

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 11 Septembre 2012 à Poitiers
par **Mademoiselle Florence Noaillan**

Rôles de l'infirmière libérale et du médecin généraliste
dans le suivi des plaies chroniques

Enquêtes menées en Charente en 2009-2010

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Marc Paccalin

Membres : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cuhna
Monsieur le Professeur Olivier Pourrat

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal Parthenay



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, Bactériologie-Virologie
2. ALLAL Joseph, Thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, Neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, Néphrologie
6. BURUCOA Christophe, Bactériologie-Virologie-Hygiène
7. CARRETIER Michel, Chirurgie générale
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DAGREGORIO Guy, Chirurgie plastique et Reconstructrice
11. DEBAENE Bertrand, Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
12. DEBIAIS Françoise, Rhumatologie
13. DORE Bertrand, Urologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, Physiologie
16. FAUCHERE Jean-Louis, Bactériologie- Virologie (surnombre)
17. FAURE Jean-Pierre, Anatomie
18. FRITEL Xavier, Gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, Anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, Chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, Génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, Anatomie et Cytologie Pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, Hématologie et Transfusion
26. GUILLET Gérard, Dermatologie
27. HADJADJ Samy, Endocrinologie et Maladies métaboliques
28. HANKARD Régis, Pédiatrie
29. HAUET Thierry, Biochimie
30. HERPIN Daniel, Cardiologie et Maladies vasculaires
31. HOUETO Jean-Luc, Neurologie
32. INGRAND Pierre, Biostatistiques, Informatique médicale
33. IRANI Jacques, Urologie
34. KEMOUN Gilles, Médecine physique et Réadaptation (détachement)
35. KITZIS Alain, Biologie cellulaire
36. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
37. KRAIMPS Jean-Louis, Chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, Chirurgie infantile
40. LEVILLAIN Pierre, Anatomie et Cytologie pathologiques
41. MAGNIN Guillaume, Gynécologie-obstétrique (surnombre)
42. MARCELLI Daniel, Pédopsychiatrie (surnombre)
43. MARECHAUD Richard, Médecine interne
44. MAUCO Gérard, Biochimie et Biologie moléculaire
45. MENU Paul, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
46. MEURICE Jean-Claude, Pneumologie
47. MIMOZ Olivier, Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
48. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, Hépatogastro-Entérologie
49. NEAU Jean-Philippe, Neurologie
50. ORIOT Denis, Pédiatrie
51. PACCALIN Marc, Gériatrie
52. PAQUEREAU Joël, Physiologie
53. PERAULT Marie-Christine, Pharmacologie clinique
54. PERDRISOT Rémy, Biophysique et Traitement de l'Image
55. PIERRE Fabrice, Gynécologie et obstétrique
56. POURRAT Olivier, Médecine interne
57. PRIES Pierre, Chirurgie orthopédique et traumatologique
58. RICCO Jean-Baptiste, Chirurgie vasculaire
59. RICHER Jean-Pierre, Anatomie
60. ROBERT René, Réanimation médicale
61. ROBLOT France, Maladies infectieuses, Maladies tropicales
62. ROBLOT Pascal, Médecine interne
63. RODIER Marie-Hélène, Parasitologie et Mycologie
64. SENON Jean-Louis, Psychiatrie d'adultes
65. SILVAIN Christine, Hépatogastro- Entérologie
66. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, Rhumatologie
67. TASU Jean-Pierre, Radiologie et Imagerie médicale
68. TOUCHARD Guy, Néphrologie
69. TOURANI Jean-Marc, Cancérologie Radiothérapie, option Cancérologie (type clinique)
70. TURHAN Ali, Hématologie-transfusion
71. VANDERMARCOQ Guy, Radiologie et Imagerie Médicale
72. WAGER Michel, Neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers

1. ARIES Jacques, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
2. BEBY-DEFAUX Agnès, Bactériologie-Virologie-Hygiène
3. BEN-BRIK Eric, Médecine du travail
4. BOINOT Catherine, Hématologie et Transfusion
5. BOUNAUD Jean-Yves, Biophysique et Traitement de l'Image
6. BOURMEYSTER Nicolas, Biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, Bactériologie-Virologie- Hygiène
8. CATEAU Estelle, Parasitologie et Mycologie
9. CREMNITER Julie, Bactériologie, Virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
11. DIAZ Véronique, Physiologie
12. FAVREAU Frédéric, Biochimie et Biologie moléculaire
13. GRIGNON Bernadette, Bactériologie-Virologie-Hygiène
14. GUILLARD Olivier, Biochimie et Biologie moléculaire
15. HURET Jean-Loup, Génétique
16. JAAFARI Nematollah, Psychiatrie d'adultes
17. KARAYAN-TAPON Lucie, Cancérologie
18. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
19. MIGEOT Virginie, Santé publique
20. ROUMY Jérôme, Biophysique, Médecine nucléaire
21. ROY Lydia, Hématologie
22. SAPANET Michel, Médecine légale
23. TALLINEAU Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
24. TOUGERON David, Hépatogastro-Entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés

GAVID Bernard, médecine générale
SCEPI Michel, médecine d'urgence

Maitres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, Maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, Cancérologie Radiothérapie
3. GIL Roger, Neurologie
4. LAPIERRE Françoise, Neurochirurgie

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, Rhumatologie
2. BABIN Michèle, Anatomie et Cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, Anatomie et Cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, Chirurgie générale (émérite)
5. BARRIERE Michel, Biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, Biophysique, Médecine nucléaire
7. BONTOUX Daniel, Rhumatologie (émérite)
8. BURIN Pierre, Histologie
9. CASTETS Monique, Bactériologie-Virologie – Hygiène
10. CAVELLIER Jean-François, Biophysique et médecine nucléaire
11. CHANSIGAUD Jean-Pierre, Biologie du développement et de la reproduction
12. CLARAC Jean-Pierre, Chirurgie orthopédique
13. DESMAREST Marie-Cécile, Hématologie
14. DEMANGE Jean, Cardiologie et Maladies vasculaires
15. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (émérite)
16. GOMBERT Jacques, Biochimie
17. JACQUEMIN Jean-Louis, Parasitologie et Mycologie médicale
18. KAMINA Pierre, Anatomie (émérite)
19. LARSEN Christian-Jacques, Biochimie et biologie moléculaire
20. MAIN de BOISSIERE Alain, Pédiatrie
21. MARILLAUD Albert, Physiologie
22. MORIN Michel, Radiologie, Imagerie médicale
23. PATTE Dominique, Médecine interne
24. PATTE Françoise, Pneumologie
25. POINTREAU Philippe, Biochimie
26. REISS Daniel, Biochimie
27. RIDEAU Yves, Anatomie
28. SULTAN Yvette, Hématologie et transfusion
29. TANZER Joseph, Hématologie et transfusion (émérite)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Marc Paccalin

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Olivier Pourrat

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

A Monsieur le Professeur José Gomes

Merci de m'avoir encouragé à poursuivre dans cette voie, et de siéger à ce jury.

A Monsieur le Docteur Pascal Parthenay

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, de ta disponibilité et de tes conseils judicieux.

Au Docteur Maud Jourdain

Pour ton aide précieuse dans l'élaboration de cette étude et pour avoir essayé de m'apprendre la rigueur dans la méthodologie.

Aux Docteurs Laurence Ladouch-Bures et Marie-Cécile Brethenoux

Aux Docteurs Jocelyne Gomes, Paul Fougères et Jean-Marc Vialle

Pour avoir guidé mes premiers pas dans la médecine générale.

Aux infirmières du cabinet de Garlin

Merci à toutes les trois de votre participation à l'élaboration des questionnaires.

A l'ensemble des médecins du cabinet d'Aire sur Adour

Pour leur participation dans la construction de ce travail

A Patricia

Pour ta relecture attentive.

A mes parents,

A mon frère et sa petite famille,

A ma grand-mère Raymonde,

A ma grand-mère Henriette qui n'aura malheureusement pas pu voir ce travail s'achever

A mes beaux-parents,

A l'ensemble de ma famille et de ma belle-famille

Pour leur soutien tout au long de mes études.

A Benoît

Pour ton soutien et surtout ta patience.

Table des matières

INTRODUCTION	14
MATERIELS ET METHODES	17
1. Première étude : Etude auprès des infirmiers libéraux de Charente en 2009	17
1.1. Type d'étude	17
1.2. Population de l'étude.....	17
1.3. Les variables.....	17
1.3.1. La variable d'intérêt principal.....	17
1.3.2. Les autres variables	18
1.4. Recueil des données	18
1.4.1. Elaboration du questionnaire	18
1.4.2. Mode de recueil.....	18
2. Deuxième étude : Etude auprès des infirmiers libéraux et des médecins généralistes de Charente en 2010.....	19
2.1. Etude auprès des infirmiers libéraux	19
2.1.1. Type d'étude.....	19
2.1.2. Population de l'étude	19
2.1.3. Les variables.....	19
2.1.3.1. La variable d'intérêt principal	19
2.1.3.2. Les autres variables.....	20
2.1.4. Recueil des données	20
2.1.4.1. Elaboration du questionnaire	20
2.1.4.2. Mode de recueil	21
2.2. Etude auprès des médecins généralistes libéraux.....	21
2.2.1. Type d'étude.....	21
2.2.2. Population de l'étude	21
2.2.3. Les variables.....	22
2.2.3.1. La variable d'intérêt principal	22
2.2.3.2. Les autres variables.....	23
2.2.4. Recueil des données	23

2.2.4.1. Elaboration du questionnaire	23
2.2.4.2. Mode de recueil	23
3. Méthode de saisie et d'analyse.....	24
4. Logiciels utilisés et types d'analyses statistiques utilisées	24
RESULTATS.....	25
1. Populations.....	25
1.1. Les infirmiers libéraux.....	25
1.1.1. Participation	25
1.1.2. Description des populations	26
1.2. Les médecins.....	28
1.2.1. Participation	28
1.2.2. Description de la population	29
2. Collaboration et mode de coopération médecin-infirmière (étude réalisée en 2009 auprès des infirmières et en 2010 auprès des médecins)	30
2.1. Fréquence de la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires.....	30
2.2. Formation dans le domaine des plaies chroniques	31
2.3. Sentiment quant à la formation	32
2.4. Utilisation d'un référentiel.....	32
2.5. Modalités de collaboration entre infirmiers et médecins généralistes	34
2.5.1. Rôle de l'infirmière	34
2.5.2. Rôle du médecin	39
2.5.3. Modes de communication concernant l'évolution de la plaie.....	46
2.5.4. Satisfaction des professionnels vis-à-vis de leur collaboration dans la prise en charge des plaies chroniques	49
2.5.5. Opinion sur l'opportunité d'une collaboration plus importante	54
3. Soins de plaies chroniques : quelles pratiques ?	55
3.1. Temps au bout duquel un protocole doit être modifié s'il est en échec	55
3.2. Pratique de la détersion.....	56
3.3. Cas clinique 1 :	58
3.4. Cas clinique 2 :	61
3.5. Cas clinique 3 :	64

3.6. Cas clinique 4 :	67
4. Propositions de solutions d'amélioration de la collaboration et des pratiques dans la prise en charge des plaies chroniques	70
DISCUSSION	74
1. La collaboration entre infirmières libérales et médecins généralistes dans la prise en charge des plaies chroniques	74
1.1. L'infirmière libérale, un rôle central dans la prise en charge des plaies chroniques	74
1.2. Le médecin, plus en retrait	75
1.3. La communication infirmière-médecin	77
1.4. Satisfaction des professionnels vis-à-vis de leur collaboration dans la prise en charge des plaies chroniques	78
1.5. Une plus grande insatisfaction en milieu urbain	80
2. Pratiques des infirmières libérales et des médecins généralistes dans la prise en charge des plaies chroniques	81
2.1. La détersion.....	81
2.2. Les changements de protocoles en cas d'échec.....	81
2.3. Le nettoyage des plaies.....	82
2.4. La réalisation des prélèvements bactériens	82
2.5. L'utilisation des antiseptiques et des antibiotiques locaux.....	84
2.6. Le choix du pansement en fonction de la plaie et le rythme des soins.....	85
2.6.1. Le choix du pansement.....	85
2.6.2. Le rythme des soins	85
2.7. Les mesures complémentaires associées au traitement local	86
2.7.1. L'ulcère veineux.....	86
2.7.2. L'escarre.....	87
2.7.3. Le mal perforant plantaire chez le diabétique	87
2.7.4. La douleur	88
2.7.5. La vaccination antitétanique	89
3. Limites de l'étude	89
3.1. Taux de participation	89
3.2. Populations étudiées	90

3.2.1. Les infirmières	90
3.2.2. Les médecins.....	90
3.2.3. Une étude non transposable à la population française	90
3.3. Etudes sur deux périodes différentes	91
3.4. Mode de recueil des données et construction du questionnaire	91
4. Evaluation de propositions d'amélioration de la prise en charge de plaies chroniques .	92
4.1. Prise en charge exclusive par les infirmières libérales	92
4.2. Une formation professionnelle spécifique	92
4.3. Un cahier de suivi.....	93
4.4. Une équipe d'experts.....	94
4.5. Un réseau	94
CONCLUSION	96
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	97
ANNEXES.....	101
ANNEXE I : LETTRES D'INTRODUCTION ET QUESTIONNAIRES DE L'ETUDE	101
ANNEXE II : LES DIFFERENTS TYPES DE PANSEMENTS ET CHOIX D'UN PANSEMENT EN FONCTION DE LA PLAIE	113
ANNEXE III : REPARTITIONS DES POPULATIONS DE L'ETUDE.....	128
ANNEXE IV : DETAIL DES TABLEAUX VI, VIII, X, XII.....	129
ANNEXE V : CRITERES CLINIQUES D'INFECTION D'UNE PLAIE CHRONIQUE	134
RESUME	135

Liste des tableaux

Tableau I : Description des échantillons des infirmiers libéraux de Charente ayant participé aux études réalisées en 2009 et 2010.....	26
Tableau II : Description de l'échantillon des médecins généralistes de Charente au cours de l'étude 2010.....	29
Tableau III : Formation sur les plaies chroniques des infirmières libérales de Charente interrogées en 2009 (n=92). Plusieurs réponses étaient possibles.	31
Tableau IV : Formation sur les plaies chroniques des médecins généralistes de Charente (n=94). Plusieurs réponses étaient possibles.....	31
Tableau V : Détail du matériel de déterision utilisé par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010	57
Tableau VI : Type de pansement utilisé sur un ulcère veineux à fond fibrineux et nécrotique sec, douloureux, par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010	59
Tableau VII : Moyens complémentaires au pansement, nécessaires à une bonne prise en charge d'un ulcère veineux à fond fibrineux et nécrotique, sec, douloureux, selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010	60
Tableau VIII : Type de pansement utilisé sur une escarre ischiatique à fond fibrineux, très exsudative, malodorante par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010.....	62
Tableau IX : Moyens complémentaires au pansement, nécessaires à une bonne prise en charge d'une escarre ischiatique à fond fibrineux, très exsudative, malodorante selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010.....	63
Tableau X : Type de pansement utilisé sur une escarre talonnière, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématié, douloureuse par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010	65
Tableau XI : Moyens complémentaires au pansement nécessaires à une bonne prise en charge d'une escarre talonnière, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématié, douloureuse selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010.....	66
Tableau XII : Type de pansement utilisé sur un mal perforant plantaire, à fond rouge, bourgeonnant par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010	68
Tableau XIII : Moyens complémentaires au pansement nécessaires à une bonne prise en charge d'un mal perforant plantaire, à fond rouge, bourgeonnant selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010...	69

Liste des figures

Figure 1 : Constitution des échantillons et participation des infirmières libérales de Charente aux études réalisées en 2009 et 2010.....	25
Figure 2 : Nombre de médecins avec lequel l’infirmière libérale travaille de façon régulière (n=47). Cette donnée n’a été recueillie qu’au cours de l’étude réalisée en 2010.	27
Figure 3 : Constitution de l’échantillon et taux de participation des médecins à l’étude de 2010.....	28
Figure 4 : Nombre de pansements effectués par semaine par les infirmières libérales de Charente en 2009 (n= 92).....	30
Figure 5 : Fréquence de la prise en charge des plaies chroniques dans la pratique des médecins généralistes de Charente en 2010 (n=93).....	30
Figure 6 : Sentiment sur leur formation en 2009 des infirmiers libéraux (IDEL) et en 2010 des médecins généralistes de Charente	32
Figure 7 : Utilisation d’un référentiel sur la prise en charge des plaies chroniques par les infirmières libérales en 2009 et par les médecins généralistes en 2010 en Charente.	32
Figure 8 : Fréquence à laquelle la prise en charge des plaies chroniques était initiée par l’IDEL en Charente en 2009 (n=91).....	34
Figure 9 : Fréquence à laquelle la modification du type de pansement était initiée par l’infirmière libérale en Charente en 2009 (n=92).....	34
Figure 10 : Fréquence à laquelle le médecin généraliste disait faire appel à l’infirmière libérale pour la prise en charge d’une plaie chronique en Charente (n=93).....	37
Figure 11 : Fréquence à laquelle les médecins généralistes de Charente disaient déléguer le plus possible la prise en charge des plaies chroniques aux infirmières libérales (n=92)	37
Figure 12 : Fréquence de la rédaction d’un protocole de soins de plaie par le médecin généraliste pour l’infirmière libérale en Charente (selon le médecin) (n=93)	39
Figure 13 : Opinion des infirmières libérales de Charente en 2009 vis-à-vis du rythme de réévaluation des plaies chroniques par les médecins généralistes (n=92).....	39
Figure 14 : Proportion des médecins généralistes ayant un rythme de réévaluation des plaies chroniques insuffisant selon les infirmières libérales de Charente en 2009 (n=69)	40
Figure 15 : Opinion des médecins généralistes de Charente en 2010 sur leur propre rythme de réévaluation des plaies chroniques (n=81)	41
Figure 16 : Programmation par les médecins généralistes de Charente d’une réévaluation systématique des plaies chroniques et rythme éventuel de celle-ci en 2010 (n=83)	42

Figure 17 : Disponibilité du médecin généraliste en cas de problème au cours de la prise en charge des plaies chroniques selon les infirmières libérales de Charente en 2009 (n=92)	43
Figure 18 : Accès facile à un expert en plaie chronique (dermatologue, angiologue, chirurgien vasculaire, gériatre) en cas de difficultés de prise en charge selon les médecins généralistes de Charente (n=92)	44
Figure 19 : Délai moyen d'accès à un expert en plaie chronique (dermatologue, angiologue, chirurgien vasculaire, gériatre) en cas de difficultés de prise en charge selon les médecins généralistes de Charente (n=58).....	44
Figure 20 : Opinion des médecins généralistes de Charente en 2010 sur leur prise en charge des plaies chroniques (n=94).....	45
Figure 21 : Modalités de communication entre infirmières libérales (IDEL) et médecins généralistes de Charente. Données recueillies en 2009 pour les infirmières et en 2010 pour les médecins.	46
Figure 22 : Satisfaction des médecins généralistes de Charente en 2010 vis-à-vis de la prise en charge des plaies chroniques par les infirmières libérales	49
Figure 23 : Satisfaction des infirmiers libéraux de Charente en 2009 vis-à-vis de leur rôle et de celui du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques	51
Figure 24 : Souhait d'une collaboration plus importante entre médecin généraliste et infirmière libérale. Opinion en 2009 des infirmières libérales, et en 2010 des médecins généralistes en Charente.	54
Figure 25 : Estimation du temps au bout duquel un protocole de soins locaux de plaies chroniques doit être modifié s'il est en échec selon les infirmiers libéraux (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010.	55
Figure 26 : Fréquence de préconisation d'une détersion devant une plaie fibrineuse chez un patient peu douloureux par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010.....	56
Figure 27 : Type de détersion proposée devant une plaie fibrineuse peu douloureuse par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010... ..	56
Figure 28 : Produits utilisés pour le nettoyage d'un ulcère veineux à fond fibrineux et nécrotique par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010.	58
Figure 29 : Réalisation d'un prélèvement bactériologique sur un ulcère veineux à fond fibrineux et nécrotique sec par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins de Charente en 2010	58
Figure 30 : Rythme de réfection du pansement pour un ulcère veineux à fond fibrineux et nécrotique, sec, douloureux selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010.....	59
Figure 31 : Produits utilisés pour le nettoyage d'une escarre fibrineuse très exsudative et malodorante par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010	61

Figure 32 : Réalisation d'un prélèvement bactériologique sur une escarre ischiatique à fond fibrineux, très exsudative, malodorante par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins de Charente en 2010.....	61
Figure 33 : Rythme de réfection du pansement pour une escarre ischiatique à fond fibrineux, très exsudative, malodorante selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010.....	63
Figure 34 : Produits utilisés pour le nettoyage d'une escarre talonnière, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématié, douloureuse, par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010	64
Figure 35 : Réalisation d'un prélèvement bactériologique sur une escarre talonnière, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématié, douloureuse par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins de Charente en 2010.....	64
Figure 36: Rythme de réfection du pansement adapté à une escarre talonnière, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématié, douloureuse selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010...	65
Figure 37 : Produits utilisés pour le nettoyage d'un mal perforant plantaire, à fond rouge, bourgeonnant par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010	67
Figure 38 : Réalisation d'un prélèvement bactériologique sur un mal perforant plantaire, à fond rouge, bourgeonnant par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins de Charente en 2010	67
Figure 39 : Rythme de réfection du pansement adapté à un mal perforant plantaire, à fond rouge, bourgeonnant selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010.....	68
Figure 40 : Opinion des infirmières libérales et des médecins généralistes de Charente en 2010 sur différentes propositions pour l'amélioration de la prise en charge des plaies chroniques.....	70
Figure 41 : Choix des infirmières libérales (IDEL) et des médecins généralistes de Charente en 2010, concernant la nature de ces experts.....	73
Figure 42 : Mode de consultation d'une équipe spécialisée souhaité par les infirmières libérales et les médecins généralistes de Charente en 2010.....	73

INTRODUCTION

Les plaies chroniques sont définies comme telles à compter de 4 à 6 semaines d'évolution en fonction de l'étiologie¹. Elles regroupent pour l'essentiel les ulcères de jambe (veineux, artériels ou mixtes, et l'angiodermite nécrotique), les escarres et les plaies du pied diabétique².

Elles représentent un problème de santé publique important puisque, selon des projections de la Haute Autorité de Santé à partir d'études étrangères, il y aurait en France de 28 000 à 395 000 patients atteints d'ulcère de jambe, 35 000 diabétiques présentant une plaie du pied¹ et on dénombrerait 300 000 escarres³.

La prise en charge des plaies chroniques a été améliorée par une meilleure connaissance de leur physiopathologie et par le perfectionnement du matériel (amélioration des supports anti-escarres, des systèmes de contention ou de décharge du pied). La démonstration que la cicatrisation est favorisée par le maintien de la plaie dans un milieu humide par Winter dans les années 60 (confirmée chez l'homme par Hinman et Maibach), a également ouvert la voie à de nombreuses recherches, et permis le développement des pansements modernes, aujourd'hui nombreux, et s'adaptant à tous types de plaies. L'augmentation des capacités d'absorption, la conformabilité, la maîtrise des odeurs et la facilité d'utilisation, ont amélioré la qualité de vie du patient et facilité le soin pour l'infirmier⁴.

Malgré tout, cette prise en charge induit encore des coûts importants de par la chronicité de ces plaies : les soins sont prolongés, le matériel est parfois coûteux, le temps infirmier nécessaire est important, les arrêts de travail et les hospitalisations sont longues^{2,5}.

D'autre part, malgré l'amélioration des pansements, ces plaies ont toujours un retentissement majeur sur la qualité de vie du patient. Elles diminuent leur autonomie et leur liberté (perte de mobilité liée à la localisation de la plaie, contraintes horaires liées aux soins) et les obligent à modifier leur mode de vie (adaptation de leur environnement pour une réalisation du soin dans de bonnes conditions, adaptation de leurs vêtements ou de leurs chaussures pour dissimuler un pansement trop imposant ou obéir aux obligations de décharge)^{2,6,7}. Elles modifient également l'image que le patient a de lui-même et celle qu'il

présente aux autres (aspect visible de la plaie, odeur, suintement), constituant une véritable « blessure narcissique », et contribuant à son isolement social⁶. L'ensemble de ces facteurs, associé à la douleur éventuelle, au sentiment d'impuissance devant cette plaie ne guérissant pas, contribue à engendrer anxiété et syndrome dépressif, reconnus comme étant des freins à une bonne cicatrisation⁶.

Les plaies chroniques sont également sources de plusieurs difficultés pour les soignants. La multitude des pansements a rendu complexe le choix d'un traitement local adapté⁸⁻¹¹. Ces plaies guérissant lentement, les infirmiers peuvent se sentir découragés car, en les voyant quasi-quotidiennement, elles peuvent leur sembler ne pas évoluer. Ils doivent également gérer un environnement quelquefois inadapté aux soins (propreté du lieu, manque d'intimité, présence de la famille). Ils sont aussi parfois confrontés à des patients agressifs, non coopérants ou négligents, refusant les soins^{6,8}. Ces difficultés sont majorées par le sentiment que les médecins manquent d'intérêt pour les plaies chroniques, ce qui renforce leur impression d'isolement^{6,12,13}.

Les médecins rencontrent également des problèmes dans leur relation avec les patients (non observance), dans les modalités de surveillance des plaies chroniques, mais aussi dans leur relation avec les infirmiers au cours du suivi (non observance des protocoles, manque de coordination)^{8,9,11}.

Il semble donc qu'une partie de ces obstacles pourrait être résolue par une meilleure communication et coordination entre l'infirmier et le médecin généraliste. Ce dernier peut apporter un regard extérieur concernant l'évolution de la plaie en la réévaluant de façon plus espacée, appuyer l'éducation délivrée par l'infirmier, et constituer une aide dans la gestion d'un patient difficile. De même, l'infirmier peut conseiller le médecin dans le choix du traitement local, l'aider dans le suivi et répéter les mesures d'hygiène et de prévention nécessaires de façon quasi journalière au patient.

Cependant, afin de pouvoir proposer des solutions d'amélioration satisfaisantes à la prise en charge des plaies chroniques, il semble nécessaire dans un premier temps d'établir un état des lieux permettant d'identifier précisément les difficultés rencontrées par les soignants et d'en déterminer l'importance.

Il existe peu d'études sur la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires. La majorité étant réalisée dans des structures hospitalières, elles ne peuvent refléter les difficultés rencontrées en ambulatoire. La collaboration entre le médecin généraliste et l'infirmière a toutefois été analysée dans quelques études.

Un mémoire validant le diplôme universitaire « Plaies et cicatrisation » écrit par une infirmière libérale concernait la collaboration des différents professionnels dans la prise en charge des plaies chroniques à Saint-Etienne. Cependant, bien que ce travail mette nettement en évidence l'insatisfaction des infirmières, la collaboration avec le médecin généraliste y était peu analysée¹⁴.

Deux thèses de médecine se sont également consacrées à la prise en charge ambulatoire de ces plaies. Une première, sur les escarres, en Deux-Sèvres, en 2010, abordait dans un court chapitre, les difficultés rencontrées par les infirmiers libéraux et les médecins généralistes¹⁵. La deuxième, par contre, sur les ulcères veineux de jambe, en Dordogne et en Gironde, en 2006, répondait bien à cet objectif. Cependant, elle ne portait que sur un type particulier de plaies chroniques, et avait un faible taux de participation infirmier⁸. Aucune étude n'évaluait, en dehors du souhait de formation, les solutions que les professionnels étaient prêts à envisager pour améliorer cette prise en charge.

Ainsi, le but de ce travail était d'effectuer un état des lieux des modes de collaboration et de communication entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans la prise en charge des plaies chroniques en Charente en 2009-2010.

MATERIELS ET METHODES

1. Première étude : Etude auprès des infirmiers libéraux de Charente en 2009

1.1. Type d'étude

C'était une étude transversale.

1.2. Population de l'étude

Nous avons choisi d'interroger l'ensemble des infirmiers libéraux de Charente (16) afin d'obtenir un échantillon suffisamment important. Ces infirmiers devaient être en cours d'exercice et avoir une activité de soins.

Afin d'établir la liste des infirmiers libéraux, nous avons consulté le registre « Adresses et tarifs des professionnels de santé » du site www.ameli.fr fin Avril 2009 en indiquant « infirmier » dans la rubrique « profession », « indifférent » dans la rubrique « secteur conventionnel » et « 16 » dans la rubrique « situation géographique ». Nous avons pu ainsi établir une liste de 252 infirmiers libéraux.

1.3. Les variables

1.3.1. La variable d'intérêt principal

Nous avons voulu évaluer les différents aspects de la prise en charge des plaies chroniques par l'infirmier libéral et le médecin généraliste au domicile.

