paysage de la médecine générale française. Les patients visités présentent souvent des pathologies lourdes, sortant parfois des établissements de soins. Les précautions standards d'hygiène sont la base de la prévention des infections associées aux soins.

Objectif : L'objectif principal était de décrire les perceptions et opinions des médecins généralistes sur les précautions standards d'hygiène lors des visites à domicile.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés auprès de 16 médecins généralistes du Cher de mai à octobre 2013. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : Les médecins généralistes rencontraient des difficultés quant à la réalisation des pratiques d'hygiène lors de leurs visites à domicile, tant pour l'hygiène des mains que pour la gestion et l'élimination des objets piquants coupants tranchants. Le contexte du domicile en lui-même pouvait être source d'obstacle à la réalisation des précautions standards d'hygiène. Les médecins généralistes jugeaient leurs pratiques perfectibles. Mais ne se sentant pas délégués, ils espéraient avoir connaissance d'études prouvant l'intérêt d'améliorer leurs pratiques.

Conclusion : Les précautions standards d'hygiène en visite à domicile ont une place importante dans la prévention des infections associées aux soins où le médecin généraliste est un acteur principal. La sensibilisation des médecins généralistes à la prévention des infections associées aux soins semble essentielle. L'éducation des patients est également une réponse aux attentes des médecins généralistes.

Mots clés :

- Hygiène
- Visite à domicile
- Médecine générale
- Infection

Faculté de Médecine de TOURS

LEPLAT FARHAT Ludivine

Thèse n°

71 pages – 1 tableau

Résumé :

Contexte : Les visites à domicile, même si moins nombreuses, restent ancrées au paysage de la médecine générale française. Les patients visités présentent souvent des pathologies lourdes, sortant parfois des établissements de soins. Les précautions standards d'hygiène sont la base de la prévention des infections associées aux soins.

Objectif : L'objectif principal était de décrire les perceptions et opinions des médecins généralistes sur les précautions standards d'hygiène lors des visites à domicile.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés auprès de 16 médecins généralistes du Cher de mai à octobre 2013. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique de contenu ont été réalisées.

Résultats : Les médecins généralistes rencontraient des difficultés quant à la réalisation des pratiques d'hygiène lors de leurs visites à domicile, tant pour l'hygiène des mains que pour la gestion et l'élimination des objets piquants coupants tranchants. Le contexte du domicile en lui-même pouvait être source d'obstacle à la réalisation des précautions standards d'hygiène. Les médecins généralistes jugeaient leurs pratiques perfectibles. Mais ne se sentant pas délégués, ils espéraient avoir connaissance d'études prouvant l'intérêt d'améliorer leurs pratiques.

Conclusion : Les précautions standards d'hygiène en visite à domicile ont une place importante dans la prévention des infections associées aux soins où le médecin généraliste est un acteur principal. La sensibilisation des médecins généralistes à la prévention des infections associées aux soins semble essentielle. L'éducation des patients est également une réponse aux attentes des médecins généralistes.

Mots clés :

- Hygiène
- Visite à domicile
- Médecine générale
- Infection

Jury :

Président : Monsieur le Professeur QUENTIN Roland

Membres : Monsieur le Docteur BALAND Thierry

Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Monsieur le Professeur MEREGHETTI Laurent

Date de la soutenance : 22 mai 2014