

# SIMUGRIP-MG2

**SOINS PRIMAIRES EN CAS DE  
PANDEMIE A VIRUS HAUTEMENT  
PATHOGENE**

**EVALUATION D'UN EXERCICE DE  
SIMULATION DANS UN CABINET DE  
MEDECINE GENERALE**

**AL Lecapitaine, J Barthe, G Audran, N Gauffier, JP Aubert  
5<sup>ème</sup> Congrès de la Méd Gén, Nice, 23-25 Juin 2011**

# LE RISQUE PANDEMIQUE

- **A(H1N1) en 2009-2010**
  - triple-réassortant d'origine porcine (*Shinde et al, N Engl J Med 2009*)
  - émergence au Mexique , propagation rapide (*Dawood et al, N Engl J Med 2009*)
  - pathogénicité limitée
- **Une pandémie à virus hautement pathogène ?**
  - bon candidat : virus aviaire
  - A(H5N1) : mortalité élevée
  - obstacle : transmission interhumaine inefficace
- **Potentialisé par les échanges internationaux**

# ORGANISATION DES SOINS

## ■ Les textes législatifs

- Echelon national : Plan national de prévention et de lutte pandémie grippale (2009)
- Echelon local : Plan blanc élargi de Paris (2008)
- 1ère phase hospitalo-centrée puis prise en charge ambulatoire

## ■ Faisabilité ?

- cabinets de médecine générale ?
- centres de consultation dédiés ?
- visites à domiciles ?

# CENTRES DE CONSULTATION DEDIES

- **Evaluation d'un CCD** *(Maugis J, Th Med 2009)*
  - SIMUGRIP-MG1 en 2008, école du 18<sup>e</sup> arrondissement
  - hypothèse : pandémie à virus aviaire A(H5N1)
- **Avantages**
  - activité standardisée
  - lien avec le secteur paramédical et social
  - relation avec l'hôpital
  - moins exigü que les cabinets
  - plateforme de distribution de masques, antiviraux

- ... **Mais les CCD ont aussi leurs inconvénients**
  - lourdeur logistique
  - formation du personnel mis à disposition
  - pas de libre choix du médecin
  - problèmes de confidentialité

**→ En cabinet de médecine générale ?**

# EN CABINET ?

- **Exercice de simulation : SIMUGRIP- MG2**
- **Objectif principal**  
Faisabilité ?
- **Objectif secondaire**  
Retentissement ?
  - organisationnel ?
  - matériel ?
  - humain ?

# METHODE

- **Un exercice en deux phases**
  - 1<sup>ère</sup> la matinée du 29 septembre 2009 , conditions d'hygiène standard
  - 2<sup>ème</sup> la matinée du 20 octobre 2009, conditions standard + mesures barrières
  
- **Outils de mesure**
  - Grilles d'observation
  - Relevés de consommation de matériel
  - Fiches de circulation (durée de consultation, délais d'attente)
  - Questionnaires aux médecins, patients

## ■ **Recrutement des médecins**

- projet présenté lors d'une réunion du groupe « pandémie grippale » du Réseau de Santé Paris Nord
- 3 médecins d'un même cabinet
- 18<sup>e</sup> arrondissement, activité variée, 1 secrétaire

## ■ **Recrutement des observateurs**

- Internes en DES de Médecine Générale
- Externes en stage de Médecine Générale

# RESULTATS

## ■ APPLICATION DES MESURES D'HYGIENE

### ○ Hygiène des mains

➤ Port de bijoux limités,

➤ Utilisation insuffisante et inadéquate des SHA,

Temps de friction des mains : diminue au cours de la 2<sup>nd</sup>e phase  
11.8 vs 13.8 secondes par friction

Hétérogénéité dans la fréquence et la qualité selon les médecins

➤ Port des gants non systématique

### ○ Nettoyage du matériel

➤ stéthoscope : fréquent / otoscope : plus rare

➤ table d'examen nettoyée

➤ bureau médical : non

- Masques
  - FFP2 porté par médecins et secrétaire : manipulations
  - chirurgical pour les patients : refus rare, port inapproprié, manipulations
- Surlunettes
  - portées et gardées malgré la buée
- Surblouses
  - utilisation appropriée et quasi-systématique
- Signalétique destinée aux patients
  - insuffisamment lue
  - explications délivrées par la secrétaire
- Problèmes d'ergonomie
  - hésitations : où poser le matériel considéré sale ?