Nous avons étudié ces différents aspects au travers :

⇒ des modalités de collaboration entre professionnels : qui initiait la prise en charge ?, qui modifiait le protocole de traitement ?, les infirmiers bénéficiaient-ils de protocoles rédigés par les médecins ou utilisaient-ils un référentiel ?, dans quels cas spécifiques les infirmiers faisaient-ils appel au médecin ?, le médecin était-il disponible en cas de problème ?, quelles étaient les modalités de communication entre médecin et IDE concernant l'évolution de la plaie ?

⇒ de la satisfaction des infirmiers vis-à-vis de cette collaboration avec le médecin généraliste : étaient-ils satisfaits du rythme de réévaluation des plaies chroniques par le médecin traitant ?, étaient-ils satisfaits du rôle de chacun dans le suivi des plaies chroniques ?, souhaitaient-ils une collaboration plus importante ?

1.3.2. Les autres variables

Ces variables permettaient une description de la population étudiée : âge, sexe, années d'expérience en tant qu'infirmier (au total et dans le mode d'exercice libéral), lieu d'exercice (caractère rural ou urbain déterminé à partir des tables d'appartenance géographique des communes de l'INSEE du 01/01/2010¹⁶), nombre de pansements réalisés par semaine, formation concernant les pansements (nature, sentiment d'être suffisamment formé).

1.4. Recueil des données

1.4.1. Elaboration du questionnaire

Devant l'absence de questionnaire validé, nous avons dû élaborer notre propre questionnaire.

Après la rédaction d'une première version, nous avons effectué cinq entretiens avec des infirmiers (3 infirmiers libéraux et 2 infirmiers en maison de retraite) qui avaient permis de mettre en évidence de nouvelles variables afin de répondre au mieux à notre objectif et d'améliorer la première version.

Nous avons choisi d'utiliser des questions fermées pour toutes les propositions sauf pour la question portant sur les situations où l'infirmier faisait appel au médecin traitant par crainte d'orienter les réponses et d'omettre certaines propositions. Nous avons également fait le choix de laisser de larges plages de commentaires libres pour plusieurs questions afin de recueillir au mieux le sentiment des infirmiers vis-à-vis de la collaboration avec le médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques en leur permettant de préciser et nuancer leurs réponses aux questions fermées.

Ce questionnaire a ensuite été testé auprès de 5 nouveaux infirmiers avant d'être envoyé.

1.4.2. Mode de recueil

Un auto-questionnaire anonyme a été adressé par voie postale accompagné d'une lettre d'introduction et d'explication (annexe I) à l'ensemble des infirmiers diplômés d'état libéraux (IDEL) recensés à la fin du mois d'Avril 2009. Il était joint une enveloppe timbrée pour la réponse. Aucune relance n'a été effectuée.

Cette première étude faisant l'objet d'un mémoire et ayant confirmé notre hypothèse de départ selon laquelle il existait une insatisfaction des infirmières concernant la collaboration avec le médecin généraliste dans la prise en charge des plaies chroniques, nous avons souhaité compléter cette première étude afin, premièrement, d'obtenir le point de vue des médecins généralistes pour une plus grande impartialité, et deuxièmement, essayer de trouver de possibles explications à cette insatisfaction.

2. Deuxième étude : Etude auprès des infirmiers libéraux et des médecins généralistes de Charente en 2010

2.1. Etude auprès des infirmiers libéraux

2.1.1. Type d'étude

C'était une étude transversale.

2.1.2. Population de l'étude

Nous avons, tout comme pour la première étude, choisi d'interroger l'ensemble des infirmiers libéraux de Charente (16). Les conditions d'inclusion et d'exclusion étaient les mêmes qu'en 2009.

Afin d'établir la liste des infirmiers libéraux, nous avons consulté le registre « Adresses et tarifs des professionnels de santé » du site www.ameli.fr le 14/11/2010 en indiquant les mêmes critères qu'en 2009. Nous avons pu ainsi établir une liste de 274 infirmiers libéraux.

2.1.3. Les variables

2.1.3.1. La variable d'intérêt principal

Cette deuxième étude constituait un complément de celle menée en 2009, la variable d'intérêt principal était donc la même que l'étude précédente, mais nous souhaitons étudier d'autres aspects de cette prise en charge.

Nous avons donc analysé en complément :

⇒ les pratiques de soins des plaies chroniques : temps au bout duquel un protocole était considéré en échec, pratique de la détersion chimique ou mécanique, utilisation des antiseptiques, réalisation de prélèvements de façon adaptée, utilisation des pansements selon le type de plaie, rythme de réfection des pansements.

⇒ L'accueil accordé par les infirmiers aux différentes propositions d'amélioration de la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires : formation professionnelle spécifique, mise en place d'un cahier de suivi, prise en charge exclusive par l'infirmier libéral, création d'une équipe de référents en plaies chroniques pouvant être consultée en cas de difficulté, création d'un réseau pouvant assumer l'ensemble des améliorations envisagées.

2.1.3.2. Les autres variables

Ces variables permettaient une description de la population étudiée : âge, sexe, années d'expérience en tant qu'infirmier (au total et dans le mode d'exercice libéral), lieu d'exercice (caractère rural ou urbain déterminé à partir des tables d'appartenance géographique des communes de l'INSEE du 01/01/2010¹⁶), nombre de médecins avec qui l'infirmier libéral travaillait de façon régulière.

2.1.4. Recueil des données

2.1.4.1. Elaboration du questionnaire

Aucun questionnaire existant ne correspondant à nos objectifs, nous avons dû élaborer à nouveau un questionnaire.

Il comportait deux questions ouvertes : « temps au bout duquel un protocole de soins doit être jugé en échec » et « prise en charge de différentes situations cliniques ». Ce choix a été fait dans le but de ne pas orienter les réponses et de recueillir l'attitude thérapeutique la plus proche de celle adoptée au quotidien. Les autres questions étaient des questions fermées : utilisation de la détersion et propositions de solutions d'amélioration (établies en fonction de solutions déjà existantes en France), avec tout de même une plage laissée libre afin de suggérer d'autres solutions.

Ce questionnaire a ensuite été testé auprès de 4 infirmières libérales, ce qui nous a permis de modifier certaines formulations puis de l'envoyer.

2.1.4.2. Mode de recueil

Cet auto-questionnaire anonyme a été adressé par voie postale accompagné d'une lettre d'introduction et d'explication (annexe I) à l'ensemble des IDEL recensés au 14/11/2010. Il était joint une enveloppe timbrée pour la réponse. Aucune relance n'a été effectuée.

2.2. Etude auprès des médecins généralistes libéraux

2.2.1. Type d'étude

C'était une étude transversale.

2.2.2. Population de l'étude

Nous avons choisi d'interroger l'ensemble des médecins généralistes libéraux de Charente (16) afin d'obtenir un échantillon suffisamment important. Ils devaient être en exercice et avoir une activité de soins.

Afin d'établir la liste des médecins généralistes libéraux, nous avons consulté le registre « Adresses et tarifs des professionnels de santé » du site www.ameli.fr le 14/11/2010 en indiquant « médecin généraliste » dans la rubrique « profession », « indifférent » dans la rubrique « secteur conventionnel » et « 16 » dans la rubrique « situation géographique ». Nous avons pu ainsi établir une liste de 332 médecins généralistes libéraux.

2.2.3. Les variables

2.2.3.1. La variable d'intérêt principal

Nous avons voulu évaluer les différents aspects de la prise en charge des plaies chroniques par l'infirmier libéral et le médecin généraliste au domicile.

Nous avons étudié ces différents aspects au travers :

⇒ des modalités de collaboration entre professionnels : utilisation d'un référentiel, appel systématique à l'IDEL pour les soins de plaies chroniques, délégation maximale à l'IDEL de la prise en charge des plaies chroniques, rédaction de protocoles de soins à l'attention des IDEL, programmation systématique d'une réévaluation de la plaie, modalités de communication avec l'infirmier libéral sur l'évolution de la plaie, professionnels prenant l'initiative d'échanger les informations concernant l'évolution des plaies chroniques, accès à un expert en plaie chronique en cas de prise en charge problématique.

⇒ de la satisfaction des médecins vis-à-vis de cette collaboration avec l'infirmier libéral : satisfaction vis-à-vis de son propre rythme de réévaluation de la plaie, satisfaction vis-à-vis du rôle de chacun dans le suivi des plaies chroniques (la prise en charge des plaies chroniques était-elle problématique pour le médecin ?, étaient-ils satisfaits des soins effectués par l'IDEL ?), souhaitaient-ils une collaboration plus importante ?

⇒ des pratiques de soins des plaies chroniques : temps au bout duquel un protocole était considéré en échec, pratique de la détersion chimique ou mécanique, utilisation des antiseptiques, réalisation de prélèvements de façon adaptée, utilisation des pansements selon le type de plaie, rythme de réfection des pansements.

⇒ de l'accueil accordé par les médecins aux différentes propositions d'amélioration de la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires : formation professionnelle spécifique, mise en place d'un cahier de suivi, prise en charge exclusive par l'infirmier libéral, création d'une équipe de référents en plaies chroniques pouvant être consultée en cas de difficulté, création d'un réseau pouvant assumer l'ensemble des améliorations envisagées.

2.2.3.2. Les autres variables

Ces variables permettaient une description de la population étudiée : âge, sexe, années d'expérience, lieu d'exercice (caractère rural ou urbain déterminé à partir des tables d'appartenance géographique des communes de l'INSEE du 01/01/2010¹⁶), fréquence de la prise en charge des plaies chroniques dans sa pratique, formation concernant les plaies chroniques (nature, sentiment d'être suffisamment formé).

2.2.4. Recueil des données

2.2.4.1. Elaboration du questionnaire

Il n'existait pas de questionnaire validé, cependant nous avons utilisé le questionnaire déjà élaboré pour les IDEL comme modèle en adaptant les questions au rôle du médecin généraliste. Les parties concernant les pratiques de soins de plaies chroniques et les solutions d'amélioration étaient strictement identiques à celles proposées aux IDEL.

La majorité des questions étaient fermées, en dehors de la question sur les facteurs pouvant empêcher un rythme de réévaluation jugé suffisant par les médecins, par peur d'omettre certains facteurs explicatifs, ainsi que les questions portant sur le temps au bout duquel un protocole de soins doit être jugé en échec et sur la prise en charge des différentes situations cliniques pour les mêmes raisons qu'indiquées pour les IDEL.

Le questionnaire a été testé auprès de 4 médecins généralistes, ce qui a permis essentiellement d'améliorer la présentation du questionnaire avant l'envoi.

2.2.4.2. Mode de recueil

L'auto-questionnaire anonyme a été adressé par voie postale accompagné d'une lettre d'introduction et d'explication (annexe I) à l'ensemble des médecins généralistes recensés au 14/11/2010. Il était joint une enveloppe timbrée pour la réponse. Aucune relance n'a été effectuée.

3. Méthode de saisie et d'analyse

Dans la partie concernant le type de pansement utilisé en fonction de la situation clinique décrite, la prise en charge a été jugée adaptée :

- si le type de pansement était adapté au type de plaie et à la quantité d'exsudats
- s'il n'y avait pas d'utilisation de produits ne pouvant être employés ensemble (utilisation contre-indiquée ou contre-productive)
- si le rythme de réfection était adapté au type de plaie et au type de pansement utilisé

Ces critères étaient définis à partir d'une synthèse de plusieurs documents^{1,6,17-20}. Celle-ci est présentée en annexe II.

Le cas clinique n°1 correspondait à une plaie en phase de détersion, fibrineuse et nécrotique, sèche.

Le cas clinique n°2 correspondait à une plaie en phase de détersion, fibrineuse, très exsudative et malodorante, pouvant être considérée en fonction des auteurs comme étant une plaie infectée^{21,22} (annexe V).

Le cas clinique n°3 correspondait à une plaie en phase de détersion, fibrineuse, infectée. La quantité d'exsudat n'était pas précisée.

Le cas clinique n°4 correspondait à une plaie en phase de bourgeonnement. La quantité d'exsudat n'était pas précisée.

4. Logiciels utilisés et types d'analyses statistiques utilisées

Le recueil des données a été effectué dans un tableau sous Microsoft Office Excel® version 2003. Ce recueil a été vérifié par 2 examinateurs.

L'analyse descriptive et analytique a été effectuée grâce au logiciel Epi Info® version 3.5.1.

L'analyse statistique pour la comparaison des variables qualitatives était réalisée par le test Chi 2 ou le test exact de Fisher en cas d'effectif insuffisant (effectif théorique inférieur à 5).

Les comparaisons de moyenne ont été effectuées par le test de Mann-Whitney, la population étudiée n'ayant pas une répartition homogène et ne permettant donc pas d'utiliser le test d'Anova (répartition des populations : annexe III).

Le seuil de significativité retenu était de 5% ($p < 0.05$).

RESULTATS

1. Populations

1.1. Les infirmiers libéraux

1.1.1. Participation

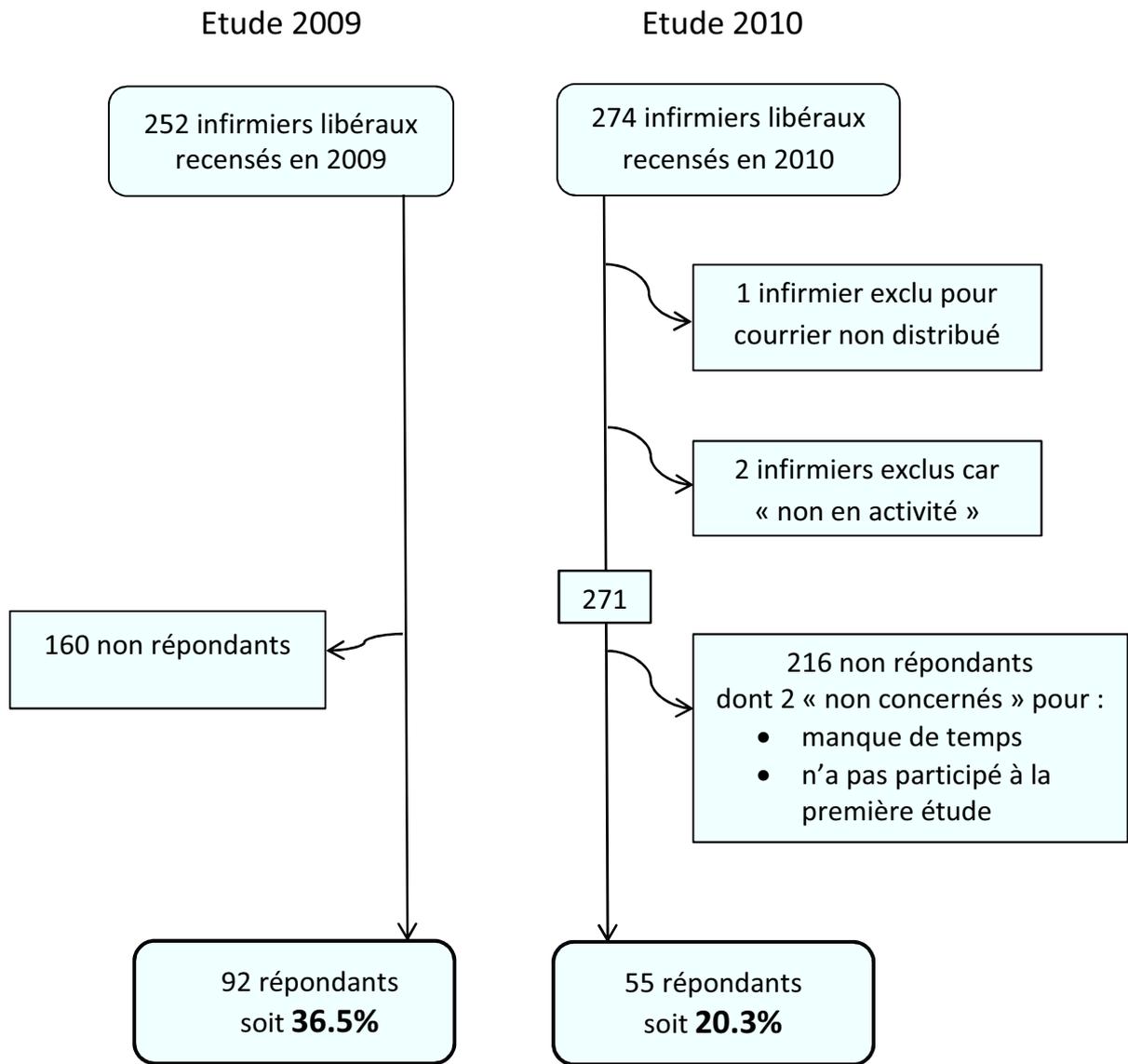


Figure 1 : Constitution des échantillons et participation des infirmières libérales de Charente aux études réalisées en 2009 et 2010

1.1.2. Description des populations

Tableau I : Description des échantillons des infirmiers libéraux de Charente ayant participé aux études réalisées en 2009 et 2010

	Etude 2009	Etude 2010	p
Sexe	n=92	n=55	0.34
Femme	89.1%	83.6%	
Homme	10.9%	16.4%	
Age	n=79	n=51	
Moyenne [écart-type]	44.6 ans [8.2]	43.4 ans [7.2]	0.53
< 40 ans	27.8%	37.3%	
40-49 ans	41.8%	37.3%	
≥ 50 ans	30.4%	25.5%	
≥ 55 ans	15. 2%	5.9%	0.02
Expérience totale	n=62	n=50	
Moyenne [écart-type]	21.4 ans [8.9]	19.6 ans [8.5]	0.37
<10 ans	8.1%	8%	
10-19 ans	37.1%	48%	
20-29 ans	35.5%	28%	
≥ 30 ans	19.4%	16%	
Expérience libérale	n=80	n=49	
Moyenne [écart-type]	15.9 ans [9.6]	10.6 ans [9.2]	0.002
<10 ans	32.5%	53.1%	0.02
10-19 ans	27.5%	30.6%	
20-29 ans	27.5%	12.2%	0.04
≥ 30 ans	12.5%	4.1%	
Lieu d'exercice	n=92	n=54	0.64
Rural	52.2%	48.1%	
Urbain	47.8%	51.9%	

❖ Nombre d'infirmières ayant participé aux deux études

Trente-trois infirmières libérales ont participé aux deux études.

Ainsi, 35.9% des infirmières du premier échantillon ont participé à la deuxième étude, et elles représentaient 63.5% de notre deuxième échantillon.

Trois infirmières n'ont pas répondu à cette question.

❖ Nombre de médecins avec lesquels l'IDEL travaille de façon régulière

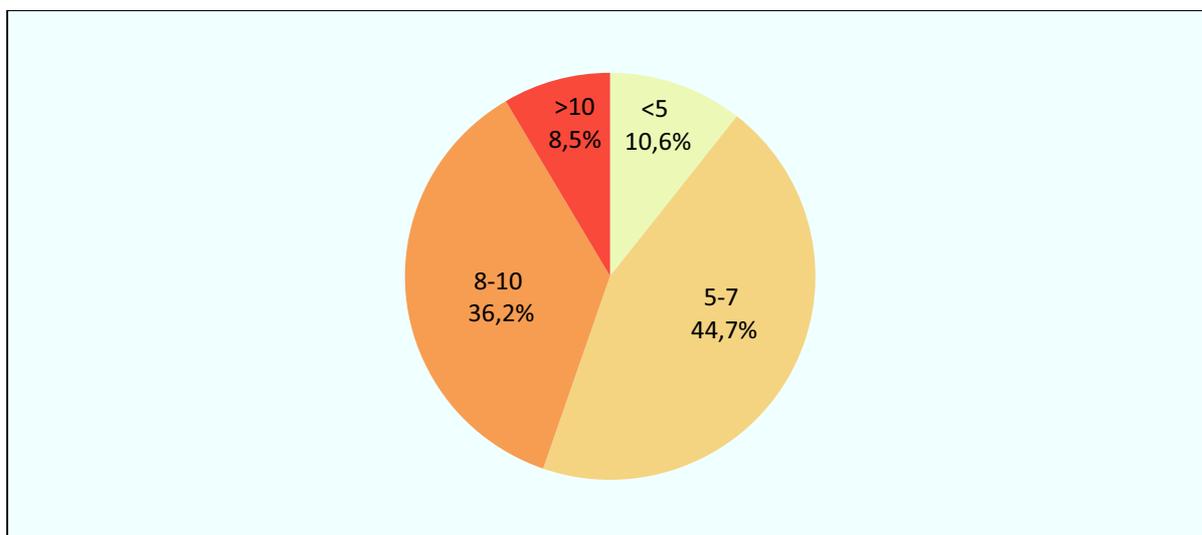


Figure 2 : Nombre de médecins avec lequel l'infirmière libérale travaille de façon régulière (n=47). Cette donnée n'a été recueillie qu'au cours de l'étude réalisée en 2010.

Les IDE libéraux exerçant en milieu rural avaient moins de partenaires médicaux que ceux exerçant en milieu urbain ($p=0.01$). En effet, en milieu rural, 65.4% des infirmières libérales travaillaient régulièrement avec 7 médecins ou moins contre 34.6% en milieu urbain. 70.8% des infirmières exerçant en milieu urbain travaillaient avec 8 médecins ou plus de façon régulière.

1.2. Les médecins

1.2.1. Participation

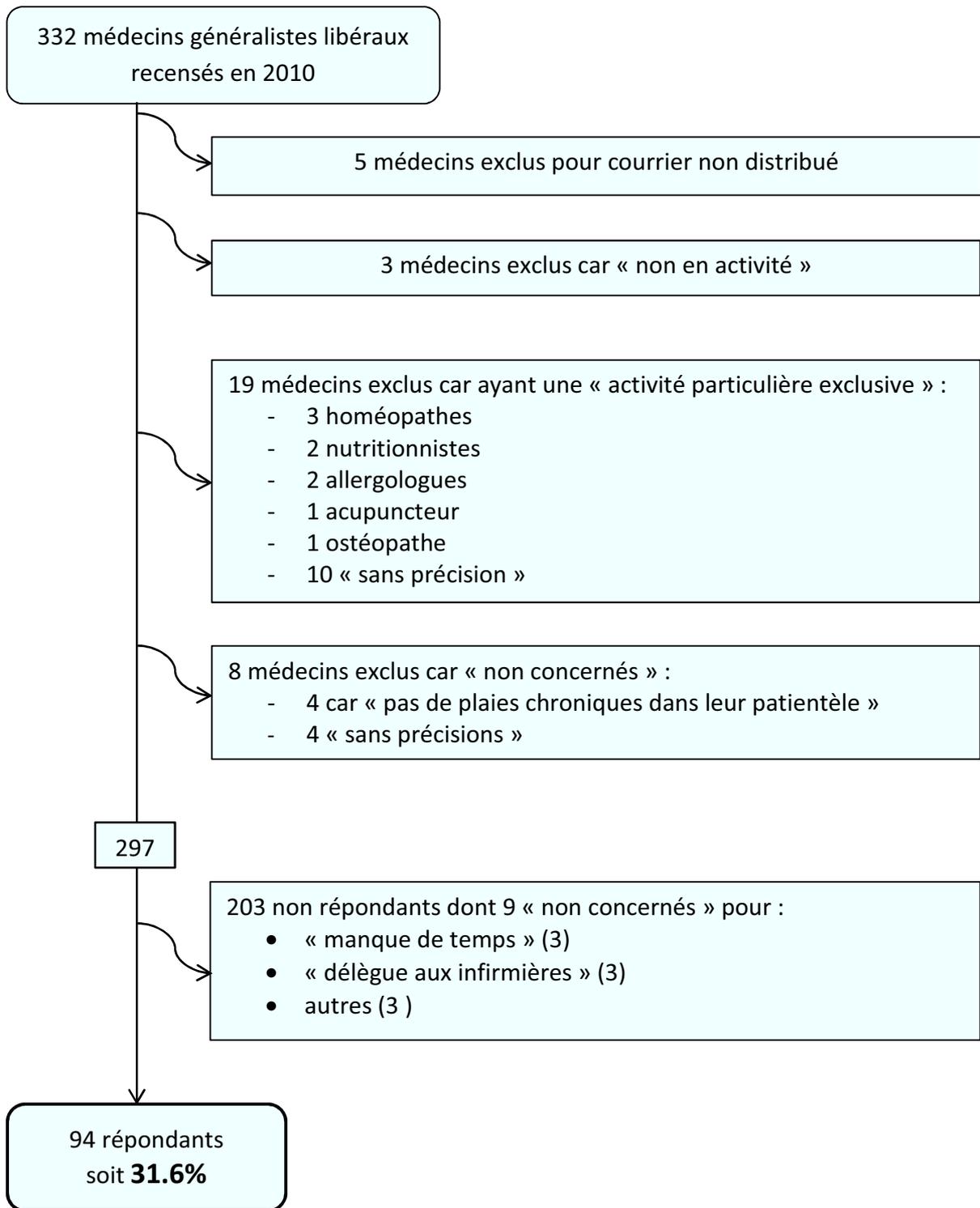


Figure 3 : Constitution de l'échantillon et taux de participation des médecins à l'étude de 2010

1.2.2. Description de la population

Tableau II : Description de l'échantillon des médecins généralistes de Charente au cours de l'étude 2010

	Pourcentage	N
Sexe		93
femme	22.6%	
homme	77.4%	
Age		93
Moyenne [écart-type]	52.6 ans [8.3]	
< 45 ans	16.1%	
45 – 54 ans	33.3%	
≥ 55 ans	50.5%	
Expérience		84
Moyenne [écart-type]	24.4 ans [8.6]	
< 10 ans	7.1%	
10 -19 ans	13.1%	
20-29 ans	42.9%	
≥ 30 ans	36.9%	
Lieu d'exercice		93
Rural	44.1%	
Urbain	55.9%	

2. Collaboration et mode de coopération médecin-infirmière (étude réalisée en 2009 auprès des infirmières et en 2010 auprès des médecins)

2.1. Fréquence de la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires

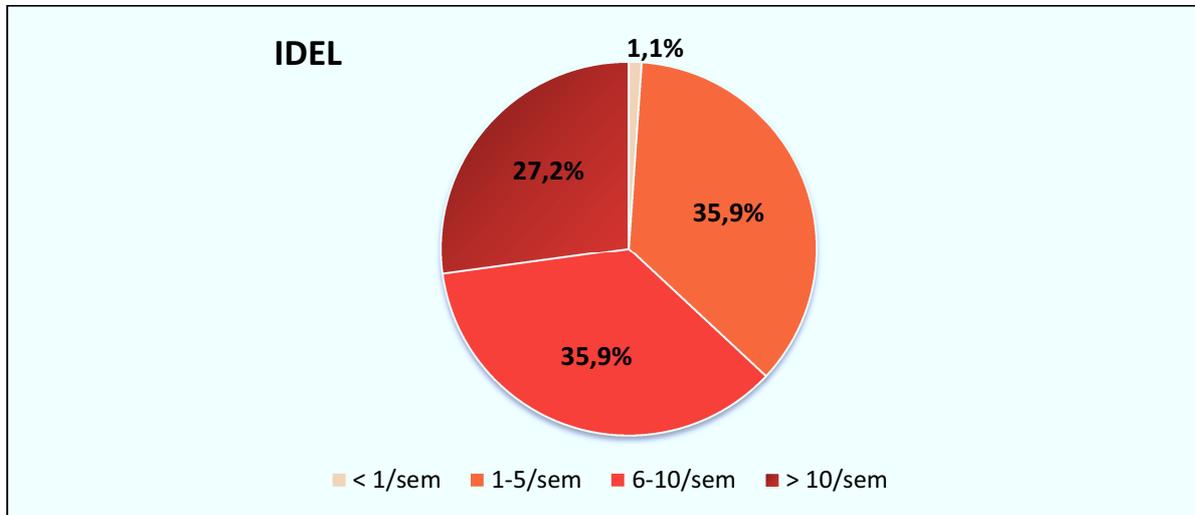


Figure 4 : Nombre de pansements effectués par semaine par les infirmières libérales de Charente en 2009 (n= 92)

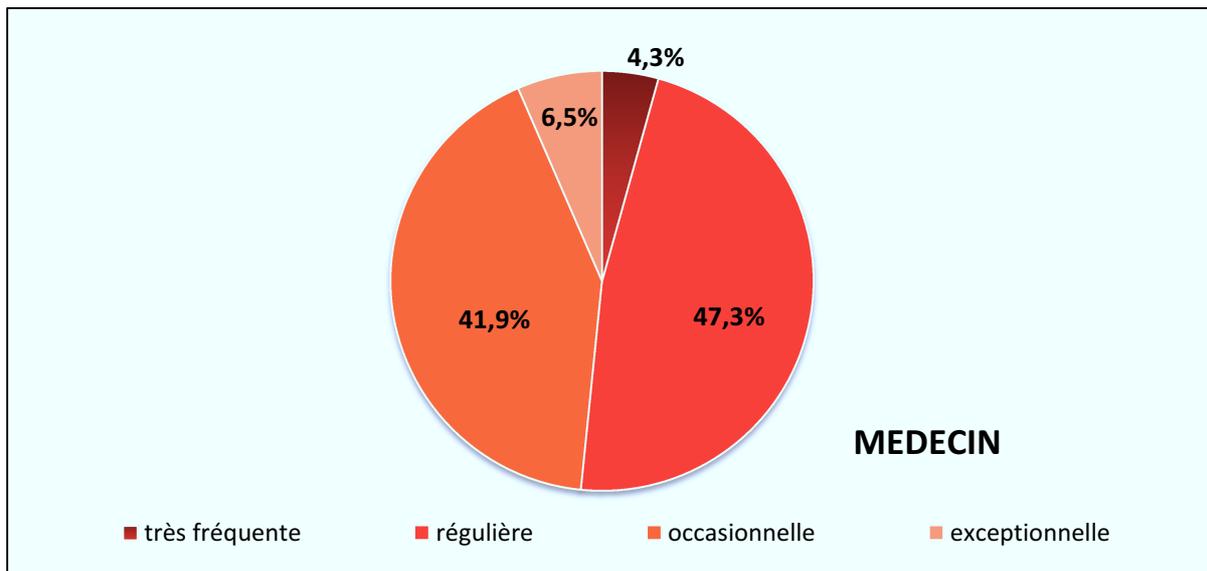


Figure 5 : Fréquence de la prise en charge des plaies chroniques dans la pratique des médecins généralistes de Charente en 2010 (n=93)

Les médecins exerçant en milieu rural avaient une activité de soins de plaies chroniques plus importante qu'en milieu urbain ($p=0.001$). Elle était en effet « régulière à fréquente » pour 70.7% des médecins exerçant en zone rurale contre « occasionnelle à exceptionnelle » pour 63.5% en zone urbaine.

2.2. Formation dans le domaine des plaies chroniques

Tableau III : Formation sur les plaies chroniques des infirmières libérales de Charente interrogées en 2009 (n=92). Plusieurs réponses étaient possibles.

IFSI Formation initiale	83.7%	
IFSI Formation continue	30.4%	
Formation spécifique	15.2%	<ul style="list-style-type: none"> • Pour 12, formation professionnelle continue : syndicat (FNI) ou organisme de formation (Orion Santé, FIF PL) • Pour 2, formation universitaire (DU soins palliatifs) ou auprès d'une société savante (Congrès Plaies et cicatrisation paris 2007)
Autre	54.3%	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratoires pour 34 infirmières soit 37% • Documentation personnelle pour 11 • Expérience professionnelle ou contacts professionnels pour 7 • 14 n'ont pas apporté de précision

Tableau IV : Formation sur les plaies chroniques des médecins généralistes de Charente (n=94). Plusieurs réponses étaient possibles.

Pas de formation	73.4%	
Formation sur les plaies chroniques	26.6%	<ul style="list-style-type: none"> • Formation professionnelle continue : FMC et EPU (14) • Entourage/expérience professionnelle (5) • Formation universitaire : gériatrie, angéiologie (4) • Laboratoires (3) • Revue médicale (1)

2.3. Sentiment quant à la formation

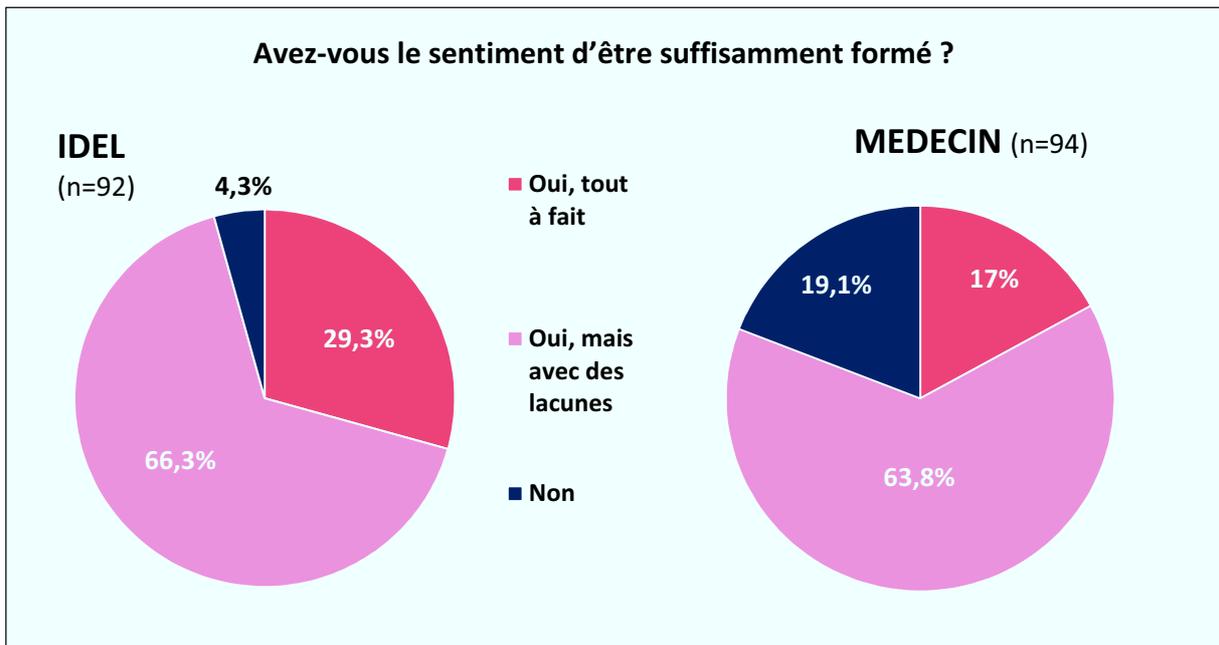


Figure 6 : Sentiment sur leur formation en 2009 des infirmiers libéraux (IDEL) et en 2010 des médecins généralistes de Charente

Les médecins étaient plus nombreux que les infirmières libérales à ne pas se sentir suffisamment formés ($p=0.001$).

2.4. Utilisation d'un référentiel

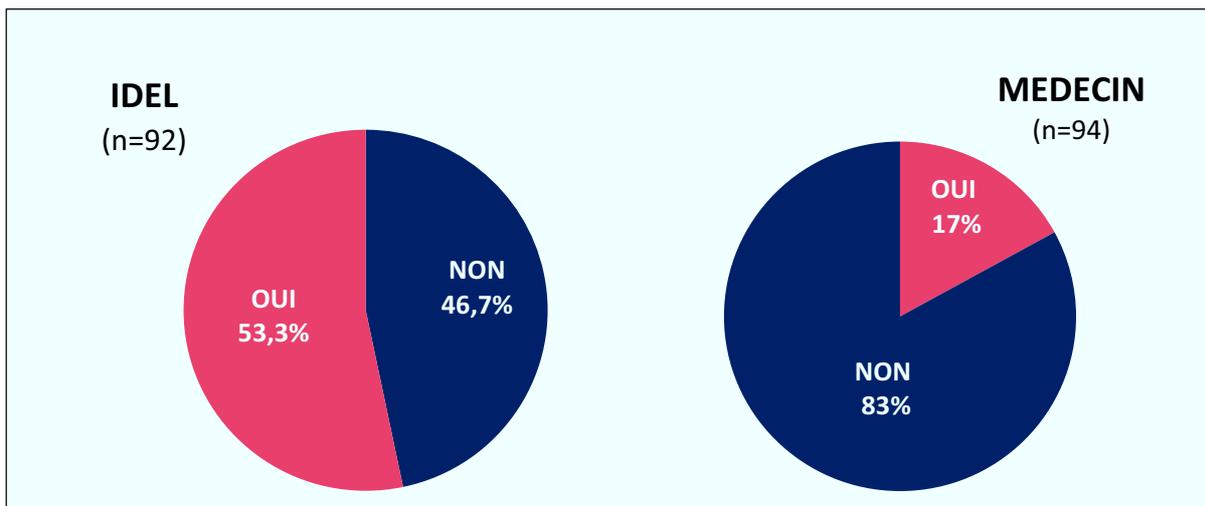


Figure 7 : Utilisation d'un référentiel sur la prise en charge des plaies chroniques par les infirmières libérales en 2009 et par les médecins généralistes en 2010 en Charente.

Le référentiel utilisé par les médecins était :

- pour 7, fourni par un laboratoire pharmaceutique
- pour 6, un guide fourni par une société savante (HAS, site escarre.fr)

Trois personnes n'avaient pas précisé le type de référentiel utilisé.

Le référentiel utilisé par les infirmières était un protocole pour 83.7% et un ouvrage de référence pour 26.5% (plusieurs réponses étaient possibles).

L'ouvrage de référence pouvant être :

- Un document fourni par un laboratoire pharmaceutique (n=9)
- Un document issu d'une revue ou donné au cours d'une formation (n=4)
- Un document fourni par une structure de soins (n=1)
- Un livre (n=1) : « Guide pratique de l'infirmière » d'Annie Vallée.

Les protocoles utilisés étaient fournis par :

- Un laboratoire pharmaceutique (n=24)
- Le médecin prescripteur (mais pas obligatoirement le médecin généraliste) (n=21)
- Une structure de formation ou une société savante (n=4)
- L'entourage professionnel ou une structure de soins (n=8)

Une personne n'avait pas précisé par qui ce protocole avait été fourni.

2.5. Modalités de collaboration entre infirmiers et médecins généralistes

2.5.1. Rôle de l'infirmière

❖ Prise en charge d'une plaie initiée par l'IDEL

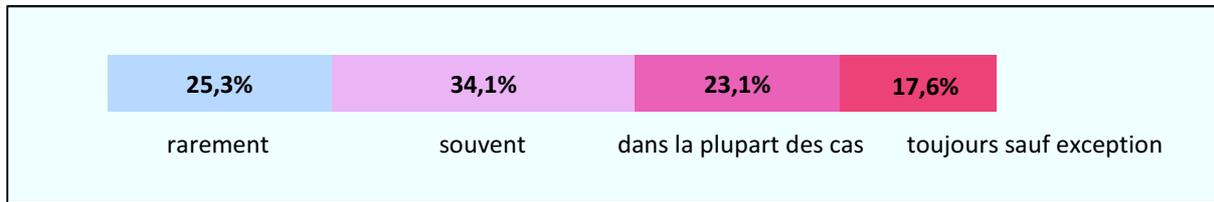


Figure 8 : Fréquence à laquelle la prise en charge des plaies chroniques était initiée par l'IDEL en Charente en 2009 (n=91)

❖ Modification du protocole de pansement par l'IDEL

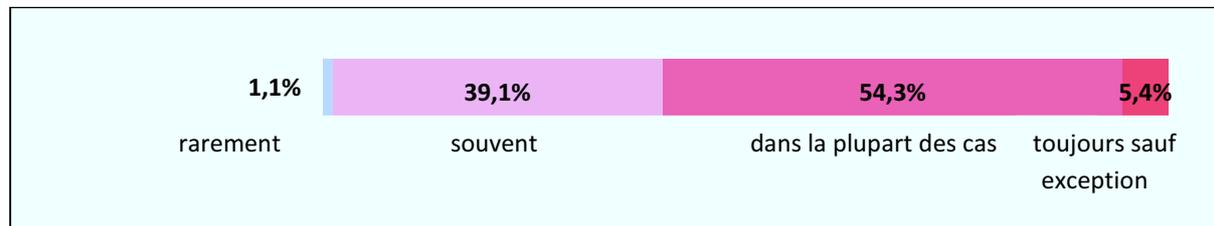


Figure 9 : Fréquence à laquelle la modification du type de pansement était initiée par l'infirmière libérale en Charente en 2009 (n=92)

Plus de la moitié des IDEL sont à l'origine des modifications de traitement dans la plupart des cas voire toujours.

92.9% des IDEL ayant reçu une formation spécifique étaient « toujours ou dans la plupart des cas » à l'origine de la modification des protocoles de soins de plaies chroniques contre 53.8% de celles n'ayant pas reçu de formation particulière (p=0.006). Cette plus grande prise d'initiative n'était pas retrouvée chez les infirmières ayant suivi la formation continue en IFSI (p=0.13).

❖ Utilisation de leur droit de prescription par les IDEL

54% soit 47 infirmières sur 87 ayant répondu à cette question utilisaient leur droit de prescription contre 46% préférant systématiquement obtenir une prescription du médecin (n=87).

Les IDEL se sentant les mieux formées prescrivait plus que celles se sentant « suffisamment formée mais avec des lacunes » (p=0.005) : 76.9% des infirmières libérales se sentant « tout à fait formées » utilisaient leur droit de prescription contre 46.6%.

Il faut noter tout de même que 8 des infirmières utilisant leur droit de prescription le faisaient toujours après avoir obtenu l'accord du médecin, l'une d'elle soulignait d'ailleurs que ceci était une obligation légale²⁵.

Cinq autres infirmières utilisant leur droit de prescription déclaraient ne demander l'avis du médecin que de façon occasionnelle, l'une soulignant que l'avis du médecin était surtout sollicité afin de maintenir la relation avec le médecin.

Les 46% d'infirmières libérales préférant systématiquement passer par le médecin traitant le faisaient :

- car dans tous les cas, elles préféraient avoir l'avis du médecin (n=17)
- car le premier prescripteur devait toujours être le médecin, elles ne pouvaient que renouveler la prescription à l'identique (n=11)
- car cela permettait de maintenir une relation de collaboration (n=8)
- du fait des limites de prescription qui ne leur permettaient pas, quoi qu'il en soit, de prescrire tous les produits dont elles avaient besoin (antiseptiques, sérum physiologique, pansements à l'argent) (n=6)
- pour tenir le médecin au courant de l'évolution de la plaie et de la nécessité de changer de protocole (n=5)
- par habitude (n=2)
- pour un gain de temps (n=2)
- sur demande du médecin qui souhaitait que l'IDEL passe systématiquement par lui pour l'obtention d'une nouvelle prescription (n=1)
- car le médecin était « le premier responsable pour les soins » (n=1)
- car voir le médecin rassurait le patient quant à l'évolution de sa plaie (n=1)
- car elle n'était « pas payée pour établir une prescription » et en a « marre de travailler gratuitement » (n=1)

A noter que parmi les IDEL déclarant ne pas faire la prescription elles-mêmes au changement de protocole, 11 utilisaient tout de même leur droit de prescription pour le renouvellement à l'identique.

Une autre signalait que ses pratiques de prescription variaient en fonction du médecin généraliste.

❖ Situations spécifiques dans lesquelles les IDEL faisaient appel au médecin généraliste au cours du suivi d'une plaie chronique

Le médecin généraliste était contacté en cas :

- de **complications** (extension de la plaie, infection) pour 93% (n=80)
- d'**absence d'évolution de la plaie** (n=31 ; 36%)
- de **plaie douloureuse** (n=21; 24.4%).
- 20 infirmiers (23.3%) citaient d'autres causes motivant un contact avec le médecin généraliste (par ordre de fréquence):
 - **nécessité d'un avis spécialisé** (chirurgien ou dermatologue) (5.8%)
 - **altération de l'état général** (5.8%)
 - **besoin d'une prescription particulière** (4.6%)
(produits particuliers pour 2 IDEL, contention veineuse pour 2 IDEL)
 - **nécessité d'un contrôle de l'évolution** par le médecin (3.5%)
 - **nécessité d'un changement de protocole** (3.5%)
 - **apparition de nouvelles plaies** (2.3%)
 - **problèmes de non observance** de la part des patients (1.2%).

6 infirmiers n'ont pas répondu à cet item.

❖ Fréquence d'appel à l'IDEL par le médecin pour la prise en charge des plaies chroniques

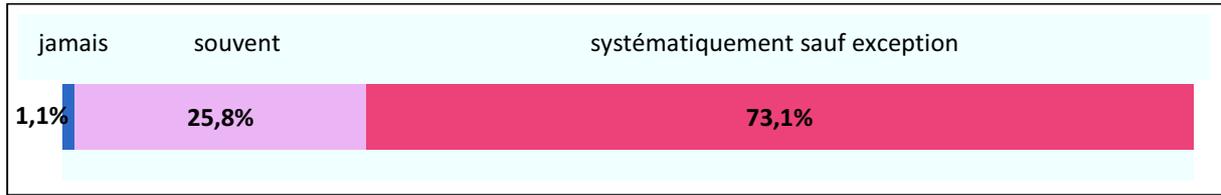


Figure 10 : Fréquence à laquelle le médecin généraliste disait faire appel à l'infirmière libérale pour la prise en charge d'une plaie chronique en Charente (n=93)

Lorsqu'ils ne faisaient pas appel à l'IDEL, les médecins réalisaient les soins eux-mêmes pour 3 d'entre eux ou les soins étaient confiés au patient ou à un membre de leur famille pour 4 autres.

Les médecins ruraux recouraient plus systématiquement à l'IDEL pour la prise en charge des plaies chroniques ($p=0.03$) : 85% en milieu rural les sollicitaient de façon systématique contre 64.7% en milieu urbain.

❖ Délégation à l'IDEL de la prise en charge des plaies chroniques

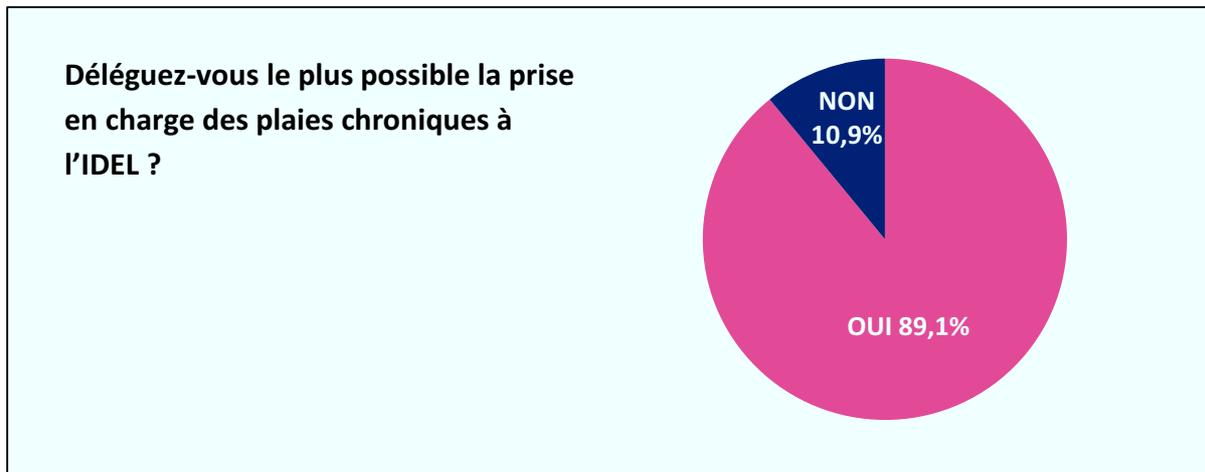


Figure 11 : Fréquence à laquelle les médecins généralistes de Charente disaient déléguer le plus possible la prise en charge des plaies chroniques aux infirmières libérales (n=92)

Les médecins confiaient la prise en charge des plaies chroniques à l'IDEL car :

- les infirmières avaient une meilleure formation et une meilleure expérience (n=26)
- les infirmières étaient plus disponibles, avaient un meilleur suivi des plaies du fait de leurs passages fréquents (n=17)
- ils estimaient que les soins locaux et leur suivi étaient de la compétence de l'IDEL (n=17), mais ils soulignaient cependant souhaiter participer à la décision concernant le protocole de soins (n=6)
- ils manquaient de temps (n=15)
- ils faisaient confiance à l'infirmière, ils savaient qu'elle les consulterait s'il y avait un problème (n=8)
- ils le faisaient par habitude (n=2)
- ils estimaient que le coût serait plus important pour le système de santé (prix d'une visite médicale versus prix de l'acte infirmier) (n=2)
- il n'y avait pas de rémunération pour le temps passé (n=1)
- ils n'avaient pas d'intérêt pour la prise en charge des plaies chroniques (n=1)
- ils estimaient ne pas avoir la compétence dans ce domaine (n=1)
- ils craignaient que leurs prescriptions ne conviennent pas à l'IDEL (n=1)
- ils jugeaient le patient incapable de prendre en charge ces soins (n=1)

2.5.2. Rôle du médecin

❖ Protocoles donnés par les médecins généralistes aux IDEL

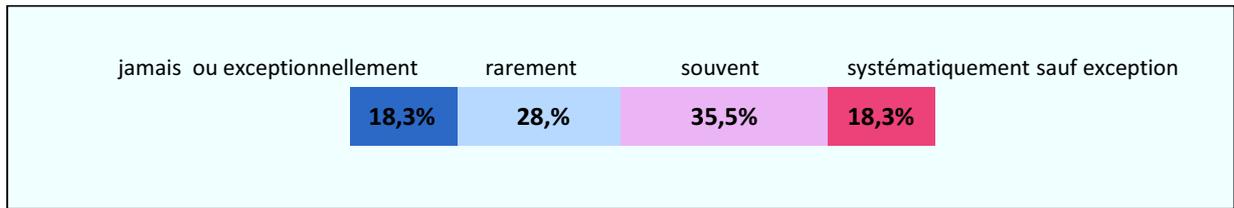


Figure 12 : Fréquence de la rédaction d'un protocole de soins de plaie par le médecin généraliste pour l'infirmière libérale en Charente (selon le médecin) (n=93)

Remarquons que seulement 22,8% des infirmières disaient avoir un protocole donné par le médecin prescripteur (souvent un médecin spécialiste).

❖ Rythme de réévaluation des plaies par les médecins généralistes

- Selon les IDEL

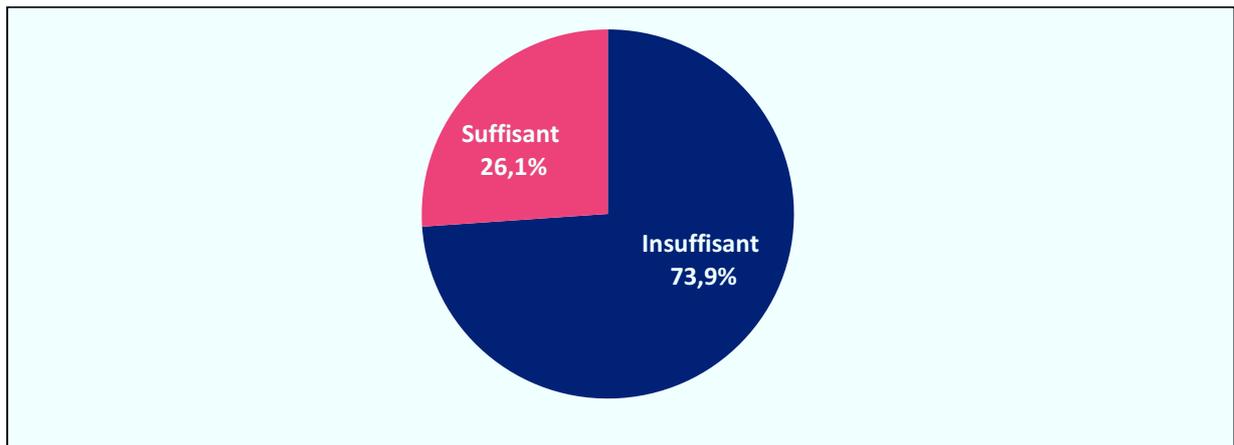


Figure 13 : Opinion des infirmières libérales de Charente en 2009 vis-à-vis du rythme de réévaluation des plaies chroniques par les médecins généralistes (n=92)

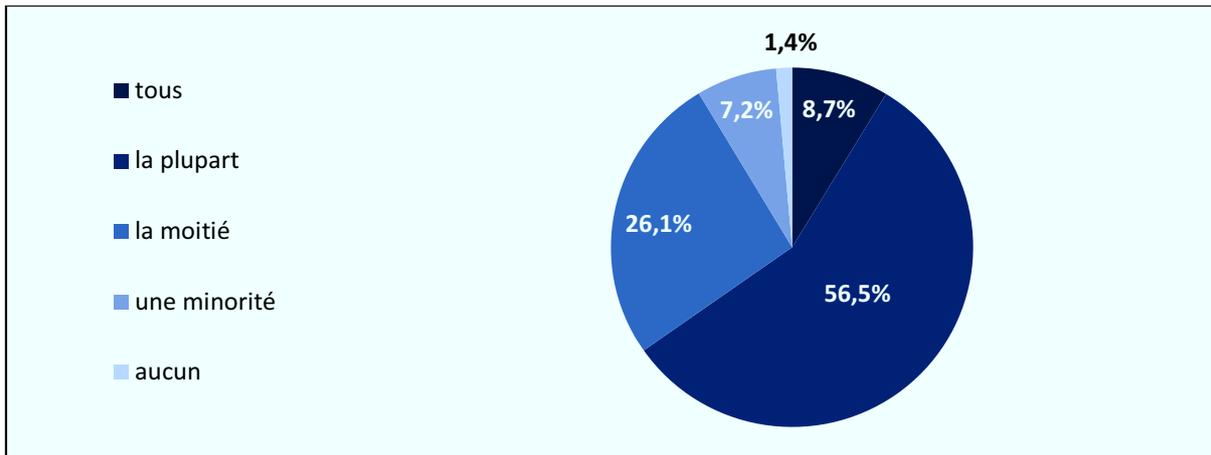


Figure 14 : Proportion des médecins généralistes ayant un rythme de réévaluation des plaies chroniques insuffisant selon les infirmières libérales de Charente en 2009 (n=69)

Les infirmières exerçant en milieu rural étaient un peu moins insatisfaites du rythme de réévaluation des médecins traitants avec lesquels elles exerçaient ($p=0.009$) : 62.5% des infirmières en milieu rural estimaient le rythme de réévaluation des plaies chroniques par les médecins généralistes insuffisant, contre 86.4% en milieu urbain.

Lorsque les infirmières jugeaient le rythme de réévaluation insuffisant, elles l'expliquaient :

- par la confiance que le médecin avait envers l'infirmière (n=15)
- par le manque de temps du médecin (n=13)
- par les difficultés du médecin à défaire puis refaire le pansement (problème de temps, de matériel ou de savoir-faire) (n=4)

D'autres reprochaient :

- une réévaluation uniquement sur demande de l'IDEL (n=13), demande qui devait parfois être insistante
- aux médecins de ne pas prendre le temps de regarder les plaies chroniques (n=10), pour l'une « même sur sa demande, le médecin ne regardait pas la plaie »
- aux médecins de ne pas solliciter les infirmières pour connaître l'évolution de la plaie, qu'ils attendaient leurs transmissions et se reposaient entièrement sur elles pour le suivi (n=7) : "les médecins ont trop pris l'habitude que l'infirmière appelle si problème"
- l'absence d'intérêt des médecins (n=4)
- le manque de connaissances des médecins dans le domaine du traitement local des plaies chroniques (n=4)
- au médecin de « ne pas savoir passer la main à un spécialiste quand une plaie ne cicatrise pas » (n=1)

Même chez les infirmières estimant le rythme suffisant, les reproches étaient les mêmes : désintérêt des médecins, réévaluation uniquement sur demande de l'infirmière.