# ■ **RETENTISSEMENT**

## ○ **Organisationnel**

- ✓ Temps de consultation stable (17.6 vs 17.4 minutes)
- ✓ Optimisation du temps pendant la consultation
- ✓ Temps de mise en place de la signalétique, de l'évaluation de la quantité de matériel à préparer avant une consultation
- ✓ Espace de stockage

## ○ **Matériel**

- ✓ augmentation de la consommation du matériel standard
- ✓ matériel nouveau à inclure

## ○ **Retentissement humain, relationnel**

### ✓ lié au masque : médecins

Hypoacousie des patients, langue étrangère

### ✓ lié à l'ensemble des mesures

Attention et énergie physique supplémentaires pour les médecins

### ✓ exercice globalement bien vécu par les patients

➤ gêne physique et psychologique liée aux mesures peu intense

➤ pas de modification importante de la relation médecin-patient

# DISCUSSION

## 1. FAISABILITE AU CABINET

- Mesures lourdes
- Adaptation des médecins
- Insuffisances dans l'application des mesures-barrières
- Réduction du temps de friction, pourtant essentiel
- Fatigabilité au fur et à mesure des consultations
- Utilité du port du masque par les patients en salle d'attente

→ Pari difficile dans les conditions de notre exercice

## 2. IMPACT

- **Organisationnel**

Important avant, pendant et après la consultation

- **Matériel**

Important

Coûts multipliés par 5 pour 100 patients

- **Relationnel**

Modéré

### 3. PROBLEMES METHODOLOGIQUES

- **Faible échantillon de patients et de médecins**
  - ✓ Obstacle de moyens humains et financiers, de temps
  - ✓ Peur de l'amalgame avec la pandémie à virus A(H1N1)
- **Biais lié à l'observation**

... mais moyen reconnu pour l'évaluation des mesures d'hygiène
- **Biais lié à l'intervention**

Achat du matériel par un tiers : modification de la consommation ?

## 4. L'HYGIENE AU CABINET

- **Cohérence des données observées avec**
  - les données disponibles en ville, peu nombreuses
  - les pratiques hospitalières (*CCLIN Ouest, 2009*)
- **Manque de formation à l'hygiène**
  - Ressenti par les médecins
  - Comment former les médecins en ville ?
- **Manque d'ergonomie au cabinet**

Aménager les cabinets pour rendre les gestes d'hygiène plus systématiques

## **5. GESTION DES SOINS EN CAS DE PANDEMIE**

- **Complexité des centres de consultation dédiés**
- **Obstacles différents en cabinet, mais prise en charge lourde également**

### **→ QUELLES SOLUTIONS ALTERNATIVES ?**

- **Aménagement de plages horaires spécifiques pour les patients grippés ?**
- **Visites à domicile...**

## 6. DES DONNEES MANQUANTES

- **Données fondamentales sur les modes de transmission du virus**

Gouttelettes, aérosols, contact *(Bridges et al, Clin Infect Dis 2003)*

- **Etudes en situation réelle**

- Efficacité des mesures-barrières
- Modifications des recommandations ?

# EN CONCLUSION...

## QUELQUES PISTES

- FORMATION CONTINUE A L'HYGIENE *(Gould et al, J Hosp Infect 2008)*
- AMELIORATION DE L'ERGONOMIE DES CABINETS
- PRECISIONS SUR L'UTILITE ET L'EFFICACITE DES MESURES-BARRIERES
- ADAPTATION DE CES RECOMMANDATIONS AU NIVEAU DE VIRULENCE ET DE CONTAGIOSITE DE LA SOUCHE RESPONSABLE

# BIBLIOGRAPHIE

- ✓ Shinde V, Bridges CB, Uyeki TM, Shu B, Balish A, Xu X et al. Triple-reassortant swine influenza A (H1) in humans in the United States, 2005-2009. *N Engl J Med* 2009;360:2616-25
- ✓ Dawood FS, Jain S, Finelli L, Shaw MW, Lindstrom S, Garten RJ et al. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. *N Engl J Med*. 2009;360:2605-15
- ✓ Maugis J. SIMUGRIP-MG1. Soins primaires en cas de pandémie grippale H5N1. Evaluation d'un exercice de simulation dans un centre de consultation dédié. *Th Med;université Paris 5:2009*
- ✓ CCLIN Ouest. Audit hygiène des mains, observance/pertinence : Résultats. Septembre 2009
- ✓ Bridges CB, Kuehnert MJ, Hall CB. Transmissions of influenza : implications for control in health care settings. *Clin Infect Dis* 2003;37:1094-101
- ✓ Gould DJ, Drey NS, Moralejo D, Grimshaw J, Chuldleigh J. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *J Hosp Infect*. 2008;36:349-55