- Selon les médecins généralistes

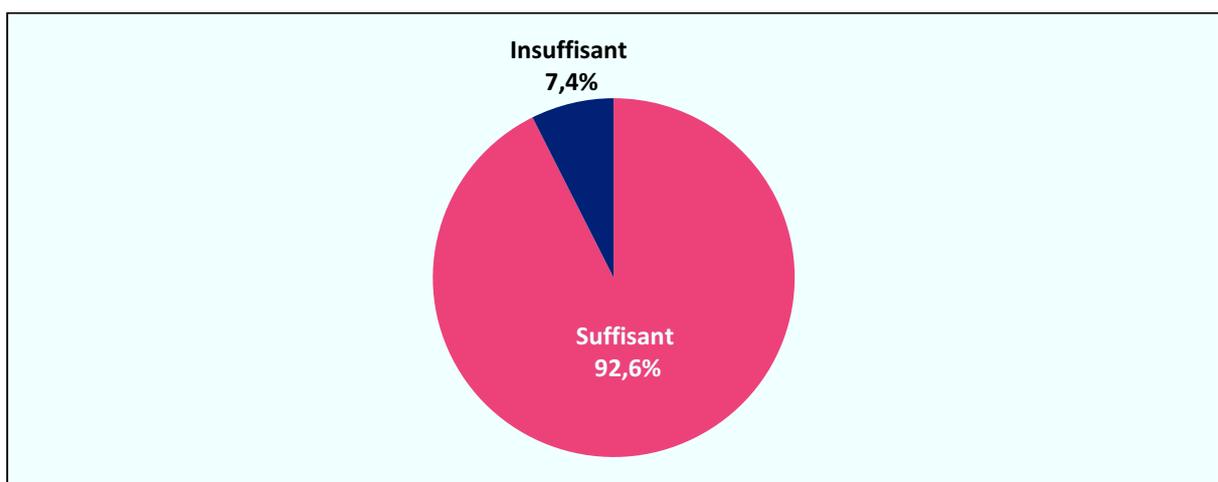


Figure 15 : Opinion des médecins généralistes de Charente en 2010 sur leur propre rythme de réévaluation des plaies chroniques (n=81)

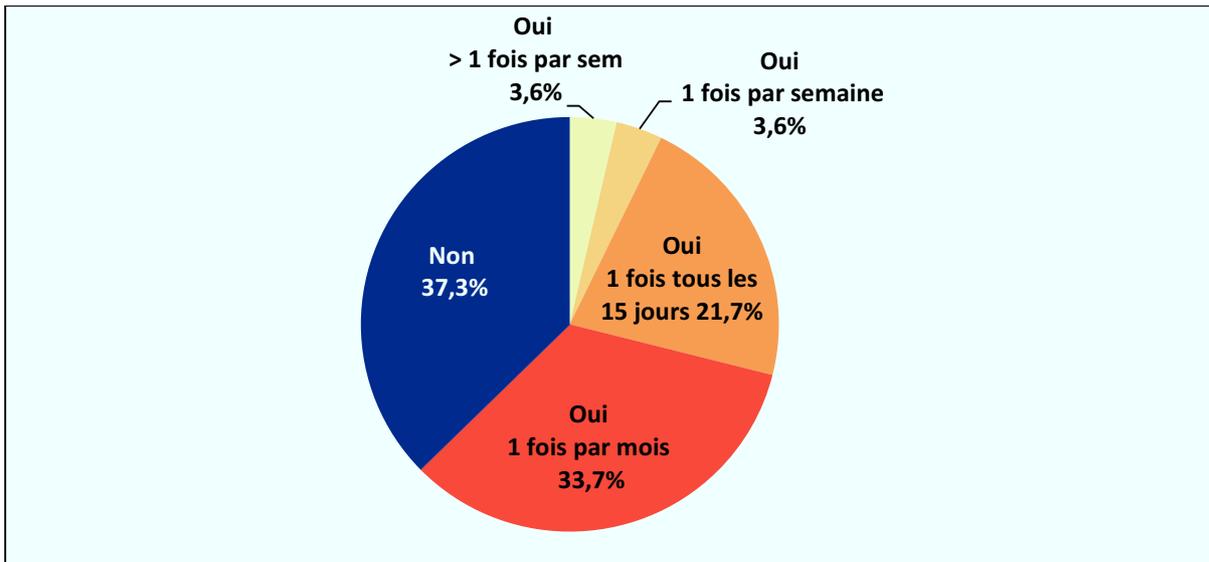


Figure 16 : Programmation par les médecins généralistes de Charente d'une réévaluation systématique des plaies chroniques et rythme éventuel de celle-ci en 2010 (n=83)

77.1% des médecins urbains programmaient systématiquement une réévaluation des plaies chroniques contre seulement 44.1% des médecins exerçant en zone rurale (p=0.002).

Les médecins soulignaient toutefois dans leurs commentaires que ce rythme d'évaluation pouvait varier en fonction de plusieurs facteurs :

- existence ou non d'une surinfection
- stade de la plaie
- des compétences de l'IDEL, et/ou de sa capacité à communiquer
- des demandes de l'IDEL

Ils signalaient également qu'ils manquaient de temps pour programmer cette réévaluation. Ils l'estimaient suffisante du moment qu'ils pouvaient se reposer sur l'infirmière libérale, qui leur semblait plus disponible, pour les tenir au courant de l'évolution et donner l'alerte en cas de problème.

Un autre évoquait comme obstacle le fait qu'il avait du mal à imposer sa présence et que le patient ait à payer la consultation,

Un dernier, trouvait « difficile d'organiser une coordination et une présence couplée médecin-infirmier ».

- ❖ Disponibilité du médecin généraliste en cas de problème au cours de la prise en charge

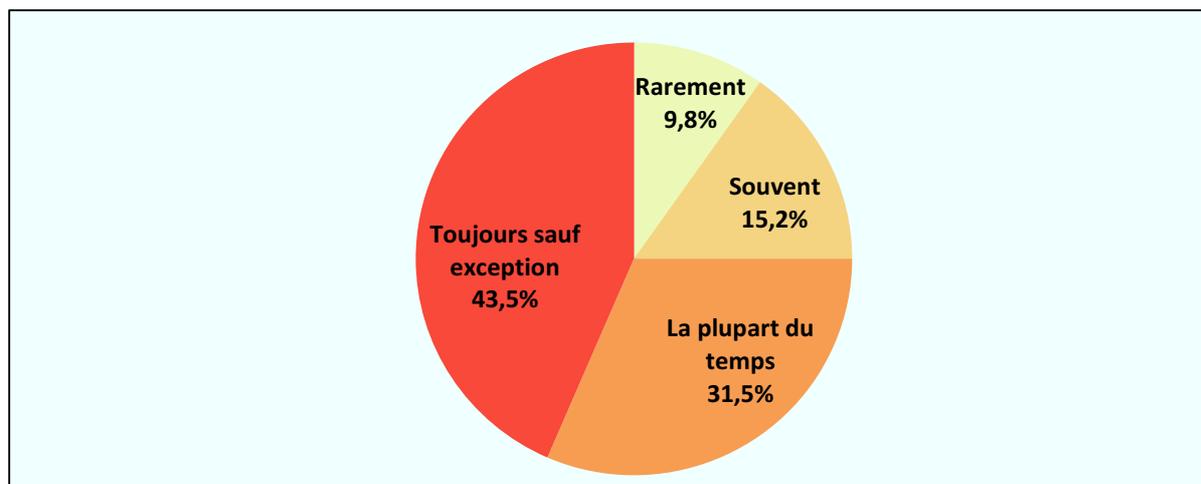


Figure 17 : Disponibilité du médecin généraliste en cas de problème au cours de la prise en charge des plaies chroniques selon les infirmières libérales de Charente en 2009 (n=92)

Les médecins étaient un peu plus disponibles en milieu rural qu'en milieu urbain ($p=0.01$) : 93% l'était « la plupart du temps ou toujours » en milieu rural contre 72.5% en milieu urbain.

- ❖ Facilité d'accès du médecin généraliste et délai de recours à un spécialiste en plaies chroniques, en cas de problème

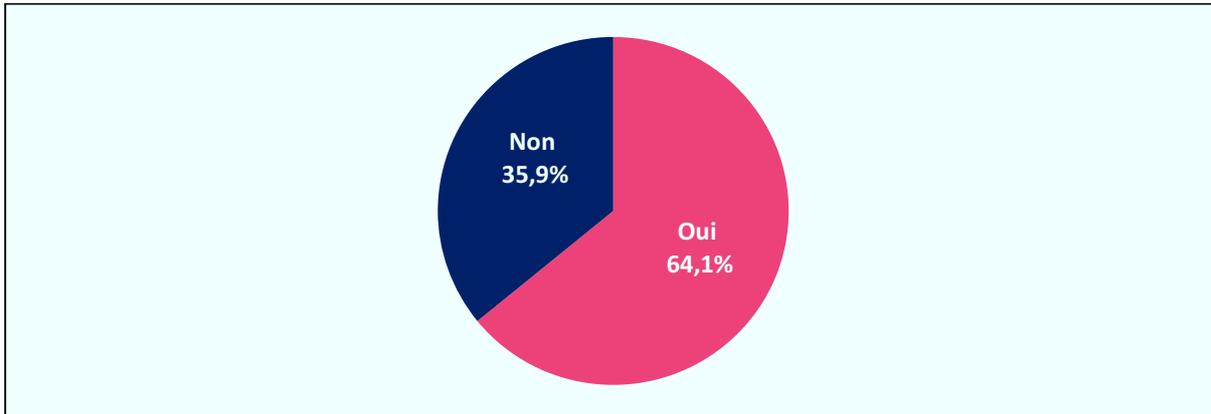


Figure 18 : Accès facile à un expert en plaie chronique (dermatologue, angiologue, chirurgien vasculaire, gériatre) en cas de difficultés de prise en charge selon les médecins généralistes de Charente (n=92)

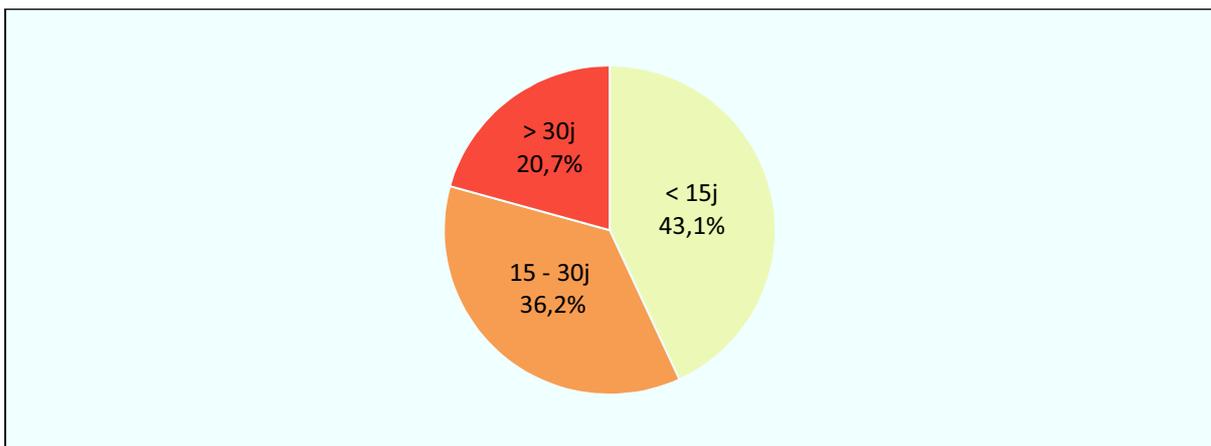


Figure 19 : Délai moyen d'accès à un expert en plaie chronique (dermatologue, angiologue, chirurgien vasculaire, gériatre) en cas de difficultés de prise en charge selon les médecins généralistes de Charente (n=58)

59,7% des médecins généralistes ayant répondu à cette question (n=67) estimaient ce délai satisfaisant.

L'un deux a signalé qu'il avait un avis immédiat par téléphone, 3 autres, qu'ils avaient un délai rapide mais à condition de faire l'effort d'appeler.

Par contre, 7 soulignaient que le délai d'accès à ces spécialistes était trop long, peut-être du fait d'un manque de médecins (2) ou d'un manque de réseau (au sens de correspondants) (2). Enfin, 1 a souligné la distance comme un obstacle pour l'obtention d'un avis spécialisé.

❖ Opinion des médecins généralistes sur la place de la prise en charge des plaies chroniques dans leur pratique

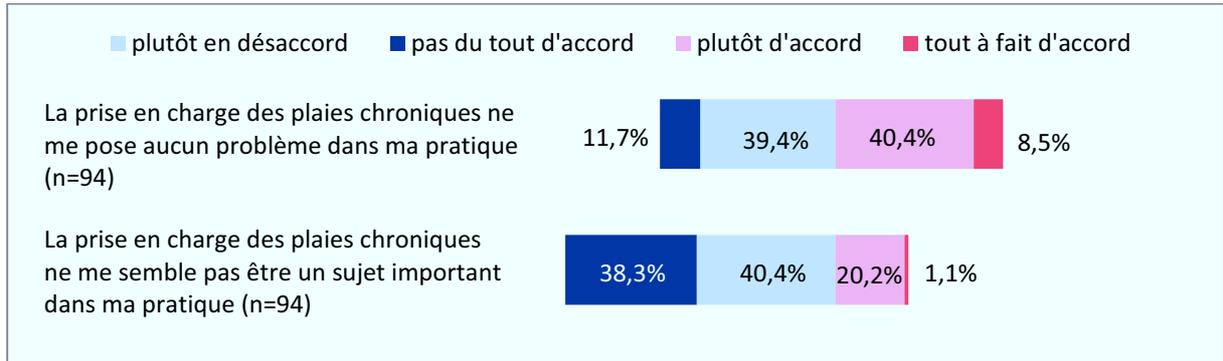


Figure 20 : Opinion des médecins généralistes de Charente en 2010 sur leur prise en charge des plaies chroniques (n=94)

La prise en charge des plaies chroniques est importante dans la pratique de 78,7% des médecins généralistes, mais elle pose problème à 51,1% d'entre eux.

2.5.3. Modes de communication concernant l'évolution de la plaie

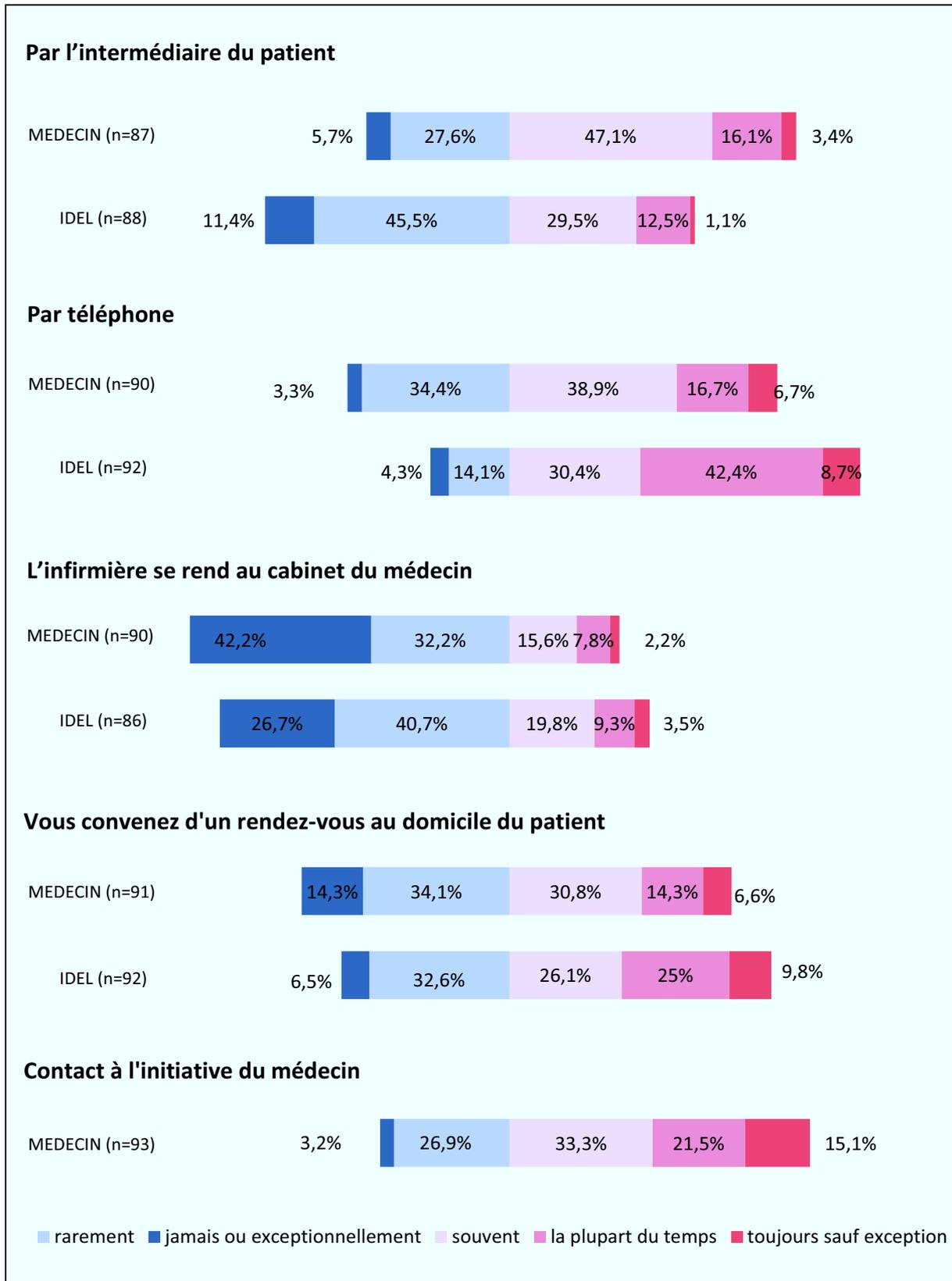


Figure 21 : Modalités de communication entre infirmières libérales (IDEL) et médecins généralistes de Charente. Données recueillies en 2009 pour les infirmières et en 2010 pour les médecins.

Les commentaires des infirmières précisait sur les différents modes de communication :

➤ **Le rendez-vous chez le patient**

- « pour moi, le mieux adapté pour tout le monde »
- « il est bon de se rencontrer chez le patient, cela donne une bonne image de collaboration au patient et cela permet au médecin de connaître l'infirmière et d'apprécier son travail »
- Un moyen de mettre en commun l'avis de chacun
- Le rendez-vous chez le patient était utilisé en deuxième intention, si le cas était trop complexe pour en parler par téléphone avec le médecin
- Souvent, il existait un problème de manque de temps ou des difficultés à se rendre disponible en même temps parfois à regret d'ailleurs. Une infirmière soulignait que la demande de rendez-vous venait toujours d'elle, une autre qu'« après de nombreux essais de rendez-vous sans succès », elle « n'insistait plus ».

➤ **Le téléphone**

- Souvent, un contact téléphonique était utilisé en première intention, puis un rendez-vous chez le patient ou une consultation du médecin était fixée si la plaie était difficile ou si le problème ne pouvait être résolu par téléphone
- Moyen permettant une grande réactivité
- Regret d'une infirmière que le contact soit toujours de son initiative et jamais l'inverse. Pour une autre, même par téléphone, le contact était « plus ou moins facile selon les médecins »

➤ **Par l'intermédiaire du patient**

Il était difficile pour le patient d'expliquer les problèmes rencontrés par l'infirmière dans les soins de plaies chroniques, elles préféraient donc contacter directement le médecin.

➤ **L'infirmière se rendait au cabinet du médecin**

- C'était « plus ou moins facile selon les médecins » ou alors « juste pour récupérer des ordonnances »
- Mode plus fréquent pour une du fait de l'organisation propre à leur cabinet, puisque le dépôt des bilans biologiques se faisait au cabinet médical et donc, elles avaient la possibilité d'avoir un contact quotidien si besoin.

Elles disaient utiliser également d'autres moyens de communication :

- e-mail avec éventuellement une photographie jointe
- un cahier de suivi ou une fiche de suivi de pansement, confié au patient afin que le médecin puisse consulter ce document lorsqu'il voyait le patient en consultation ou en visite.

Elles soulignaient que les modes de communication étaient également influencés par la disponibilité et les habitudes du médecin, mais aussi par l'habitude de travail ensemble des 2 acteurs.

L'IDEL en milieu rural, selon le médecin, se rendait un peu plus souvent au cabinet du médecin pour parler de l'évolution de la plaie qu'en milieu urbain ($p=0.029$) mais cela restait un moyen de communiquer assez rare, 18.4% des infirmières exerçant en milieu rural allaient « la plupart du temps ou toujours » directement discuter des cas des patients porteurs de plaies chroniques au cabinet du médecin contre 3.9% en milieu urbain.

Les infirmières étaient plus nombreuses à utiliser le téléphone pour communiquer avec le médecin que l'inverse ($p=0.004$), et les médecins utilisaient plus la transmission d'informations par l'intermédiaire du patient ($p=0.002$).

2.5.4. Satisfaction des professionnels vis-à-vis de leur collaboration dans la prise en charge des plaies chroniques

❖ Satisfaction des médecins vis-à-vis de la prise en charge des plaies chroniques par l'IDEL

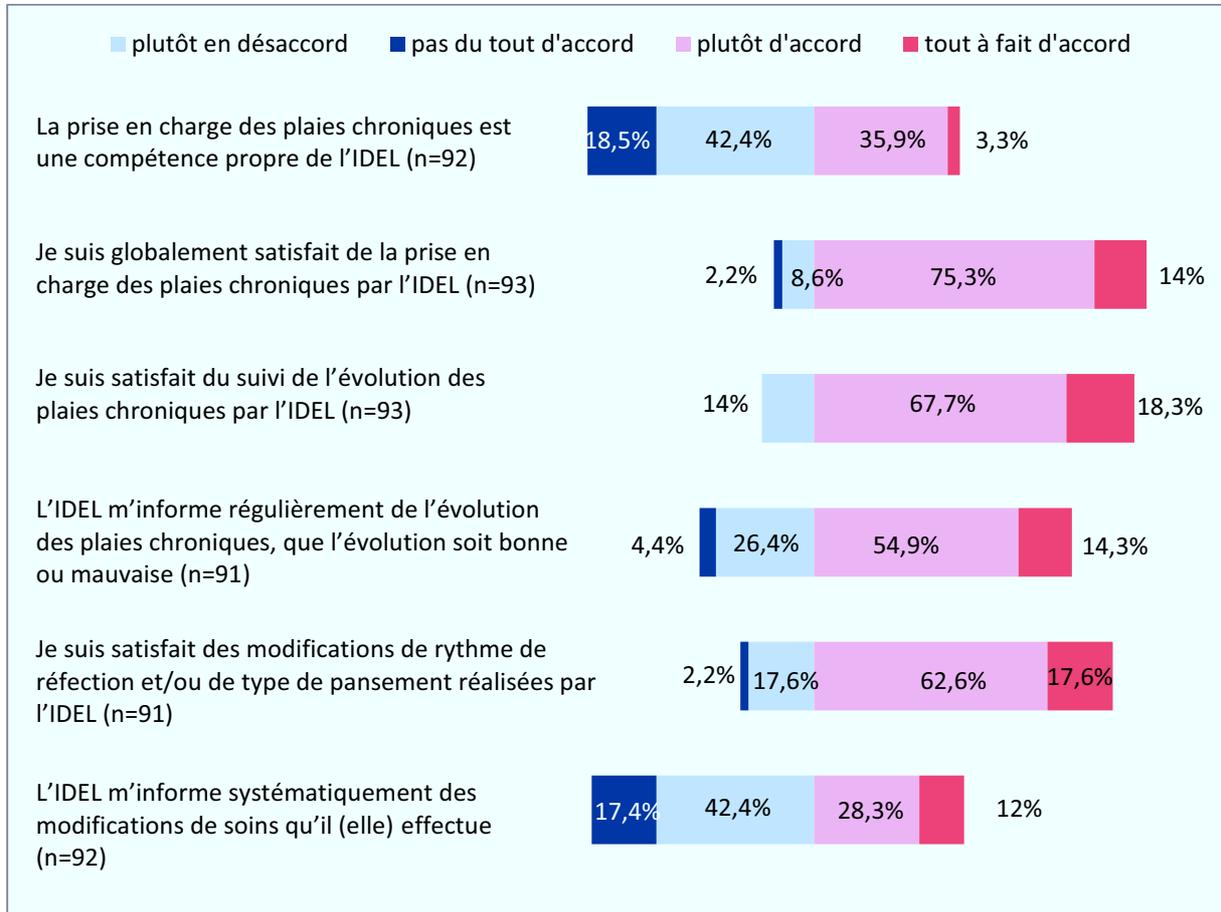


Figure 22 : Satisfaction des médecins généralistes de Charente en 2010 vis-à-vis de la prise en charge des plaies chroniques par les infirmières libérales

Dans les commentaires des médecins, il était précisé qu'il existait en général une bonne collaboration (n=9), mais que celle-ci pouvait être variable en fonction des personnes (n=5), de la plaie et de son évolution (n=9). Ces médecins estimaient que seules les plaies posant problème nécessitaient une collaboration rapprochée, sinon l'IDEL gérait seule, c'était son domaine de compétence.

D'autres reprochaient par contre un manque de communication (n=5), un manque d'attitude consensuelle et de mauvaises pratiques des IDEL et suggéraient une remise à niveau des infirmières (n=5 ; non-respect du protocole prescrit, changements trop fréquents de type de traitement local ou soins trop rapprochés).

Enfin, certains soulignaient que les plaies chroniques étaient un problème pour les soignants (n=1), qu'ils manquaient de temps (n=1). Un dernier réclamait un temps de communication rémunéré (n=1).

❖ Satisfaction des IDEL vis-à-vis des modalités de collaboration avec le médecin généraliste

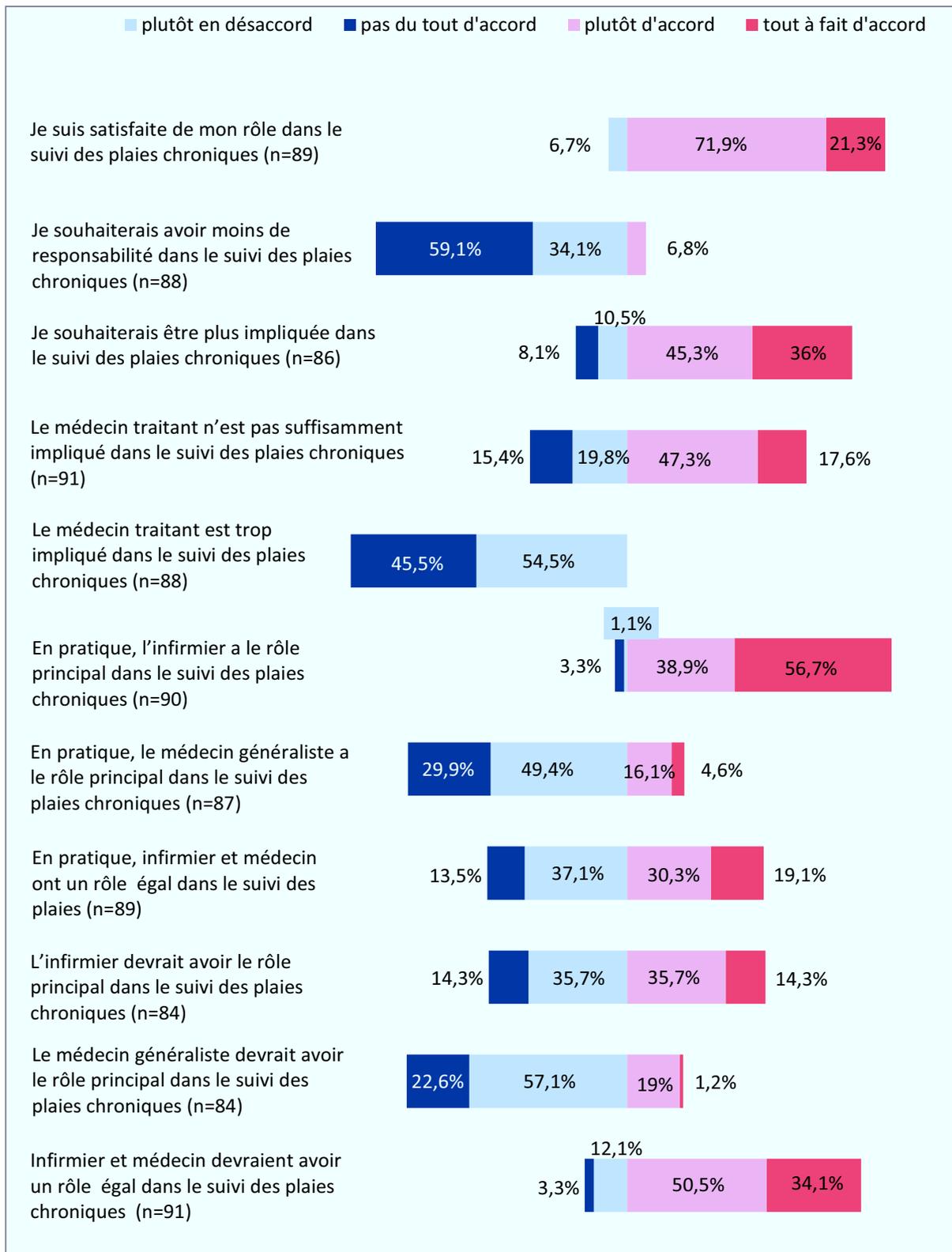


Figure 23 : Satisfaction des infirmiers libéraux de Charente en 2009 vis-à-vis de leur rôle et de celui du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques

Les infirmières exerçant en milieu urbain estimaient, plus que leurs consœurs exerçant en milieu rural, que les médecins traitants n'étaient pas suffisamment impliqués dans le suivi des plaies chroniques ($p=0.007$) : 79.1% des IDEL en milieu urbain trouvaient que les médecins étaient insuffisamment impliqués dans le suivi des plaies chroniques contre 52.1% en milieu rural.

Les infirmières qui trouvaient que le rythme de réévaluation des plaies par les médecins était insuffisant, étaient plus nombreuses à penser que les médecins n'étaient pas assez impliqués ($p=0.000003$) : 79.1% des IDEL, estimant le rythme de réévaluation des plaies chroniques par le médecin généraliste insuffisant, pensaient que le médecin n'était pas assez impliqué contre 20.9% qui le jugeaient malgré tout suffisamment impliqué.

Naturellement, toutes les infirmières considérant le médecin moins disponible pensaient qu'il n'était pas suffisamment impliqué dans le suivi des plaies chroniques ($p=0.026$).

Les infirmières, dans leurs commentaires, soulignaient (par ordre de fréquence) :

- que la prise en charge des plaies chroniques était un travail d'équipe, favorisé par une bonne connaissance mutuelle des deux acteurs, et où la communication et la confiance étaient importantes. Il existait une bonne collaboration et le médecin savait se rendre disponible en cas de problème. Elles précisait que médecins et IDEL n'avaient pas le même rôle, qu'ils étaient complémentaires.
- que l'infirmière était déterminante dans le suivi et l'adaptation du traitement
L'infirmière conseillait le médecin dans le choix du traitement local, effectuait le suivi, adaptait le traitement en fonction de l'évolution de la plaie. Elle avait une meilleure connaissance du patient et de son environnement. Ce rôle a été facilité par l'obtention du droit de prescription. Elles suivaient la plaie au quotidien et appelaient le médecin en cas de problème.
- qu'il existait des problèmes dans la collaboration (15).
Elles regrettaient **l'absence de collaboration** avec une relation IDEL/médecin généraliste inexistante, un **manque de communication et de disponibilité**, et une faible aide de leur part dans cette prise en charge. Ils étaient **peu à l'écoute** de leurs demandes. Elles déploraient, de la part de certains médecins, la persistance d'une relation de dominance, et **l'absence de concertation**.
Les médecins selon elles, se sentaient **peu concernés**, étaient peu intéressés.
Elles soulignaient que, certes elles étaient responsables du soin local, mais **qu'elles avaient besoin des compétences du médecin** (quand elles se sentaient dépassées, quand il y avait infection), de son soutien dans ces soins longs et parfois décourageants. Les médecins se « reposaient » trop sur elles.
Elles auraient souhaité que la communication ne soit pas toujours de leur initiative.
- Que les médecins manquaient de connaissances dans le domaine des plaies chroniques, et qu'ils avaient du mal à passer la main, et à demander un avis spécialisé.

Les infirmières souhaitaient également :

- Plus de formation (meilleure formation initiale et continue) devant l'évolutivité importante du matériel. Pour 4 IDEL, la formation des laboratoires pharmaceutiques semblait suffisante.
- Une consultation IDEL/médecin rémunérée : l'existence d'une rémunération pour le temps de concertation entre les 2 intervenants favoriserait une meilleure collaboration.

2.5.5. Opinion sur l'opportunité d'une collaboration plus importante

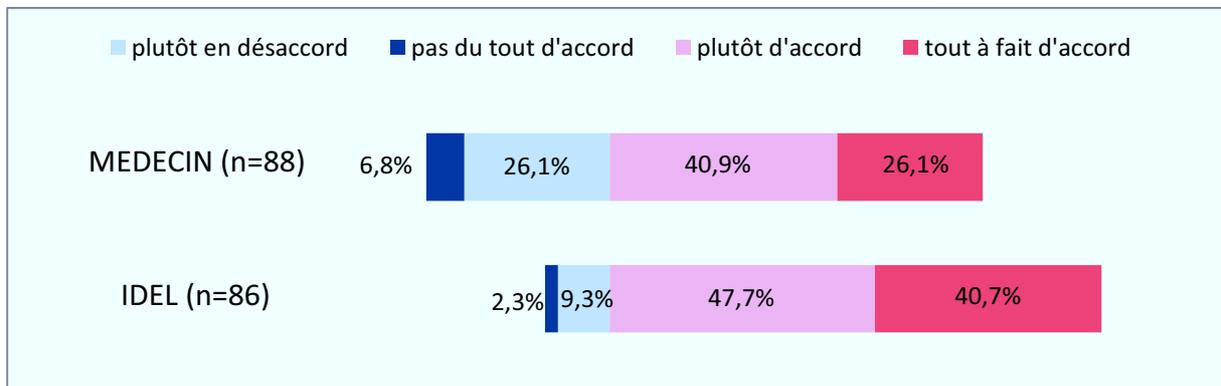


Figure 24 : Souhait d'une collaboration plus importante entre médecin généraliste et infirmière libérale. Opinion en 2009 des infirmières libérales, et en 2010 des médecins généralistes en Charente.

Les infirmières étaient plus demandeuses d'une collaboration plus importante avec le médecin ($p=0.0007$). Cette demande était plus marquée en milieu urbain ($p=0.007$) : 97.7% en milieu urbain souhaitent plus de collaboration, contre 79.1% en milieu rural.

3. Soins de plaies chroniques : quelles pratiques ?

3.1. Temps au bout duquel un protocole doit être modifié s'il est en échec

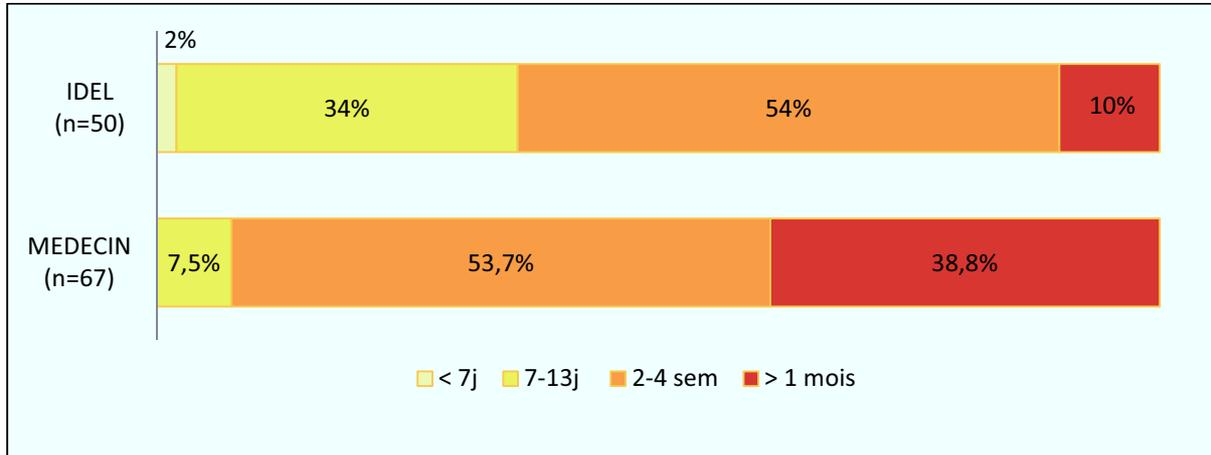


Figure 25 : Estimation du temps au bout duquel un protocole de soins locaux de plaies chroniques doit être modifié s'il est en échec selon les infirmiers libéraux (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010.

Les infirmières étaient plus nombreuses que les médecins à modifier un protocole dans un délai inférieur à 14 jours si elles l'estimaient en échec ($p=0.0001$), au contraire, les médecins étaient plus nombreux à attendre plus d'1 mois avant tout changement ($p=0.0005$), 25.4% attendaient même plus de 2 mois.

3.2. Pratique de la détersion

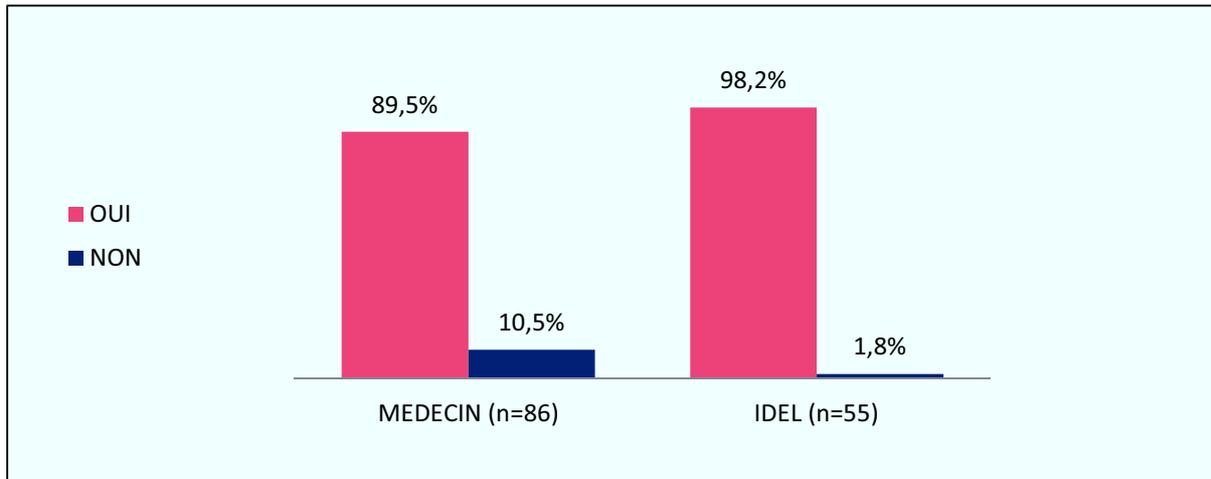


Figure 26 : Fréquence de préconisation d'une détersion devant une plaie fibrineuse chez un patient peu douloureux par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010.

Les infirmières étaient un peu plus en faveur de la détersion que les médecins généralistes ($p=0.047$).

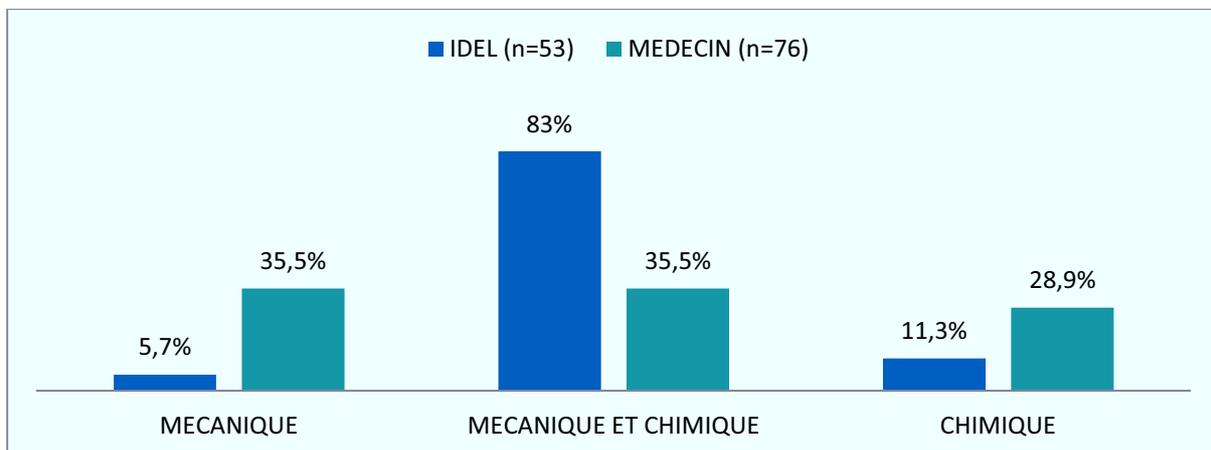


Figure 27 : Type de détersion proposée devant une plaie fibrineuse peu douloureuse par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

Les infirmières étaient plus nombreuses que les médecins à proposer l'association d'une détersion mécanique et chimique ($p=0.000001$).

Tableau V : Détail du matériel de détersion utilisé par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

	IDEL	MEDECIN
Mécanique	N=47	N=53
Scalpel	53.2%	11.3%
Curette	23.4%	11.3%
Pince	21.7%	7.5%
Ciseaux	2.2%	7.5%
Chimique	N=50	N=45
Hydrogel	88%	55.6%
Elastase*	18%	15.6%
Hydroclean*	2%	2.2%
Pansement adapté au stade de la détersion⁶	18%	8.9%
	- alginate (1) - hydrofibre (4) - hydrocolloïde (4)	-hydrocolloïde (1) -hydrocellulaire (2) -alginate (1)
Pansement non adapté au stade de la détersion⁶	10%	4.4%
	-pansement à l'argent (3) -acide hyaluronique (1) -tulle (1)	-tulle (1) -acide hyaluronique (1)
Autres	4%	2.2%
	-mupiderm (1) -flamazine (1)	-vaseline (1)

3.3. Cas clinique 1 :

« Mme X., 78 ans, suivie pour un ulcère veineux de jambe de 5 cm de grand axe, douloureux, à fond fibrineux sec, avec quelques plaques de nécrose sèche »

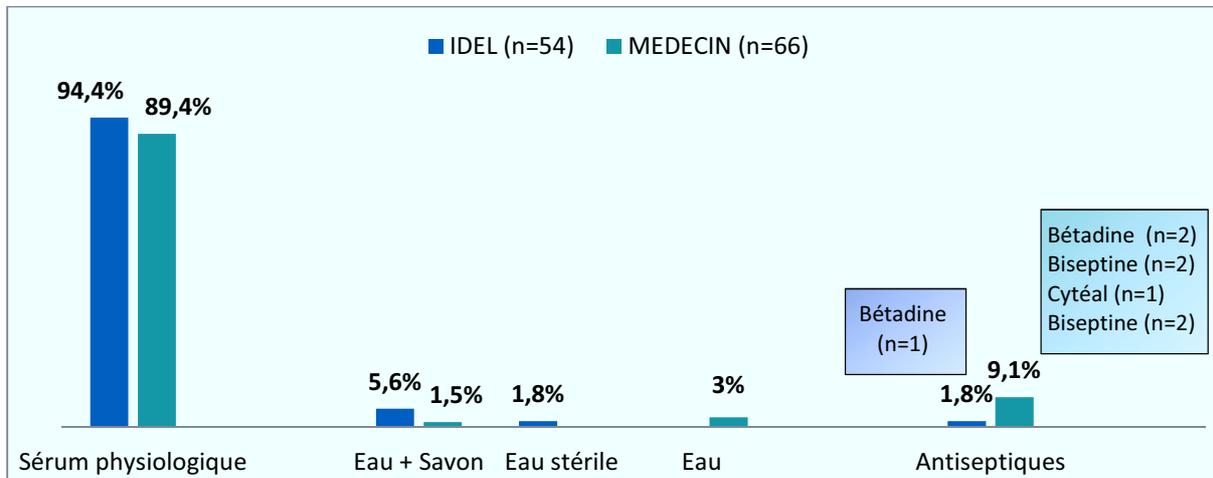


Figure 28 : Produits utilisés pour le nettoyage d'un ulcère veineux à fond fibrineux et nécrotique par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010.

Il n'y avait pas de différence significative entre médecins et infirmières dans l'utilisation des antiseptiques (p=0.28).

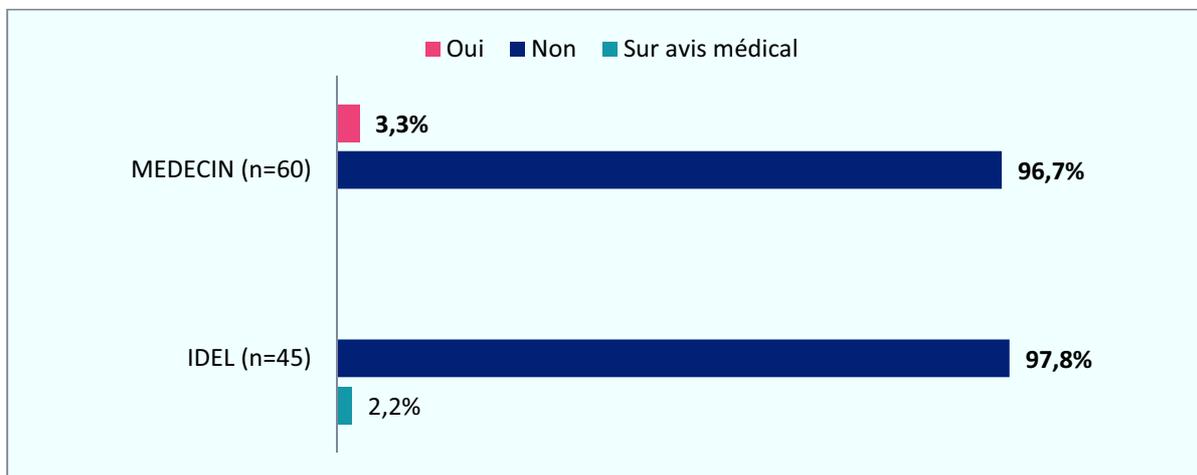


Figure 29 : Réalisation d'un prélèvement bactériologique sur un ulcère veineux à fond fibrineux et nécrotique sec par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins de Charente en 2010

Il n'y avait pas de différence significative dans la réalisation de prélèvement bactériologique entre infirmières libérales et médecins généralistes dans cette situation clinique (p=0.16).

Tableau VI : Type de pansement utilisé sur un ulcère veineux à fond fibrineux et nécrotique sec, douloureux, par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010

PANSEMENT	IDEL (n=51)	MED (n=67)
Pansement ou produit contre-indiqué sur ce type de plaie ou incompatibilité	6	21
Pansement non adapté à la phase de cicatrisation de la plaie et/ou à la quantité d'exsudat	4	12
Rythme non adapté au stade de la détersion (délai maximal de 48h admis)	6	10
Rythme non adapté au pansement utilisé	1	
Pansements pouvant être utilisés sur ce type de plaie	37	20

Un médecin utilisait de la Bétadine* associée à un hydrocolloïde, ce qui est déconseillé.

Les infirmières étaient significativement plus nombreuses à avoir appliqué un pansement adapté par rapport aux médecins dans cette situation clinique ($p=0.00007$).

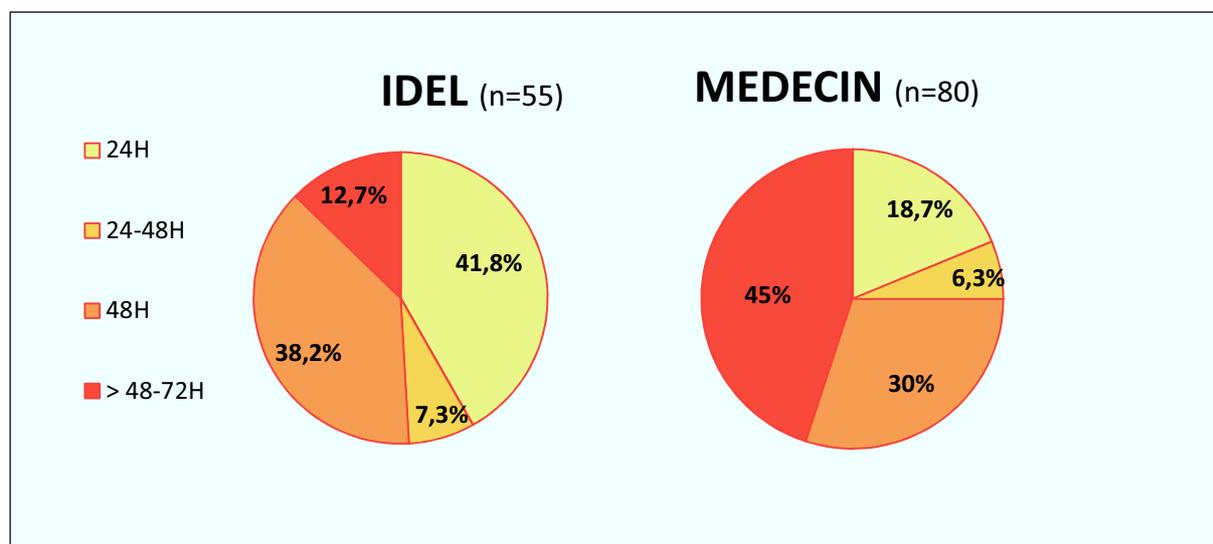


Figure 30 : Rythme de réfection du pansement pour un ulcère veineux à fond fibrineux et nécrotique, sec, douloureux selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

Le rythme de réfection était adapté pour 87,3% des IDEL et 55% des médecins généralistes.

Tableau VII : Moyens complémentaires au pansement, nécessaires à une bonne prise en charge d'un ulcère veineux à fond fibrineux et nécrotique, sec, douloureux, selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

	MEDECIN (n=42)	IDEL (n=38)
Prise en charge nutritionnelle		2
Prise en charge de la douleur	15	14
• Antalgiques	15	13
• Evaluation de la douleur		1
Vaccination antitétanique	4	1
Mesures limitant la stase veineuse	29	17
• Compression	24	16
• Surélévation des jambes	2	1
• Repos	1	
• Incitation à la marche	2	
• Kinésithérapie		1
Hospitalisation pour V.A.C. thérapie et gestion de la douleur	1	
Avis du phlébologue pour écho-doppler et/ou sclérothérapie	4	
Soins locaux	14	28
• Détersion mécanique	14	25
• Protection de la peau péri-lésionnelle		2
• Hydratation de la jambe		1
Photos pour le suivi		1

3.4. Cas clinique 2 :

« M. Y., 91 ans, porteur d'une escarre ischiatique de 10 cm de grand axe, à fond fibrineux, très exsudative, malodorante »

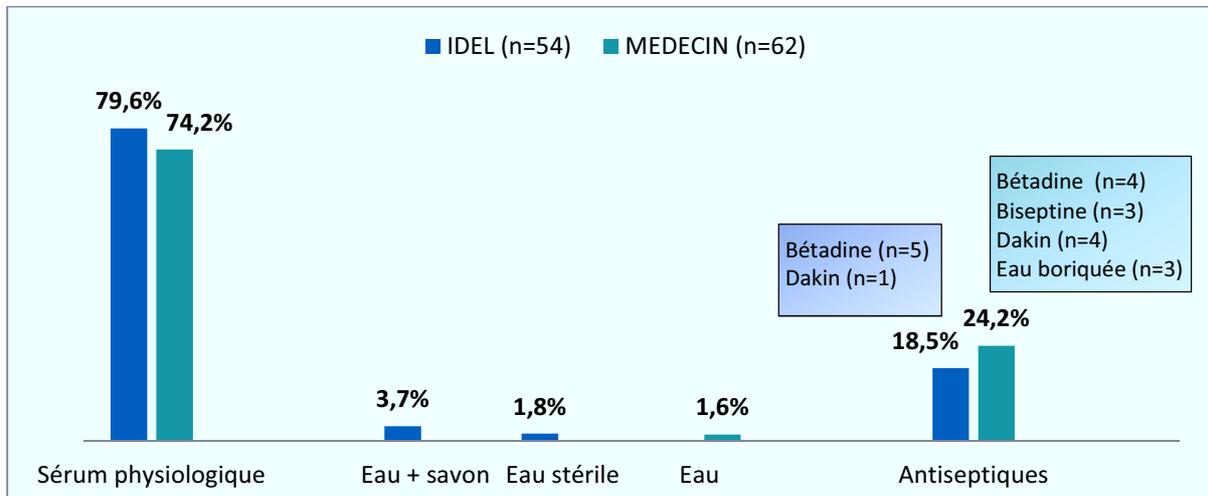


Figure 31 : Produits utilisés pour le nettoyage d'une escarre fibrineuse très exsudative et malodorante par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

Il n'y avait pas de différence significative entre médecins et infirmières dans l'utilisation des antiseptiques (p=0.6).

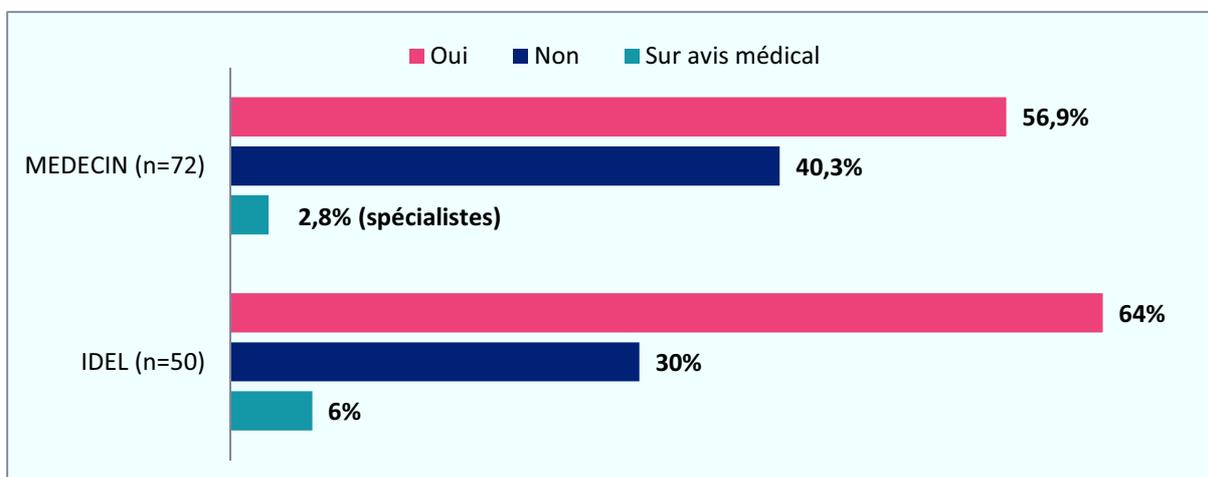


Figure 32 : Réalisation d'un prélèvement bactériologique sur une escarre ischiatique à fond fibrineux, très exsudative, malodorante par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins de Charente en 2010

Il n'y avait pas de différence significative dans la réalisation de prélèvement bactériologique entre infirmières libérales et médecins généralistes dans cette situation clinique (p=0.33).

Tableau VIII : Type de pansement utilisé sur une escarre ischiatique à fond fibrineux, très exsudative, malodorante par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010

PANSEMENT	IDEL (n=53)	MED (n=66)
Pansements ou produits contre-indiqués sur ce type de plaie ou incompatibilité	13	3
Pansements non adaptés à la phase de cicatrisation de la plaie et/ou à la quantité d'exsudat		5
Rythme non adapté au stade de la détersion (délai maximal de 48h admis)	1	12
Rythme non adapté si infection de la plaie (délai ≥ 48h)	2	9
Pansements contre-indiqués si infection de la plaie	2	1
Pansements pouvant être utilisés sur ce type de plaie	48	42

Il fallait encore noter l'emploi d'antiseptiques incompatibles avec certaines classes de pansement : utilisation de Dakin* avec un hydrocellulaire (1 IDEL et 2 médecins), utilisation de Dakin* avec un alginate (1 médecin), utilisation de Dakin* avec un hydrocolloïde (1 médecin) et utilisation d'eau boriquée avec un hydrocellulaire (1 médecin).

Il n'y avait pas de différence significative concernant l'utilisation d'un pansement adapté dans cette situation clinique, entre médecins généralistes et infirmières (p=0.08).

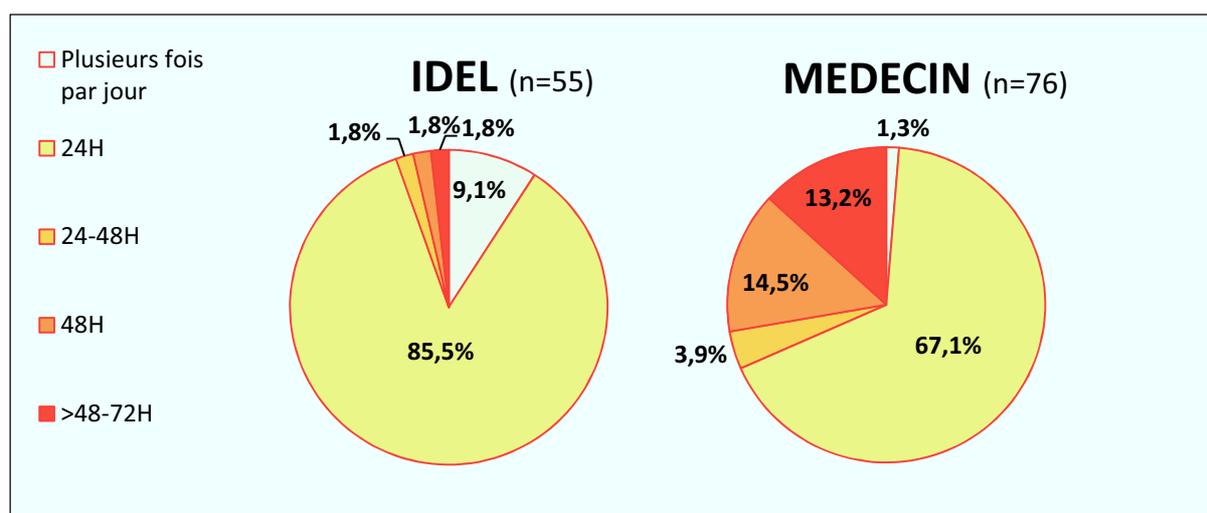


Figure 33 : Rythme de réfection du pansement pour une escarre ischiatique à fond fibrineux, très exsudative, malodorante selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

Le rythme de réfection du pansement était adapté pour 96,4% des IDEL et 72,3% des médecins

Tableau IX : Moyens complémentaires au pansement, nécessaires à une bonne prise en charge d'une escarre ischiatique à fond fibrineux, très exsudative, malodorante selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

	IDEL (n=23)	MEDECIN (n=38)
Antalgiques <i>Antalgiques avant les soins (5 dont 1 Xylo gel)</i>		9
Détersion mécanique	2	2
Prévention escarre	31	20
• Matelas anti-escarre (matelas à eau pour 2 médecins)	12	9
• Coussin anti-escarre	4	1
• Changement de position/Mobilisation/Nursing	11	7
• Lit médicalisé	2	1
• Sonde urinaire		1
Prise en charge nutritionnelle	8	8
Hydratation	2	1
Antibiotiques (dont local)	4 (2)	15 (3)
Hospitalisation pour V.A.C. thérapie	1	1
Prévention thrombose veineuse		1
Vaccination antitétanique		1
Photos	1	

3.5. Cas clinique 3 :

« Mme Z, 86 ans, porteuse d'une escarre talonnière de 3 cm de grand axe et 1 cm de profondeur, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématié, douloureuse »

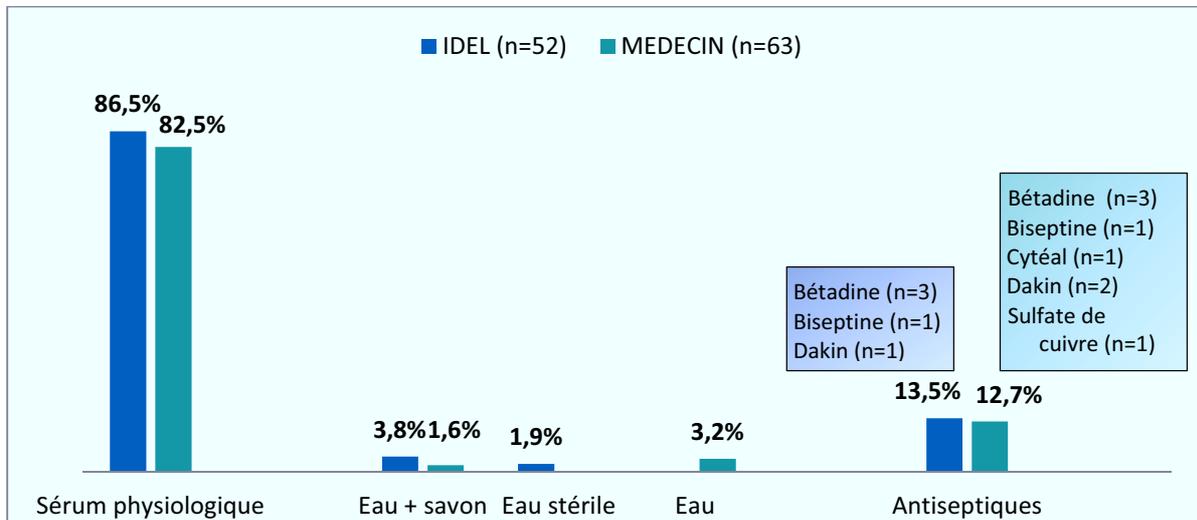


Figure 34 : Produits utilisés pour le nettoyage d'une escarre talonnière, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématié, douloureuse, par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

Il n'y avait pas de différence significative entre médecins et infirmières dans l'utilisation des antiseptiques ($p=0.15$).

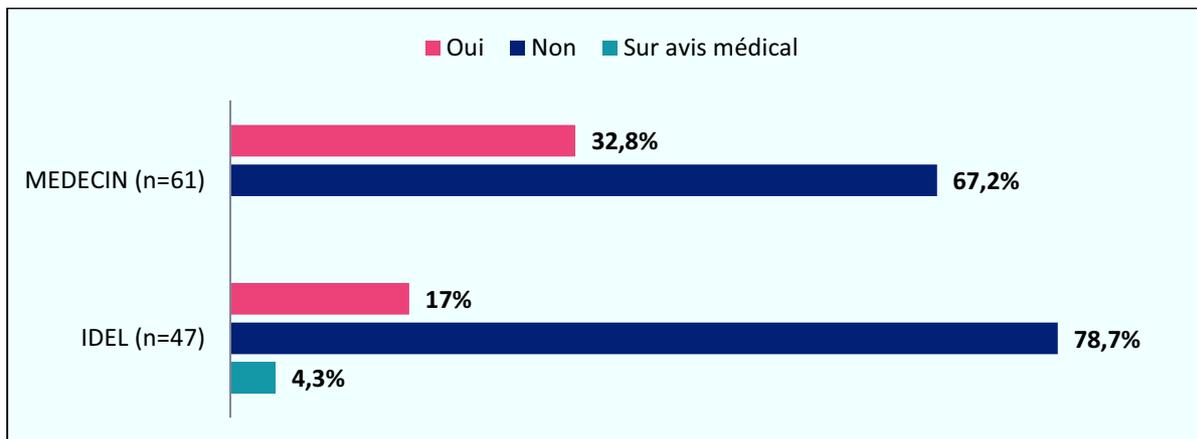


Figure 35 : Réalisation d'un prélèvement bactériologique sur une escarre talonnière, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématié, douloureuse par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins de Charente en 2010

Il n'y avait pas de différence significative dans la réalisation de prélèvement bactériologique entre infirmières libérales et médecins généralistes dans cette situation clinique ($p=0.06$).

Tableau X : Type de pansement utilisé sur une escarre talonnière, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématisé, douloureuse par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010

PANSEMENT	IDEL (n=52)	MED (n=63)
Pansements ou produits contre-indiqués sur ce type de plaie ou incompatibilité	14	20
Pansements non adaptés à la phase de cicatrisation de la plaie	2	3
Rythme non adapté à l'infection de la plaie (délai ≥ 48h)	19	29
Pansements pouvant être utilisés sur ce type de plaie	26	12

1 infirmière et 2 médecins ont utilisé du Dakin* avec un hydrocellulaire, qui sont incompatibles.

Les infirmières étaient significativement plus nombreuses à avoir appliqué un pansement adapté par rapport aux médecins dans cette situation clinique (p=0.004).

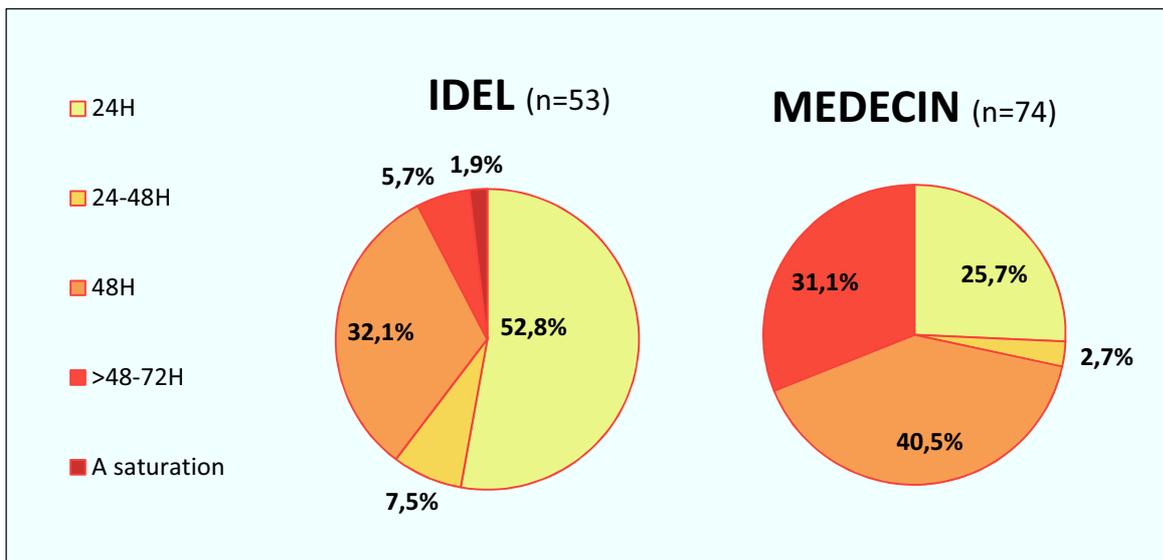


Figure 36: Rythme de réfection du pansement adapté à une escarre talonnière, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématisé, douloureuse selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

Le rythme de réfection du pansement était adapté pour 62,2% des IDEL et 28,4% des médecins.

Tableau XI: Moyens complémentaires au pansement nécessaires à une bonne prise en charge d'une escarre talonnière, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématisé, douloureuse selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

	IDEL (n=40)	MED (n=42)
Détersion mécanique	4	7
Compression	4	2
Echo-doppler artériel		2
Prévention de l'escarre	39	17
• Matelas anti-escarre	4	3
• Coussin anti-escarre	1	2
• Nursing	1	2
• Lit médicalisé	1	
• Surélévation de la jambe	2	
• Mise en décharge du talon	21	5
• Protection du talon	6	4
• Chaussage adapté		1
• Soins d'hygiène corporelle	1	
Hydratation	1	
Prise en charge nutritionnelle	3	3
Vaccination antitétanique		2
Antalgiques	7	18
avant les soins	1	7
Soins de la peau péri lésionnelle	14	3
• Protection de la peau péri lésionnelle (pâte à l'eau-10-, oxyplastine-1-, vaseline-1-)	11	2
• Massage autour	2	
• Corticoïdes sur le pourtour	1	1
Recherche de l'infection	1	1
• Consultation médicale (afin d'éliminer une infection)	1	
• Biologie : recherche d'un syndrome inflammatoire		1
Prise en charge de l'infection	2	9
Antibiotiques	1	9
Augmentation de la surveillance		1
Hospitalisation pour V.A.C. thérapie		1
Prévention thrombose veineuse		3

3.6. Cas clinique 4 :

« M. L, 70 ans, porteur d'un mal perforant plantaire en regard de la 1ère métatarso-phalangienne, de 1,5 cm de grand axe, à fond rouge, bourgeonnant »

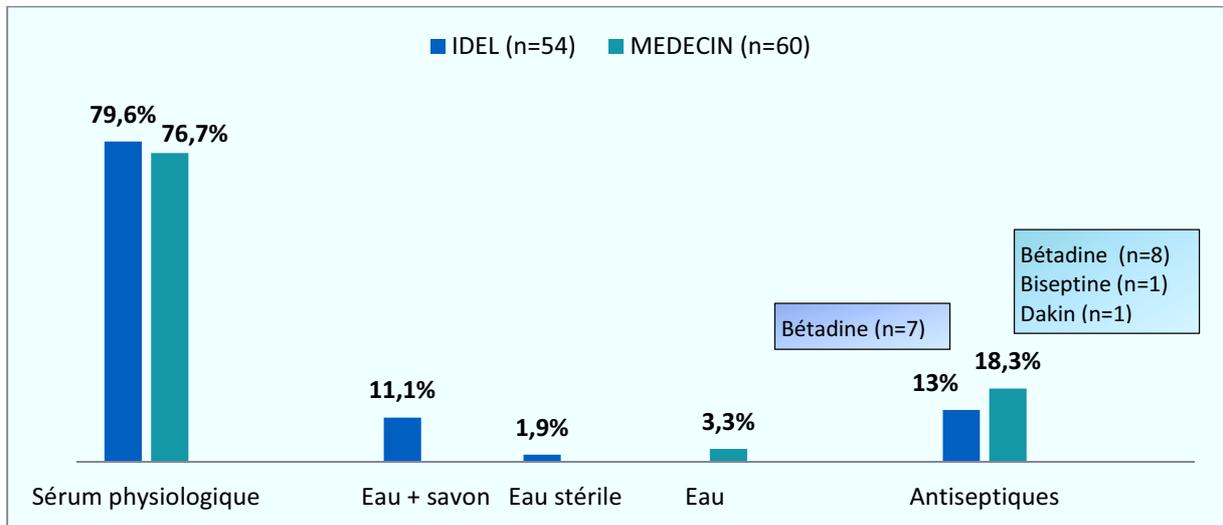


Figure 37 : Produits utilisés pour le nettoyage d'un mal perforant plantaire, à fond rouge, bourgeonnant par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

Il n'y avait pas de différence significative entre médecins et infirmières dans l'utilisation des antiseptiques ($p=0.85$).

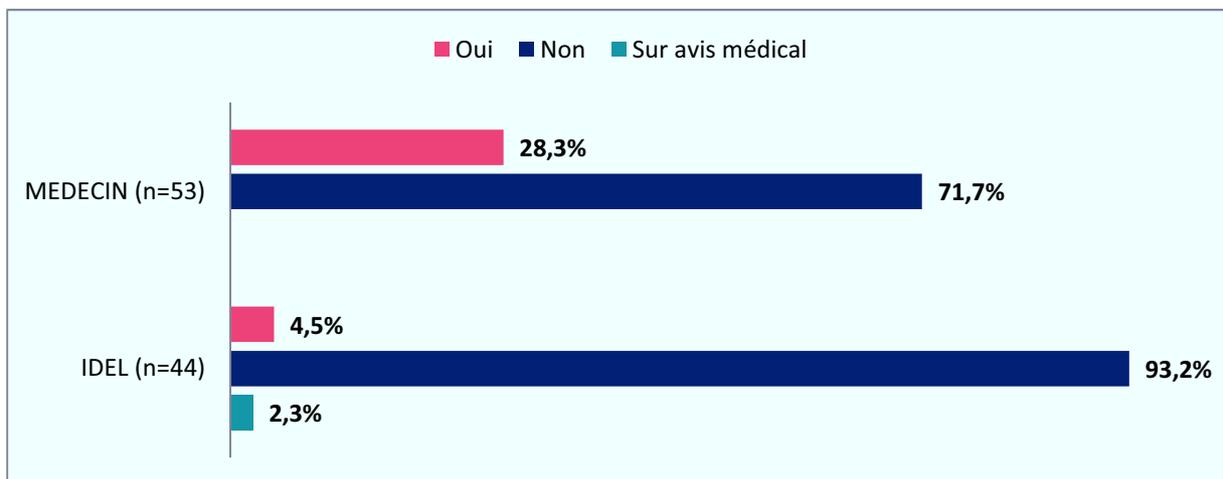


Figure 38 : Réalisation d'un prélèvement bactériologique sur un mal perforant plantaire, à fond rouge, bourgeonnant par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins de Charente en 2010

Les médecins étaient plus nombreux que les infirmières libérales à réaliser un prélèvement bactériologique dans cette situation clinique ($p=0.002$).

Tableau XII : Type de pansement utilisé sur un mal perforant plantaire, à fond rouge, bourgeonnant par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010

PANSEMENT	IDEL (n=53)	MED (n=56)
Pansements ou produits contre-indiqués sur ce type de plaie ou incompatibilité	1	1
Pansements non adaptés à la phase de cicatrisation de la plaie	3	8
Rythme non adapté au pansement utilisé		3
Pansements pouvant être utilisés sur ce type de plaie	55	47

Un médecin avait utilisé du Dakin* avec un hydrocellulaire ,1 autre de la Bétadine* avec un hydrocolloïde, associations qui sont incompatibles.

Les infirmières étaient significativement plus nombreuses à avoir appliqué un pansement adapté par rapport aux médecins dans cette situation clinique (p=0.03).

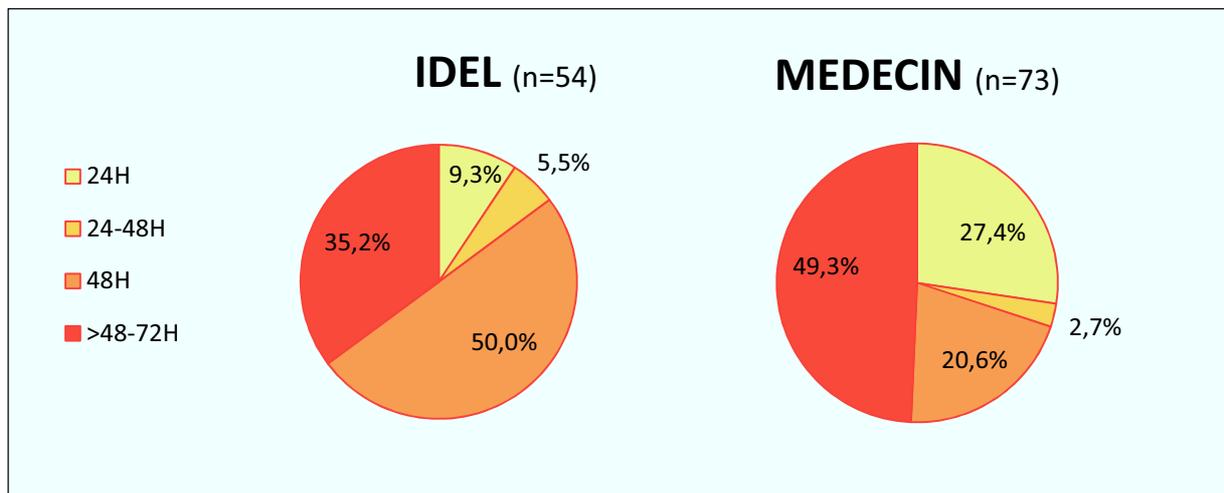


Figure 39 : Rythme de réfection du pansement adapté à un mal perforant plantaire, à fond rouge, bourgeonnant selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

Plus de un quart des médecins préconisaient un rythme de réfection quotidien pour une plaie bourgeonnante, sans signe de complication.

Tableau XIII : Moyens complémentaires au pansement nécessaires à une bonne prise en charge d'un mal perforant plantaire, à fond rouge, bourgeonnant selon les infirmières libérales (IDEL) et les médecins généralistes de Charente en 2010

	IDEL (n=18)	MED (n=43)
Mise en décharge de la plaie	6	19
Soins des pieds	8	
• Prévention des traumatismes (surveillance des chaussures)	3	
• Hygiène des pieds	3	
• Pédicure/ Décapage du pourtour de la plaie si hyperkératose	2	1
Vaccination antitétanique		4
Avis spécialisé		8
• Avis dermatologique		1
• Avis chirurgical		4
• Avis diabétologue/infectiologue		1
Doppler artériel et/ou veineux (1 seul associait un bilan veineux)		7
Bilan/contrôle diabète	5	13
Radiographie standard du pied	1	5
Antalgique	5	4
Bilan sanguin		1
Prévention de la thrombose veineuse		2
Coussin anti-escarre	1	0
Bandes de contention	1	0
Hospitalisation pour V.A.C. thérapie		1
Antibiotique	1	3
Détersion		2

4. Propositions de solutions d'amélioration de la collaboration et des pratiques dans la prise en charge des plaies chroniques

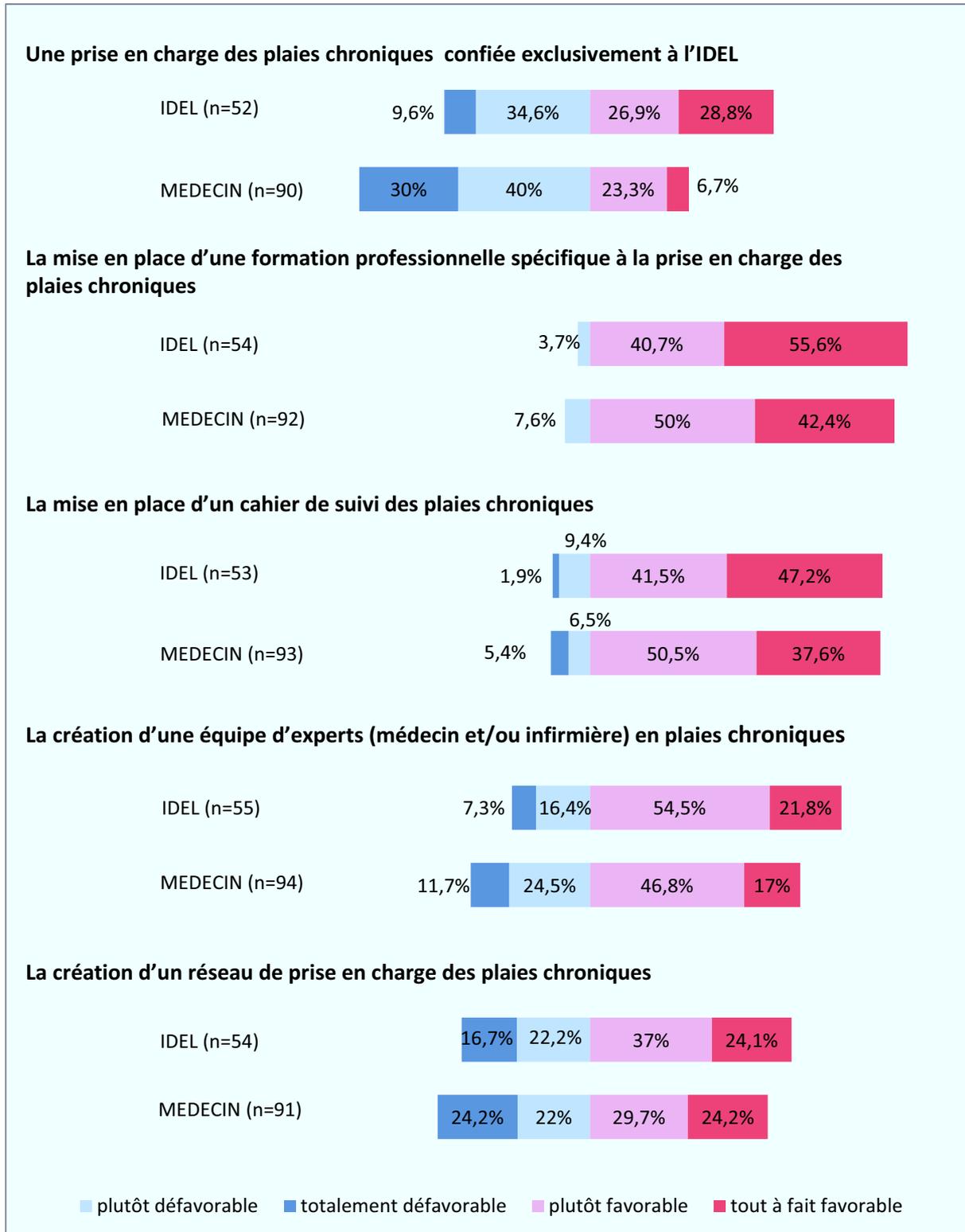


Figure 40 : Opinion des infirmières libérales et des médecins généralistes de Charente en 2010 sur différentes propositions pour l'amélioration de la prise en charge des plaies chroniques

Il n'y avait pas de différence significative entre infirmières libérales et médecins généralistes dans leurs souhaits concernant les différentes solutions d'amélioration de la prise en charge des plaies chroniques (formation - $p=0.28$ - ; cahier de suivi - $p=0.93$ - ; équipe d'experts - $p=0.11$ - ; réseau - $p=0.39$ -), sauf pour la première proposition : les infirmières étaient plus nombreuses à souhaiter une prise en charge exclusive par l'IDEL ($p=0.002$).

D'autres propositions ont été faites :

⇒ Par les infirmières

- Consultation de l'IDEL avant la délivrance des ordonnances concernant les plaies (il n'était pas précisé si cela devait être par le pharmacien ou le médecin).
- Un peu plus de coordination, d'échanges entre médecins et infirmières libérales
- Plus d'échanges entre infirmiers concernant les pratiques de soins de plaies chroniques
- Création d'un pôle de référence avec médecin et infirmière où l'infirmière libérale pourrait adresser un patient en cas d'échec de prise en charge pour réaliser le bilan de la plaie, obtenir une aide pour le protocole de soins et assurer le suivi de cette plaie.
- Plus de disponibilité du médecin traitant pour le suivi de ces plaies, plus de médecins libéraux

⇒ Par les médecins

- Une équipe mobile, facilement joignable par téléphone ou internet, pouvant aller au domicile du patient pour les plaies posant problème
- Un paiement au forfait pour les différents intervenants permettant de mieux prendre en compte le temps passé ensemble chez le patient pour le suivi des plaies chroniques
- Une infirmière bien formée, avec une supervision du médecin traitant avec recours à un avis spécialisé (ou expert) en 2^{ème} ligne.

Il a également été précisé :

- Concernant la **formation**, qu'une formation commune ainsi qu'un référentiel commun pour leur pratique seraient souhaités par les infirmières et les médecins.
- Concernant le **cahier de suivi**, qu'il est indispensable que ce carnet nécessite un minimum d'écriture et soit vite rempli et qu'il pourrait y être ajouté un suivi iconographique.
- Concernant l'**équipe d'experts**, que cette solution pourrait être intéressante mais uniquement sur les situations complexes (1 IDEL, 1 médecin), à condition que ce soit une équipe de référents et que le médecin généraliste et l'infirmière libérale restent libres du choix du traitement et du mode de suivi. Il est cependant remarqué que ces modes de fonctionnement manquent parfois de réactivité et de disponibilité. La communication par internet semble poser problème à certains.
- Concernant la **prise en charge exclusive par l'IDEL** : la plupart des commentaires soulignaient la nécessité d'une collaboration des 2 professionnels, les rôles de chacun étant différents et complémentaires dans la prise en charge des plaies chroniques.

❖ Précisions concernant « l'équipe d'expert »

- Nature de ces experts

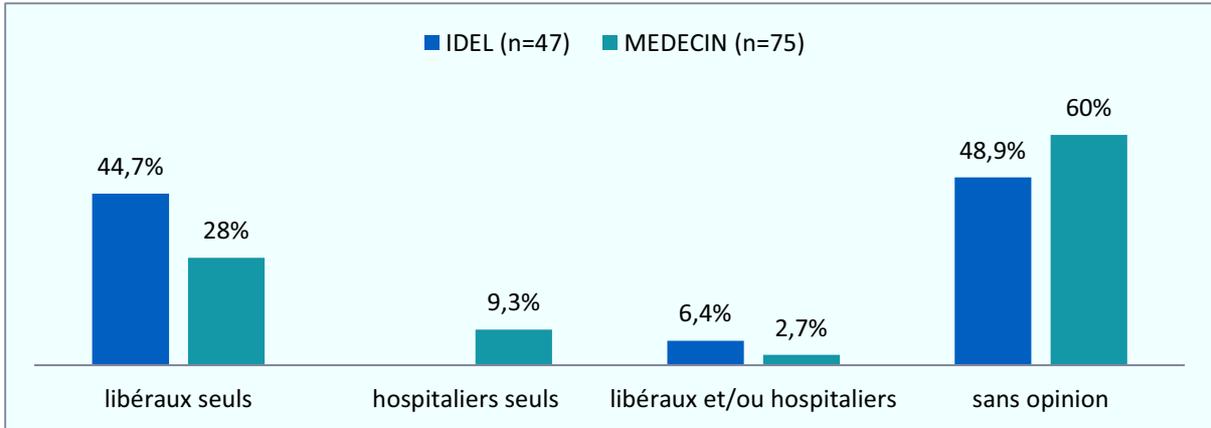


Figure 41 : Choix des infirmières libérales (IDEL) et des médecins généralistes de Charente en 2010, concernant la nature de ces experts

- Modes d'intervention de cette équipe

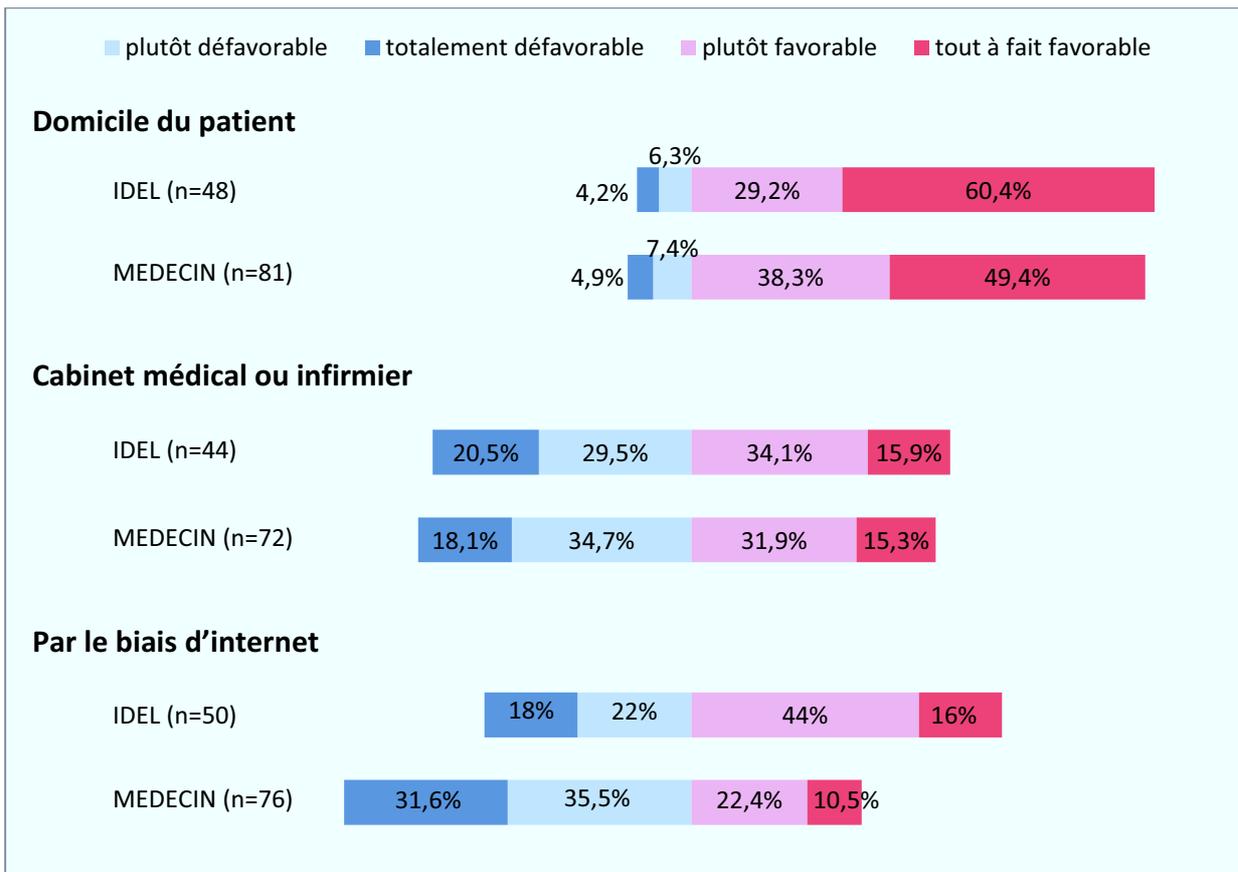


Figure 42 : Mode de consultation d'une équipe spécialisée souhaité par les infirmières libérales et les médecins généralistes de Charente en 2010

DISCUSSION

1. La collaboration entre infirmières libérales et médecins généralistes dans la prise en charge des plaies chroniques

Cette étude a confirmé que la prise en charge des plaies chroniques étaient une pratique fréquente, tant pour les infirmières libérales que pour les médecins généralistes. Elles étaient en effet 63,1% à effectuer plus de 5 pansements de plaies chroniques par semaine, quant aux médecins, ils déclaraient cette pratique comme « régulière à très fréquente » pour 51.6% d'entre eux. Ce constat est confirmé par l'étude Vulnus, qui retrouvait que sur une journée, 6% des patients consultant un médecin généraliste et 22% de ceux vus par une IDEL présentaient une plaie qui était, pour plus de 40% d'entre elles, une plaie chronique².

1.1. L'infirmière libérale, un rôle central dans la prise en charge des plaies chroniques

Les études antérieures portant sur la collaboration des médecins et des infirmières dans la prise en charge des plaies chroniques retrouvaient des résultats assez similaires à ceux présentés ici.

Les IDEL initiaient très fréquemment la prise en charge des plaies chroniques, et effectuaient alors le premier bilan¹⁴.

Elles modifiaient souvent les protocoles de soins locaux lorsque le traitement était inadapté du fait de l'évolution de la plaie ou de la survenue d'une complication^{8,7,23}. Cependant, il existait souvent une divergence entre la vision des médecins et des infirmières sur ce point particulier : pour les médecins, le choix du traitement local se faisait souvent en collaboration avec l'infirmière, alors que l'infirmière avait souvent l'impression de faire ce choix seule^{15,24}.

Dans notre étude, une autre contradiction était mise en évidence : seulement 54% des infirmières déclaraient utiliser leur droit de prescription. Cette proportion semblait assez faible au vu de leurs déclarations concernant les modifications de protocoles. Les explications pourraient être multiples. D'une part, il semblerait que l'interprétation de la loi de prescription des infirmières soit variable en fonction des professionnelles : les IDEL ne

prescrivant pas l'expliquaient par le fait qu'elles n'avaient que le droit de reproduire la prescription initiale du médecin. Pourtant, la loi ne dit rien de tel puisqu'elles peuvent prescrire dans le cadre d'une série de soins ordonnés par le médecin et sous réserve qu'il en soit simplement informé²⁵. Cette faible proportion était également le reflet d'un manque de confiance dans leurs connaissances et leur expérience. Les infirmières se déclarant « tout à fait formées » (76.9%) étaient en effet plus nombreuses à utiliser ce droit de prescription par rapport à celles qui se sentaient « suffisamment formées mais avec des lacunes » (46.6%). Enfin, certaines ne prescrivaient pas dans le but de maintenir une relation de collaboration avec le médecin.

Les IDEL avaient également un rôle d'alerte important : elles prenaient en charge la surveillance de la plaie et déclenchaient une évaluation médicale au besoin^{7,8,14}. Ici, ce rôle était rempli de façon satisfaisante, puisque, pour la majorité (93%), elles prévenaient le médecin en cas de complications, situations où une expertise supplémentaire était alors nécessaire. On peut cependant regretter que leur appel ait été moins systématique en cas de douleur ou d'absence d'évolution de la plaie.

Les médecins avaient d'ailleurs confiance en leurs compétences et en leurs connaissances^{11,14} puisqu'ils faisaient majoritairement appel à elles pour cette prise en charge, et leur déléguaient au maximum la surveillance et le suivi de ces plaies (89,1%). Dans les autres études, la fréquence de la délégation était souvent moins importante : de près de 50% dans l'étude de Queyroi Vagnot à seulement 6% d'autonomie totale dans celle de Mazoyer^{8,15,24}.

1.2. Le médecin, plus en retrait

Dans notre étude, 53.8% des médecins généralistes affirmaient donner un protocole aux IDEL. Pourtant, seulement 22.8% d'entre elles disaient utiliser un protocole de prescripteur comme référentiel, et ce prescripteur était souvent un médecin spécialiste. Les données de la littérature étaient assez diverses. Dans une étude interrogeant des IDEL, une ordonnance détaillée était rédigée dans 28% des cas²³, ce qui semblait être en accord avec le sentiment des infirmières que nous avons interrogé, mais dans une autre, les médecins et les infirmières étaient d'accord pour dire que dans environ 80% des cas, un protocole était rédigé⁸ soit une proportion bien plus élevée. Cependant, il fallait remarquer que la majorité des infirmières incluses dans ce pourcentage (39 sur 46) avait répondu qu'elles avaient

« parfois » un protocole, ce qui nous permet de relativiser ce chiffre élevé. Dans cette même étude, les médecins rapportaient que la majeure partie des conflits avec l'IDEL avaient pour origine un non-respect du protocole. Ainsi, cette contradiction entre les déclarations des médecins et des infirmières pourrait être expliquée par 2 éléments : les médecins surestimaient le nombre de fois où ils donnaient un protocole pour le soin local aux infirmières, et ces dernières ne se conformaient pas toujours à ce qui était prescrit et les protocoles n'étaient effectivement pas utilisés en référence. Il faut tout de même signaler que ces résultats pouvaient être biaisés par le fait que le terme « protocole » pouvait être interprété de différentes manières, il pouvait aussi bien correspondre à une ordonnance détaillée qu'à un document établi par une institution.

Les infirmières jugeaient que pour une majorité de médecins généralistes, le rythme de réévaluation des plaies était insuffisant tout comme dans les études antérieures^{8,14}. Certaines l'attribuaient à la confiance qu'ils avaient dans l'infirmière ou au manque de temps. Il était également souligné, comme dans l'étude de Gomes¹⁴, que cette réévaluation se faisait la plupart du temps uniquement sur demande de l'infirmière, que les médecins ne prenaient pas l'initiative de s'informer de l'évolution de la plaie et qu'ils attendaient que ces informations viennent de l'infirmière. D'autres reprochaient un manque d'intérêt pour ces pathologies alors que 78.7% des médecins généralistes estimaient que la prise en charge des plaies chroniques était un sujet important dans leur pratique.

92,6% des médecins estimaient leur rythme de surveillance suffisant. Ils étaient, selon eux, 62,7% à programmer une réévaluation systématique, pour la majorité, une fois tous les 15 jours à une fois par mois. Ils soulignaient que celle-ci pouvait varier en fonction de l'état de la plaie, mais aussi en fonction des compétences et de la capacité à communiquer de l'infirmière prenant en charge le patient. Ils estimaient leur rythme de surveillance suffisant du moment qu'ils pouvaient se reposer sur l'infirmière. Ces données semblaient cohérentes vis-à-vis des données antérieures où 49.3% des médecins ne programmaient pas de réévaluation systématique, et où 66.7% réévaluaient la plaie sur demande de l'infirmière⁸. Mais, en comparaison des déclarations des IDEL, il semblerait qu'il existe une réelle divergence sur la vision du suivi et du rôle de chacun concernant les plaies chroniques : les infirmières semblaient se sentir isolées alors que les médecins pensaient être dans leur rôle en intervenant seulement qu'en cas de problème.

Par contre, les infirmières admettaient que les médecins étaient presque tous disponibles en cas de difficulté dans la prise en charge.

Mais, les médecins généralistes rencontraient eux aussi des obstacles: ils étaient 51,1% à dire que la prise en charge des plaies chroniques leur posait problème dans leur pratique. Ils étaient 39,5% à avoir des difficultés d'accès à un spécialiste en cas de besoin pour une plaie de prise en charge difficile avec un délai d'accès souvent assez long (56,9% n'avaient un rendez-vous qu'au-delà de 15 jours). Cette difficulté d'accès peut s'expliquer en Charente par la faible disponibilité de médecins spécialistes pouvant représenter une aide pour le médecin généraliste. On ne dénombre que 2 endocrinologues, 3 chirurgiens vasculaires, 6 angiologues, 11 gériatres et 14 dermatologues avec pour ces derniers une densité dans ce département nettement inférieure à la moyenne nationale^{26,27}.

1.3. La communication infirmière-médecin

Les médecins généralistes et les IDEL communiquaient fréquemment pendant le suivi des plaies chroniques⁸.

Les infirmières préféraient utiliser le téléphone car celui-ci leur permettait une plus grande réactivité, les médecins quant à eux utilisaient également ce moyen de communication mais transmettaient plus souvent des informations à l'infirmière via le patient. Les IDEL reprochaient cependant à ce moyen un risque de perte d'informations car elles n'estimaient pas le patient capable de retranscrire correctement leurs demandes et leurs inquiétudes concernant la plaie. Pour les deux professionnels, les rendez-vous chez le patient semblaient représenter un idéal. Mais du fait des problèmes de disponibilité de chacun et des difficultés organisationnelles que cela peut représenter, ils ne semblaient pas l'utiliser autant qu'ils l'auraient souhaité. Ils étaient tout de même 60.9% pour les infirmières et 51.7% pour les médecins à déclarer y avoir recours de « souvent à toujours », chiffres qui étaient plus élevés que dans l'étude de Queyroi Vagnot où ils n'étaient que 27.9% à se rencontrer chez le patient⁸.

L'envoi de courrier électronique ou un cahier de suivi de plaies laissé au domicile du patient et que le médecin pouvait consulter à chacune de ses visites, étaient également utilisés, mais de façon assez marginale.

Les infirmières soulignaient encore ici que les échanges se faisaient souvent à leur initiative, point de divergence avec les médecins qui étaient 69,9% à affirmer le contraire.

L'étude de Queyroi Vagnot semblait pourtant confirmer ces commentaires avec 64 % des infirmières qui estimaient que la communication était toujours de leur initiative⁸.

1.4. Satisfaction des professionnels vis-à-vis de leur collaboration dans la prise en charge des plaies chroniques

❖ Les médecins

Les médecins étaient globalement satisfaits de la prise en charge des plaies chroniques par les infirmières (89.3%), tant en ce qui concernait le suivi de l'évolution des plaies (86%) que les modifications des protocoles de soins locaux qu'elles réalisaient (80.2%). Ces données étaient cohérentes avec les études réalisées en Aquitaine et en Indre et Loire : dans la première, seuls 5.6% des médecins critiquaient la réalisation du soin par l'IDEL⁸, et dans la seconde le taux d'insatisfaction des médecins vis-à-vis des soins locaux et du non-respect de leur protocole par les IDEL était de 20%¹⁰.

Cependant, les médecins reprochaient un manque d'information de la part de l'IDEL : ils étaient informés de l'évolution de la plaie dans seulement 69.2% des cas et à peine 40.3% étaient tenus au courant des changements de protocoles de soins locaux. Cette tendance à la prise d'initiative sans information du médecin traitant était également dénoncé dans l'étude de Quéroy⁸, où il était reproché aux IDEL un non-respect du protocole fixé par le médecin traitant (33.8%), un manque de communication (12.7%) et des problèmes dans la collaboration (19.7%). Ce défaut de transmission de l'information était également reproché par 10% des médecins dans l'étude de Tauveron¹⁰. En Charente, ce problème semblait toutefois plus important.

Les médecins avaient pour certains une attitude ambivalente. Malgré une délégation importante de la prise en charge des plaies chroniques aux infirmières, ils ne semblaient pas décidés à la leur abandonner, estimant pour 60,9% d'entre eux, que ce suivi n'était pas une compétence propre de l'IDEL. Tout comme en Aquitaine⁸, deux groupes s'opposaient : l'un voulait une autonomie plus importante des IDEL (1/3), et l'autre (2/3), souhaitait rester en première ligne¹⁴ et préférait une prise en charge du soin local par l'IDEL, certes, mais avec des prises d'initiative de leur part moins importantes.

❖ Les IDEL

Les infirmières étaient globalement satisfaites de leur place dans le suivi des plaies chroniques, et étaient conscientes de leur rôle principal dans cette prise en charge en particulier dans le suivi et l'adaptation du traitement local. Elles souhaitaient même s'impliquer plus encore tout en voulant une participation plus importante du médecin, afin de mieux équilibrer leurs rôles. Dans l'étude de Queyroi Vagnot, ce sentiment était moins marqué avec 41% seulement des IDEL qui estimaient que cette prise en charge était d'abord de leurs recours⁸.

Elles étaient par contre assez critiques vis-à-vis du rôle que tenaient les médecins généralistes, les estimant insuffisamment impliqués pour 64.9% d'entre elles, mais elles ne souhaitaient pas pour autant que les médecins généralistes occupent la place principale. Ce manque d'investissement de la part des médecins étaient également mis en évidence dans l'étude de Queyroi Vagnot⁸.

Deux groupes d'infirmières pouvaient être distingués. Les premières décrivaient une bonne collaboration et parlaient d'un travail d'équipe avec le médecin. Quant aux secondes, elles dénonçaient plusieurs problèmes dans la collaboration : un manque de communication, une absence de concertation, des médecins peu à l'écoute, peu disponibles, certaines se sentaient seules dans la prise en charge. D'autres dénonçaient une collaboration qui ne se faisait que sur demande de leur part et pas de façon automatique et naturelle. Les autres études retrouvaient également des problèmes dans la collaboration concernant le choix du traitement, l'attitude du médecin ou le manque de communication^{8,14,23}. Par contre, seules 4 infirmières regrettaient un manque de connaissances des médecins dans le domaine des plaies chroniques, ce qui semblait plus fréquent dans d'autres études^{8,23}.

Globalement, l'ensemble des professionnels voulaient une collaboration plus étroite. Cette demande était cependant plus importante de la part des infirmières qui souhaitaient un meilleur équilibre des rôles entre les médecins et les infirmières. Les études antérieures pointaient ces mêmes demandes de la part des médecins et des IDEL. Les médecins souhaitaient une plus grande communication entre professionnels afin de rester informés de l'évolution des plaies⁸. Les infirmières désiraient de leur côté un travail d'équipe plus important avec un plus grand investissement du médecin, une meilleure écoute, des prises de décision conjointes^{8,28} et également une communication à l'IDEL des éléments importants

pour le soin (bilan initial de la plaie s'il était effectué par le médecin, étiologie de celle-ci, comorbidités du patient)¹⁴. Cet échange d'informations serait enrichissant pour chacun des acteurs : le médecin dispose de ses connaissances et des informations médicales concernant le patient, quant à l'infirmière, elle est souvent proche du malade, connaît ses habitudes de vie et peut guider le médecin vers l'attitude thérapeutique la plus adaptée, celle à laquelle le patient a le plus de chance d'adhérer⁷.

1.5. Une plus grande insatisfaction en milieu urbain

Les infirmières étaient plus insatisfaites du rythme de réévaluation des plaies chroniques par les médecins, alors que ceux-ci étaient plus nombreux qu'en milieu rural à programmer de façon systématique une réévaluation. Elles étaient plus nombreuses qu'en milieu rural à reprocher un manque de disponibilité en cas de problème et une implication insuffisante, réclamant ainsi plus que leurs consœurs rurales une collaboration plus importante.

Les médecins urbains faisaient également moins systématiquement appel à l'infirmière pour la prise en charge de plaie chronique qu'en milieu rural.

Ces différences pouvaient être en partie expliquées par plusieurs éléments. D'une part, les soins de plaies chroniques étaient moins fréquents en milieu urbain (en milieu rural, la population est plus âgée et donc plus concernée par les plaies chroniques²⁷), les médecins et les infirmières pouvaient donc se sentir plus en difficulté ayant moins d'expérience de ces prises en charge. D'autre part, le nombre plus important de soignants en milieu urbain (70,8% des infirmières en milieu urbain travaillent avec huit médecins ou plus contre 29,2% en milieu rural) pourrait rendre la communication, la connaissance mutuelle et la confiance entre professionnels plus difficiles.

2. Pratiques des infirmières libérales et des médecins généralistes dans la prise en charge des plaies chroniques

2.1. La détersion

La détersion est l'ablation des tissus nécrotiques et fibrineux pouvant gêner le processus de cicatrisation par des techniques mécaniques, chimiques ou biologiques (« asticothérapie »)^{1,6,17,29}.

Une majorité des IDEL et des médecins généralistes pratiquaient une détersion sur une plaie fibrineuse (respectivement, 98.2% et 89.5%). Les infirmières utilisaient pour 88.7% d'entre elles une détersion mécanique et seules 11.3% ne réalisaient qu'une détersion chimique contre 28.9% des médecins. Il était donc bien acquis que la détersion était indispensable et déterminante pour obtenir le bourgeonnement de la plaie^{17,29}, et limiter le risque infectieux^{6,30}, mais qu'une détersion chimique seule n'était pas efficace³⁰.

Concernant la détersion chimique, les hydrogels semblaient être mieux connus des infirmières que des médecins, par contre l'hydroclean*était peu utilisé. Ce produit était peut-être moins bien connu ou simplement moins cité car plutôt utilisé en 2^{ème} intention. Il faut regretter l'emploi encore très important de l'Elase* (citée par 18% des IDEL et 15.6% des médecins), produit dont l'emploi est douloureux et n'a pas fait preuve d'une efficacité supérieure^{3,6}.

Dans les études antérieures, la détersion était souvent peu valorisée^{6,8,10,14,24,31}, cependant, ces études étant plus anciennes, les pratiques ont peut-être évoluées. En effet, une étude plus récente retrouvait une pratique de la détersion par près de 82% des IDEL²³.

2.2. Les changements de protocoles en cas d'échec

Une majorité des IDEL et des médecins modifiaient le protocole de soin local dans un délai de 15 jours à 1 mois en cas d'échec. Les médecins étaient tout de même 25% à attendre plus de 2 mois, alors que les infirmières étaient 36 % à le changer avant 2 semaines, comme dans une étude précédente⁸. Ainsi les médecins, pour un quart, attendaient trop longtemps pour rectifier le protocole et les infirmières le modifiaient trop précocement, attitude pouvant favoriser les sensibilisations aux traitements utilisés⁸.

Il existe peu de recommandations sur la juste durée pour déterminer si un protocole est en échec ou non. Dans l'étude de Queyroi Vagnot, l'analyse de la littérature lui faisait préconiser une durée d'au moins 1 mois⁸, une autre analyse de la littérature concernant les plaies infectées préconisait une réévaluation du protocole à 14 jours en cas d'infection locale^{22,30}.

2.3. Le nettoyage des plaies

Le sérum physiologique était majoritairement employé (de 79.6% à 94.4% selon les cas pour les IDEL, et de 74.2% à 89.4% selon les cas pour les médecins) ce qui correspond aux résultats des études antérieures^{8,9,24} et aux recommandations^{3,19,30,32}, on peut cependant remarquer que l'eau du robinet (et donc pas nécessairement stérile) est suffisante pour le nettoyage des plaies chroniques et peut éventuellement être associée à du savon^{19,32}.

2.4. La réalisation des prélèvements bactériens

Les recommandations préconisent de ne pas réaliser de prélèvements bactériologiques en l'absence de signes d'infection^{5,6,17,19,22,29,32}.

Ces préconisations étaient respectées dans le cas n°1 présentant un ulcère veineux de jambe sans signes d'infection, puisque presque tous, médecins comme infirmières, ne réalisaient pas de prélèvement. Par contre, dans le cas du mal perforant plantaire chez un diabétique (cas n°4) qui ne présentait aucun signe d'infection et même une évolution satisfaisante puisqu'il était au stade du bourgeonnement, 28.3% des médecins réalisaient tout de même un prélèvement, les infirmières quant à elles respectaient encore les recommandations (pas de prélèvement pour 93.2%). Cet excès de prélèvement par les médecins est probablement lié au fait que l'infection du mal perforant plantaire fait peur au médecin sachant que 40 à 80% des ulcérations du pied chez le diabétique s'infectent²⁹ et que cette infection multiplie le risque d'amputation par 10⁶.

Avant de discuter l'attitude des professionnels concernant le cas n°2, il est nécessaire de préciser quels signes doivent faire évoquer une infection de la plaie.

Habituellement, il est admis que le diagnostic se fait sur l'apparition de signes cliniques locaux classiques de l'inflammation, c'est-à-dire douleur, chaleur, tuméfaction, érythème plus ou moins associés à des signes généraux (fièvre, altération de l'état

général)^{3,5,6,17,21,22}. Cependant, dans certaines situations cliniques (mal perforant plantaire du diabétique, escarres chez des sujets dénutris, immunodéprimés), ces symptômes classiques peuvent être absents^{21,30}. D'autres signes tels qu'une dégradation de la plaie, un retard de cicatrisation ou une augmentation de la douleur doivent également faire évoquer une infection^{21,22,33}. Par contre, le pus ou la mauvaise odeur d'une escarre présente de façon isolée ne sont pas des signes d'infection^{6,21,22}. Une synthèse des signes devant faire évoquer une infection est présentée annexe V.

Ainsi, dans le cas n°2, la présence d'un exsudat important associé à une mauvaise odeur peut faire discuter le diagnostic d'infection. Par contre, il était très surprenant que ce cas ait entraîné des prélèvements plus fréquents tant par les IDEL que par les médecins que le cas n°3 où les signes classiques d'infection étaient presque tous présents (érythème, œdème, douleur). Les signes d'infection d'une plaie chronique semblaient donc mal connus. Il faut également relativiser l'importance des prélèvements. Un diagnostic d'infection ne se fait pas sur le résultat d'un prélèvement mais sur un ensemble de signes cliniques^{6,19,21,33}. Le prélèvement ne permet que de guider l'attitude thérapeutique^{19,22}. D'autre part, l'écouvillonnage, seule technique disponible à domicile, est moins performant que d'autres techniques (biopsie, curetage des berges de la plaie, ponction à l'aiguille)^{17,19,22}. La meilleure technique pour obtenir un prélèvement de qualité consiste à effectuer une détersion, nettoyer la plaie au sérum physiologique, puis prélever en frottant l'écouvillon imbibé de sérum physiologique soit sur l'ensemble de la plaie, soit sur les zones semblant les plus suspectes^{6,22,29}. Il faut noter par ailleurs que, dans l'idéal, ce prélèvement doit ensuite rapidement être transporté au laboratoire d'analyse^{19,29} élément difficile à réaliser en ambulatoire. Les résultats de ces prélèvements doivent encore être interprétés avec prudence puisque la technique fait que la flore colonisant la plaie est également prélevée : le traitement ne devra pas tenir compte des germes les moins virulents ou des commensaux en première intention^{21,29}. Il faut noter cependant une exception : la présence d'un streptocoque beta hémolytique sur une plaie chronique même sans signes d'infection impose un traitement antibiotique par voie générale^{6,22,30}.

2.5. L'utilisation des antiseptiques et des antibiotiques locaux

L'utilisation des antibiotiques locaux était très faible et donc conforme aux recommandations qui préconisent de ne pas les utiliser devant le risque de sensibilisation accrue et de sélection de germes résistants^{6,22,29,30}.

Les antiseptiques étaient utilisés dans des proportions similaires à d'autres études^{8,9,10,24}. Cependant, il faut nuancer ces résultats en fonction des cas cliniques.

Dans le cas n°1, les recommandations préconisant de ne pas utiliser d'antiseptiques sur une plaie sans signe d'infection étaient respectées^{6,32}. Mais, dans le cas n°4, alors qu'il n'y avait pas de signes de surinfection, les taux d'utilisation des antiseptiques par les IDEL et les médecins étaient plus élevés (respectivement 13% et 18.3%). Comme précédemment concernant les prélèvements bactériologiques, la peur des conséquences d'une plaie du pied diabétique infectée faisait agir les professionnels par excès.

Pour les cas n°2 et 3 qui pouvaient être considérés comme représentatifs de plaies infectées, l'utilisation des antiseptiques pouvait se discuter. En effet, des études récentes défendaient un possible intérêt des antiseptiques dans des plaies présentant des signes d'infection locale sans signes de dissémination comme alternative à une antibiothérapie par voie générale devant l'émergence de résistances bactériennes à ces thérapeutiques^{21,22,30,33}. Des auteurs signalaient cependant que les antiseptiques locaux ont tout de même un potentiel irritant et allergisant^{6,19,32,34}. Ils ne doivent donc être utilisés que sur prescription médicale et pour une durée déterminée (arrêt dès la disparition des signes d'infection)^{19,22}. D'autre part, tous les antiseptiques ne sont pas recommandés : seuls l'argent, les dérivés iodés et la chlorhexidine le sont. L'utilisation de Dakin* et d'eau oxygénée reste proscrite même dans ce cas de figure²². Il faut remarquer que, ici encore, l'utilisation des antiseptiques était plus importante dans le cas n°2 que dans le n°3, semblant encore confirmer la méconnaissance des signes d'infection d'une plaie.

2.6. Le choix du pansement en fonction de la plaie et le rythme des soins

2.6.1. Le choix du pansement

Les IDEL étaient plus nombreuses que les médecins à appliquer un pansement adapté à la plaie sauf dans le cas n°2, qui était d'interprétation difficile. Ce résultat concordait avec plusieurs études antérieures où les infirmières maîtrisaient mieux l'emploi des pansements que les médecins^{8,9,15}. Une des sources essentielles d'erreurs (pour les médecins et les IDEL) étaient l'utilisation de produits contre indiqués sur le type de plaie ou incompatibles entre eux, ce qui laissait supposer que les modalités d'utilisation et les contre-indications étaient mal connues. De nombreuses études confirmaient ce constat : les médecins admettaient que le choix du traitement local adapté au stade de la plaie leur posait problème⁸⁻¹⁰.

2.6.2. Le rythme des soins

❖ Une plaie en phase de détersion

Une plaie en phase de détersion doit normalement être réévaluée quotidiennement^{3,6}, cependant l'emploi de certains produits comme les hydrogels peut parfois nécessiter un rythme de réfection un peu plus long, ce pour quoi un délai de 48H était admis.

Les rythmes de réfection préconisés par les IDEL étaient plus souvent adaptés au stade de la plaie que ceux des médecins.

❖ Une plaie infectée et/ou très exsudative

Une plaie infectée nécessite une surveillance et une réfection de pansement quotidiennes^{22,29}. Autant dans le cas n°2, le rythme était globalement adapté pour chaque groupe de professionnels, autant dans le cas n°3, le rythme était adapté pour moins de 2/3 des IDEL et seulement un peu plus d'un quart des médecins. Ici encore, cette donnée confirmait que les signes classiques d'infection n'avaient pas été identifiés.

❖ Une plaie bourgeonnante

Les médecins étaient plus nombreux à préconiser une réfection quotidienne que les IDEL (27.4% contre 9.3%). Ce rythme ne peut être considéré comme inadapté car, dans ce cas précis, il est très dépendant du type de pansement utilisé. Cependant, pour une plaie évoluant sans complication, il est préférable pour le confort du patient d'utiliser des pansements permettant une réfection plus espacée. Cette recommandation d'un rythme de 24H était probablement encore une manifestation de l'anxiété des médecins par rapport au suivi des plaies du diabétique et à leur risque de surinfection.

Ainsi, comme dans les études antérieures, le rythme de réfection des pansements quel que soit le type de plaie, semble poser plus de problème aux médecins qu'aux IDEL^{8,10}.

2.7. Les mesures complémentaires associées au traitement local

2.7.1. L'ulcère veineux

La compression n'était pas encore suffisamment utilisée : 24/42 médecins et 16/38 infirmières la citaient. Elle est pourtant l'élément essentiel à la cicatrisation de l'ulcère veineux, dans l'idéal de classe 3 à 4 (30 à 40 mm Hg) selon les normes françaises^{5,35}. Cependant, il est vrai que la compression est parfois mal tolérée par le patient et qu'il est donc difficile de le convaincre de l'intérêt de cette thérapeutique : on peut alors proposer de superposer 2 systèmes de classe inférieure pour obtenir le même résultat^{5,35}. Cette compression est d'autant plus efficace que des mesures simples comme la marche, la surélévation des jambes, ou la kinésithérapie pour drainage et exercices de mobilisation de la cheville y sont associées^{6,30} comme le préconisaient certains médecins ou IDEL dans notre étude.

Un bilan artério-veineux est également peu souvent préconisé (4 médecins sur 42 le proposent). Pourtant, un écho-doppler artériel est indispensable pour la mesure de l'Index de Pression Systolique (IPS) afin d'écartier une contre-indication à la compression. En effet, un IPS inférieur à 0.8 est une contre-indication à une compression élevée. Une compression plus légère peut être appliquée sous couvert d'une surveillance accrue jusqu'à un IPS de 0.5. Par contre, un IPS inférieur à 0.5 ou des douleurs de décubitus sont des contre-indications formelles à toute compression^{1,5,35}. D'autre part, il est nécessaire d'établir de façon exacte l'étiologie et d'éliminer une participation artérielle. Enfin, il est démontré qu'une chirurgie

veineuse superficielle permet de réduire la fréquence des récurrences, l'écho-doppler veineux est indispensable avant cette chirurgie^{5,6}.

Une étude en 2001, mettaient en évidence des taux assez élevés de prescription de compression (77%) mais les autres études retrouvaient elles aussi une sous prescription de la compression veineuse^{8,11,24} et un taux très faible de réalisation de bilan artérioveineux^{11,24} et ce malgré la publication en 2006 d'une conférence de consensus⁵.

2.7.2. L'escarre

Les mesures de prévention de l'escarre étaient globalement bien connues des médecins et des IDEL (utilisation de matelas adaptés, changements de position, protection du talon en cas d'escarre talonnière)^{6,17,36}. Cependant, on remarquait que ces mesures préventives étaient un peu moins souvent citées par les médecins tout comme dans le travail de Mazoyer¹⁵, et que 2 infirmières préconisaient un massage du pourtour de la plaie formellement contre-indiqué dans l'escarre^{3,6}.

La prise en charge nutritionnelle était assez peu citée (16 fois dans le cas n°2 et 6 fois dans le cas n°3), elle est pourtant déterminante chez ces patients très souvent dénutris^{3,6,17,36}.

L'écho-doppler artériel préconisé par 2 médecins dans le cas n°3 est tout à fait justifié afin d'éliminer une artériopathie dont la présence pourrait modifier la stratégie thérapeutique⁶.

2.7.3. Le mal perforant plantaire chez le diabétique

La mise en décharge était insuffisamment préconisée (6 IDEL sur 18 et 19 médecins sur 43) alors que c'est l'élément essentiel de la prise en charge du mal perforant plantaire^{6,17,29,37}. Mais cet élément semble mal connu des soignants puisqu'une autre étude révélait que dans la moitié des cas, l'infirmière était à l'origine de la prescription de la décharge de la plaie, mais qu'en même temps, 1/3 d'entre elles ne connaissait pas cette nécessité²³.

Le retrait de l'hyperkératose entourant la plaie était recommandée par seulement 2 IDEL et 1 médecin, alors qu'elle est indispensable à la diminution de la pression en regard du mal perforant plantaire³⁷.

7 médecins seulement réalisaient un bilan artériel. Cette proportion semblait également insuffisante au vu de l'importance du dépistage d'une artériopathie associée, fréquente chez le diabétique et qui constitue, un facteur de gravité dans ce type de plaie^{6,29,30,38}.

De même, peu de professionnels évoquaient la nécessité d'un contrôle du diabète (5 IDEL sur 18 et 13 médecins sur 43), élément pourtant nécessaire pour l'obtention d'une cicatrisation^{29,30,37}.

L'ostéite est recherchée par 5 médecins sur 43, ceci est faible. Cependant, vu le peu de précisions données sur l'ancienneté de la plaie et son évolutivité, il fallait par contre relativiser ce chiffre. La recherche de l'ostéite dans le mal perforant plantaire est toutefois primordiale. Il faut savoir répéter les radiographies standards afin de mettre en évidence une atteinte osseuse car les signes radiologiques n'apparaissent que 2 à 4 semaines plus tard^{6,29,30,37}. Concernant la réalisation d'un bilan sanguin à la recherche de signes infectieux, il faut signaler que l'absence de syndrome inflammatoire biologique ne permet pas d'écarter une infection du pied diabétique^{6,37}.

2.7.4. La douleur

La prise en compte de la douleur est essentielle. Elle est souvent plus intense au moment du soin et peut donc le perturber. Une douleur mal maîtrisée peut obliger l'infirmière à effectuer des soins rapides, incomplets, ce qui peut retarder la cicatrisation. D'autre part, la qualité de vie du patient est souvent altérée car cette souffrance perturbe ses activités physiques et sociales ainsi que son sommeil^{5,6}. Il est donc important de bien la contrôler soit par un antalgique oral soit par un anesthésique local avant les soins. Pourtant, la douleur était insuffisamment prise en compte car dans les 2 cas où une douleur était mentionnée, moins de la moitié des professionnels proposait une antalgie par voie orale ou locale. Les études antérieures faisaient d'ailleurs ce même constat^{8,10,24}. La conférence de consensus sur l'ulcère de 2006 indiquait même que 50% des patients douloureux porteurs de ce type de plaie n'avaient pas de traitements antalgiques⁵.

2.7.5. La vaccination antitétanique

Le statut vaccinal devrait obligatoirement être vérifié en cas de plaie du pied ou d'ulcère de jambe^{5,29}, pourtant seulement 4 médecins sur 42 et 1 IDEL sur 38 y pensent dans l'ulcère de jambe, 2 médecins sur 42 et aucune IDEL dans l'escarre talonnière, et 4 médecins sur 43 et aucune infirmière dans le mal perforant plantaire.

Il a pourtant encore été recensé 36 cas de tétanos en France entre 2008 et 2011 dont 2 en Charente. Ces cas concernaient pour 86% des sujets âgés de plus de 70 ans et pour 25% des cas, la porte d'entrée était une plaie chronique³⁹.

3. Limites de l'étude

3.1. Taux de participation

Les taux de participation de l'étude de 2009 (36,5%) et de celle réalisée auprès des médecins en 2010 (31,6%) étaient plutôt satisfaisants et proches d'autres études sur la prise en charge par l'IDEL et le médecin généraliste des plaies chroniques en soins primaires^{8,15}. Par contre, l'étude menée en 2010 auprès des infirmières avait un taux de participation faible (20,3%).

Cette faible participation pouvait peut-être s'expliquer par un mauvais choix de la période d'envoi, la fin d'année étant souvent marquée par une charge de travail plus importante.

D'autre part, la nature du questionnaire (surtout axé sur les pratiques), a pu décourager certaines infirmières car celui-ci ne leur permettaient pas de donner leur ressenti, alors que d'autres ont pu penser avoir déjà répondu à un tel questionnaire. Le fait que seulement un tiers des infirmières ayant répondu à la première étude, ait également répondu à la seconde, pouvait nous faire écarter le simple manque d'intérêt pour ce sujet comme explication.

3.2. Populations étudiées

3.2.1. Les infirmières

L'atlas démographique du Poitou Charentes réalisé par la DRASS en 2007²⁷ recensait 277 infirmiers libéraux en Charente. 252 questionnaires en 2009, et 274 en 2010 ont été envoyés. La population ciblée a donc quasiment été sollicitée dans son ensemble.

La moyenne d'âge de l'échantillon de 2009 était de 44,6 ans et celle de 2010 de 43,4 ans, moyennes assez proche de celle établie par la DRASS (44,6 ans).

Par contre, il faut noter que nos échantillons de population comportaient une part plus importante de plus de 55 ans, différence plus marquée dans l'échantillon de 2009 : 15,2% en 2009, 5,9% en 2010, contre seulement 2% pour la DRASS.

3.2.2. Les médecins

L'atlas démographique du Poitou Charentes réalisé par la DRASS en 2007²⁷ recensait 363 médecins généralistes libéraux en Charente. Nous avons envoyé 332 questionnaires. Nous pouvons considérer que la population ciblée a été correctement inventoriée.

La moyenne d'âge de notre échantillon est proche des statistiques établies par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2009⁴⁰: 52,6 ans contre 53 ans. La répartition hommes/femmes était également assez similaire (22,6% dans notre échantillon contre 25% pour le CNOM). La proportion des plus de 55 ans était également comparable : 50,5% dans notre échantillon contre 48% pour le CNOM.

3.2.3. Une étude non transposable à la population française

Bien que les caractéristiques des populations infirmières et médicales de Charente soient assez proches des caractéristiques nationales, que la densité médicale en Charente (101 pour 100 000 habitants) soit également similaire à la densité nationale (110 pour 100 000 habitants), la faible densité en infirmiers libéraux en Charente (86 pour 100 000 habitants contre 118 pour 100 000 habitants au niveau national)⁴¹ ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats à la population française.

3.3. Etudes sur deux périodes différentes

La première étude auprès des infirmières a été réalisée en 2009 soit plus d'un an avant l'étude auprès des médecins. Même si la modification des modes de collaboration sur une si courte période est peu probable, on ne peut toutefois l'exclure.

D'autre part, ces études portant sur deux périodes différentes, nous ne pouvons pas mettre en parallèle les résultats sur la satisfaction et les pratiques des infirmières car notre deuxième échantillon ne comprend que 63,5% d'infirmières ayant participé à la première étude. De plus, nos échantillons sont différents : les infirmières du premier échantillon ont plus d'expérience en libéral, elles sont également une plus grande proportion de plus de 55 ans.

3.4. Mode de recueil des données et construction du questionnaire

La longueur du questionnaire et le mode de recueil par auto-questionnaire induisent obligatoirement un biais de sélection : on ne peut exclure que les infirmières et les médecins ayant répondu à cette étude soient les plus intéressés par le sujet des plaies chroniques, ou les plus mécontents de la collaboration médecin/infirmière.

Il existait d'autre part une insuffisance de précision dans les cas cliniques présentés, qui pouvait amener à des interprétations différentes. L'analyse des pratiques pouvait ainsi être biaisée par la difficulté que l'on peut avoir à réfléchir à partir d'une situation théorique avec des éléments essentiels à la prise en charge manquant dans la description.

4. Evaluation de propositions d'amélioration de la prise en charge de plaies chroniques

4.1. Prise en charge exclusive par les infirmières libérales

55,7% des infirmières seraient prêtes à être seules pour cette prise en charge, mais 70% des médecins refusaient de la leur abandonner totalement. Certaines infirmières sont donc demandeuses de plus d'autonomie, cependant, il semble difficile que la prise en charge soit assurée exclusivement par l'IDEL car il est nécessaire de contrôler la douleur, de prévoir la réalisation d'examen complémentaires nécessaires au bilan de la plaie, de traiter une infection...

Ces résultats doivent cependant être interprétés en prenant en compte que les infirmières n'ont peut-être pas pensé à une prise en charge globale en répondant à cet item mais seulement aux soins locaux.

4.2. Une formation professionnelle spécifique

L'ensemble des professionnels était d'accord pour bénéficier d'un complément de formation dans le domaine des plaies chroniques.

En effet, le taux de formation des infirmières dans ce domaine était faible (formation spécifique : 15,2% ; formation IFSI continue : 30,4%) et 16,3% des infirmières estimaient même ne pas être formées dans ce domaine à l'issue de leur formation initiale. Quant aux médecins, 26,6% seulement avaient suivi une formation spécifique (FMC, EPU, capacité de gériatrie ou formation d'angéiologie).

Les infirmières et les médecins avaient pourtant le sentiment d'être bien formés, même si une majorité admettait avoir des lacunes dans le domaine. Les médecins étaient toutefois plus nombreux à s'estimer insuffisamment formés : était-ce par manque de formation initiale ou de propositions de formations continues ?

Une formation indépendante serait indispensable puisque 37% des infirmières déclaraient qu'une partie de leur formation était assurée par les laboratoires pharmaceutiques. Seulement 3 médecins disaient avoir suivi une formation dispensée par un laboratoire pharmaceutique mais ce résultat doit être relativisé par le fait que les médecins sont, maintenant que les infirmières ont un droit de prescription pour les pansements, des cibles moins intéressantes.

Les études antérieures retrouvaient des résultats similaires : des médecins se sentant insuffisamment formés^{8,9,11}, des formations initiales souvent insuffisantes^{14,38} et un souhait de formation et de référentiels communs de l'ensemble des professionnels^{8,10,11,23}.

Ces formations complémentaires seraient d'ailleurs, au vu de l'analyse des pratiques, indispensables. Une formation commune serait d'ailleurs très intéressante afin d'harmoniser les pratiques de chacun, elle pourrait permettre, en plus, une rencontre des professionnels afin d'instaurer le dialogue qui manquait parfois.

4.3. Un cahier de suivi

L'ensemble des professionnels seraient favorables à la mise en place d'un cahier de suivi (88.7% des IDEL et 88.1% des médecins).

Un cahier de suivi permettrait un meilleur suivi et une meilleure communication entre les IDEL et les médecins, mais aussi entre infirmières avec des évaluations moins subjectives que celles effectuées par transmission orale^{19,42}.

En effet, il pourrait contenir un ensemble d'informations médicales comme les antécédents et les traitements habituels du patient, l'état de la vaccination antitétanique, ainsi que l'étiologie exacte de la plaie, informations que souvent, les infirmières n'obtenaient pas systématiquement sans en faire la demande.

Il permettrait également de noter sur un support que le médecin pourrait consulter à chacune de ses visites, une évaluation plus objective de la plaie ainsi que les modifications de protocoles, informations que le médecin disait ne pas avoir de façon systématique. Ainsi, ce document devrait mentionner la localisation de la plaie, sa taille (mesure de la longueur et de la largeur à l'aide d'une réglette, ou calque), la profondeur (déterminée à l'aide d'un stylet mousse stérile), l'état du lit de la plaie décrit grâce à l'échelle colorielle (annexe II p126) et une évaluation en pourcentage de chaque type de tissu afin de définir une prédominance. Il faudrait également noter la quantité d'exsudat, et son aspect, la présence d'une odeur ou de signes d'infection, mais également réaliser une évaluation de la douleur permanente et de celle ressentie au moment des soins^{3,6,19}. Un suivi par photographie pourrait également être envisagé, mais il demande un équipement et un certain apprentissage afin que les photographies soient réalisées de façon standard^{3,6}.

La fréquence des évaluations n'est pas clairement définie, mais elles pourraient se faire une fois par semaine intégrées aux « séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention » pouvant être cotées en supplément par les infirmières dans le cadre d'une démarche de soins infirmiers, ou plus précocement en cas de modification importante de l'aspect de la plaie.

4.4. Une équipe d'experts

Ce type de solution était un peu moins plébiscitée par les professionnels : 76.3% des IDEL et 63.8% des médecins étaient intéressés par une équipe d'experts pouvant les soutenir et les conseiller en cas de prise en charge difficile.

Une seule structure intervenant en dehors du cadre strictement hospitalier existe : l'Equipe Mobile Plaies et Cicatrisation du Centre Alsace. Elle est formée de médecins et d'infirmières mais aussi d'un ergothérapeute et d'une diététicienne, et est rattachée à un service hospitalier de dermatologie. Elle intervient sur demande du médecin référent en cas de difficulté en prodiguant des conseils de prévention, d'éducation et de traitement. Elle assure également en plus de cette formation pratique, une formation théorique à l'ensemble des soignants. Toutefois, cette équipe n'intervient que dans les structures sanitaires d'hébergement, et non au domicile des patients¹³.

Il s'est également développé de façon satellite au réseau VAMIP en Midi-Pyrénées, un système constitué de référents infirmiers ou médecins, titulaires du « Diplôme Universitaire Plaies et cicatrisation » qui peuvent apporter leur expertise au domicile du patient. Ils apportent une aide à l'évaluation de la plaie, à la réalisation des soins (apprentissage de la détersion mécanique par exemple), à l'élaboration d'un protocole et à la planification d'un suivi. Ils mettent également en place « un dossier patient » correspondant aux objectifs décrits plus haut du cahier de suivi³⁸.

4.5. Un réseau

C'était la solution la moins appréciée des soignants (après la prise en charge exclusive par l'infirmière) : 61.1% des IDEL et 53.9% des médecins estimaient la création d'un réseau de prise en charge des plaies chroniques intéressant.

Plusieurs réseaux de ce type existent en France. Les plus connus sont le réseau VAMIP en Midi-Pyrénées et le « réseau Plaies et cicatrisation » en Languedoc-Roussillon.

Le premier est un réseau de type ville-hôpital qui s'organise autour de 9 centres de cicatrisation et d'un service de référence au centre hospitalier universitaire de Toulouse, et est centré sur la prise en charge des pathologies vasculaires (ulcères de jambe artériels et veineux). Dans les centres, des soignants référents apportent leur aide aux acteurs de terrain en leur proposant des conseils thérapeutiques et en assurant la formation de l'ensemble des professionnels. Cette structure aurait permis de réduire de 50% le nombre d'hospitalisations pour ulcère de jambe, mais aucune étude n'a été réalisée sur son efficacité clinique^{5,38}.

Le second est également un réseau ville-hôpital mais au fonctionnement différent. Il est composé de professionnels de santé hospitaliers et libéraux, et avait initialement surtout un rôle de formation. Cependant, il propose également des consultations d'experts à l'hôpital ou au domicile du patient, une aide pour les gestes techniques et pour la réalisation ou la validation des protocoles. Ce réseau dispose d'un site internet permettant un transfert simple des dossiers des patients afin d'obtenir un avis spécialisé^{5,6,42}.

En Charente, 2 réseaux pourraient couvrir le champ des plaies chroniques : un réseau gériatrique et un réseau prenant en charge la douleur. Le premier ne couvre pas l'ensemble de la Charente et a une vocation plus médico-sociale que centrée sur le soin⁴³. Le deuxième, « SOS douleur domicile », créé en 2004, couvre l'ensemble de la Charente et prend en charge essentiellement les patients porteurs de plaies de la jambe douloureuses (essentiellement des ulcères artériels) avec la pose de cathéter péri-nerveux afin d'améliorer le confort du patient et de faciliter la réalisation des soins. Au sein de celui-ci, des formations sur les plaies chroniques sont déjà organisées. D'autre part, une dermatologue et un chirurgien vasculaire sont déjà associés à ce réseau⁴⁴.

Ainsi, une partie des améliorations proposées pourraient peut-être s'intégrer à ce dernier réseau avec une formation sur les plaies commune aux infirmières et aux médecins, la possibilité de l'élaboration d'un document de référence pour aider à la prise de décision pour le traitement local au quotidien, et des avis ponctuels « d'experts », facilités par le réseau.

CONCLUSION

Ainsi, plusieurs problèmes entravaient la prise en charge des plaies chroniques à domicile : un manque fréquent de communication entre les professionnels, une mauvaise définition des rôles de chacun entraînant souvent une insatisfaction de chacune des parties, des pratiques encore insuffisamment adaptées avec une difficulté pour le choix des traitements locaux mais aussi pour les modalités de surveillance.

Les professionnels ne niaient pas ces problèmes et étaient prêts à envisager des améliorations : la mise en place d'un cahier de suivi et une formation commune aux infirmières et aux médecins étaient particulièrement bien accueillies. Ces propositions permettraient effectivement une amélioration et une harmonisation des pratiques mais aussi une meilleure communication entre professionnels. Les formations communes aideraient également à la rencontre entre IDEL et médecins et permettraient une meilleure connaissance mutuelle favorisant la communication et la confiance entre eux.

Les propositions d'un réseau ou d'une équipe d'experts rencontrent par contre des réticences de la part des soignants, peut-être par crainte d'une organisation trop lourde ou de la peur d'être exclus du suivi de ces plaies.

Il sera toutefois nécessaire de sonder plus précisément les soignants afin de connaître leurs besoins de formation. Il faudra également évaluer l'utilisation d'un cahier de suivi : d'abord, élaborer un outil simple d'utilisation et correspondant aux attentes des médecins et des IDEL, puis estimer l'efficacité d'un tel document dans l'amélioration de la communication, avant d'en envisager la généralisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Haute Autorité de Santé. Evaluation des pansements primaires et secondaires. Révision des descriptions génériques de la liste des produits et prestations remboursables, HAS 2007:196.
- 2- Meaume S, Kérihuel JC, Fromantin I, Téot L. Prévalence et charge en soins des plaies dans la population générale ambulatoire: Vulnus, une initiative française. Journal des Plaies et cicatrisations 2012;17(84):34-43.
- 3- Haute Autorité de Santé (ex ANAES). Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Conférence de consensus 2001:36.
- 4- Le Guyadec T. Petite histoire des plaies et du pansement. Service de dermatologie, HIA Percy Clamart 2006:9. www.cicatrisation.info consulté le 3/07/2008
- 5- Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement, HAS 2006:233.
- 6- Meaume S, Demeure O, Téot L. Plaies et cicatrisations. Paris : Masson 2005:456.
- 7- Grappin A. Infirmière libérale : prendre en charge la chronicité. Soins 2006; 51,(705):44-45.
- 8- Queyroi Vagnot MS. Prise en charge ambulatoire des ulcères veineux de jambe en 2006 : deux acteurs essentiels : le médecin généraliste et l'infirmier(e) libéral(e). 108p. Th.D : Médecine : Bordeaux : 2006 ; 42.
- 9- Evina Diele D. Prise en charge des patients atteints d'escarres en ambulatoire par le médecin généraliste. 80p Th.D : Médecine : Paris 12 Créteil : 2009.
- 10- Tauveron V, Perrinaud A, Fontes V, Lorette G, Machet L. Connaissances et difficultés des médecins dans le traitement local des ulcères de jambe. Enquête auprès de médecins généralistes en Indre-et-Loire. Ann Dermatol Venereol 2004;131:781-6.
- 11- Graham ID, Harisson MB, Shafey M, Keast. Knowledge and attitudes regarding care of leg ulcers. Can Fam Physician 2003;49:896-902.
- 12- Fromantin I. Orientation du malade porteur de plaie. Soins 2007;52(719):19-24.
- 13- Mitschler A, Roth B, Michel JM, Guillaume JC. Une expérience innovante dans la prise en charge des plaies chroniques : l'Equipe Mobile Plaies et Cicatrisations du Centre Alsace. Ann Dermatol 2007;134:629-31.

- 14- Gomez MF. Enquête sur la prise en charge des plaies chroniques en médecine de ville à Saint-Etienne. 30p Mémoire du Diplôme Universitaire Plaies et Cicatrisations : 2005.
- 15- Mazoyer A. Evaluation des connaissances et des pratiques des professionnels de santé en matière de prise en charge des escarres dans le département des Deux Sèvres.117p Th.D : Médecine : Poitiers : 2010 ; 1029.
- 16- INSEE. Code officiel géographique. Appartenance géographique des communes au 1er janvier 2010. INSEE 2010. www.insee.fr consulté le 19/03/2012
- 17- Hienne S, Cuny JF, Callanquin J, Faure P, Labrude P. Les pansements des plaies. Guide à l'usage des praticiens Paris : Parmathèmes Edition-Communication Santé 2008:160.
- 18- Dereure O, Faure C, Palmier S. De la plaie au pansement : vers une harmonisation du choix thérapeutique. Centre Hospitalier Régional Universitaire Montpellier-Réseau ville hôpital 2007.
- 19- C CLIN Ouest. Hygiène des plaies et pansements. C CLIN Ouest 2004:104.
- 20- Chaby G, Senet P, Vaneau M, Martel P, Guillaume JC, Meaume S, et al. Dressings for acute and chronic wounds a systematic review. Arch Dermatol 2007;143(10):1297-1304.
- 21- European Wound Management Association. L'identification des critères d'infection des plaies, Londres : MEP Ltd 2005:13.
- 22- Principes de bonne pratique. L'infection des plaies en pratique clinique. Un consensus international, Londres : MEP Ltd 2008:10.
- 23- Monteverde L, Scognamiglio S, Baucher F, Celle D, Matejka G. La place des infirmières libérales des Pyrénées-Orientales dans la prise en charge du pied diabétique. Diabetes Metab 2008;A91-A104.
- 24- Caron-Mazet J, Roth B, Guillaume JC. Enquête de prévalence et des pratiques de prise en charge des plaies chroniques dans 14 établissements gériatriques du Haut-Rhin. Ann Dermatol Venereol 2007;134:645-51.
- 25- Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire, modifié par l'Arrêté du 20 mars 2012. Journal Officiel de la République Française 2012.
- 26- www.conseil-national.medecin.fr consulté le 13/08/2012
- 27- D.R.A.S.S. Poitou-Charentes. Démographie médicale et paramédicale de la région Poitou-Charentes au 01/01/2007. D.R.A.S.S. Poitou-Charentes 2007:44.

- 28- Fromantin I, Meaume S, Téot L. Optimiser la prise en charge des plaies à l'hôpital et au domicile. Soins 2006;51(702):29.
- 29- Médecine et maladies infectieuses. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge du pied diabétique infecté. SPILF 2007;37:1-13.
- 30- European Wound Management Association. Document de référence : La préparation du lit de la plaie en pratique. Londres : MEP Ltd 2004:17.
- 31- Lévy E, Lévy P. Les attitudes thérapeutiques des médecins français face à l'ulcère veineux de jambe : diversité et coûts induits. Analyse d'une étude prospective médico-économique d'observation. Journal des Maladies Vasculaires 2001;26(1):39-44
- 32- Barrois B. Faut-il utiliser les antiseptiques sur les plaies chroniques ? Paris : Diabetes Metab 2001;27:78-81.
- 33- European Wound Management Association. Prise en charge de l'infection des plaies, Londres : MEP Ltd 2006;13
- 34- C CLIN Sud-Ouest. Le bon usage des antiseptiques. C CLIN Sud-Ouest 2001:52.
- 35- European Wound Management Association. Document de référence : Comprendre le traitement compressif, Londres : MEP Ltd 2004:17.
- 36- Reddy M, Gill SS, Kalkar SR, Wu W, Anderson PJ, Rochon PA. Treatment of pressure ulcers. JAMA 2008;300(22):2647-62.
- 37- American Diabetes Association. Consensus development conference on diabetic foot wound care. Diabetes Care 1999;22(8):1354-60.
- 38- Léger P. Prise en charge des ulcères de jambe, l'expérience en Midi-Pyrénées. Soins 2006; 51(702):41-3.
- 39- Antona D. Le tétanos en France entre 2008 et 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de l'INVS 2012;26:303-6
- 40- Conseil National de l'Ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale en région Poitou-Charentes. Situation au 1^{er} Janvier 2009. CNOM 2009:23.
- 41- Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes. Statistiques et indicateurs de la santé et du social (STATISS) 2010. ARS Poitou-Charentes 2010:38.
- 42- Palmier S, Ribal E. Réseaux ville/hôpital, transmettre pour mieux soigner. Soins 2006; 51(702):44-6.

43- Observatoire Régional de la Santé Poitou-Charentes. Panorama de la santé en Poitou-Charentes en 2010. Poitier : ORS Poitou-Charentes 2010:152.

44- <https://sos-douleur-domicile.org> consulté le 15/08/2012

ANNEXES

ANNEXE I : LETTRES D'INTRODUCTION ET QUESTIONNAIRES DE L'ETUDE

LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ETUDE DE 2009

Florence NOAILLAN
Ecole de Guillon
9017 VC de Guillon
40800 AIRE SUR L'ADOUR
Tel : 06 83 03 35 46
Mail : f.noaillan@hotmail.fr

Le 20/04/2009

Mesdames, Messieurs, Madame, Monsieur,

Je suis actuellement en 3^{ème} année de D.E.S. de médecine générale en Poitou-Charentes et je prépare mon mémoire de fin d'études sur l'évaluation de la collaboration médecin généraliste-infirmière dans le suivi des pansements de plaies chroniques (ulcères, mal perforant plantaire, escarres) en soins primaires.

Pour cela, je me permets de vous solliciter afin de déterminer, au travers de vos réponses, quelles sont les modalités de ce suivi, et quelle est votre satisfaction vis-à-vis de la collaboration avec le médecin traitant dans ce domaine, ceci dans le but d'éventuellement améliorer la qualité de la prise en charge des plaies chroniques à domicile.

Je vous joins donc un questionnaire qui nécessite une dizaine de minutes pour être rempli et vous prie de me le retourner le plus rapidement possible compte-tenu du délai assez court dont je dispose (avant le 31 Mai si possible).

Je vous remercie par avance de votre participation et reste à votre disposition pour toutes précisions concernant le questionnaire ou les résultats de cette étude.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Florence NOAILLAN

QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE DE 2009

Combien de pansements de plaie chronique (escarre, mal perforant plantaire, ulcère, plaie cancéreuse) prenez-vous en charge par semaine ?

- < 1/semaine 1-5/semaine 6-10/semaine >10/semaine

Votre formation en matière de pansement :

- IFSI (formation initiale) IFSI (formation continue)

formation spécifique (DU,...).Laquelle :

autres (recherches personnelles, labo,...). Lesquelles :

Avez-vous le sentiment d'être suffisamment formé(e) en matière de pansement ?

- Oui, tout à fait Oui, mais avec des lacunes Non

Utilisez-vous un référentiel en matière de pansement pour vous aider dans votre pratique ?

- non oui

si oui, lequel? ouvrage de référence. Lequel ?

protocoles (si c'est le cas, par qui ont-ils été élaborés ?) :

Est-ce qu'il vous arrive de contacter le médecin traitant par rapport à la découverte d'une plaie chronique (c'est-à-dire en initier la prise en charge)?

- jamais ou exceptionnellement rarement souvent
 dans la plupart des cas toujours sauf exception

Modalités de suivi conjoint (infirmière et médecin) des pansements de plaies chroniques :

En fonction de l'évolution de la plaie, êtes-vous à l'origine de la modification du type de pansement ?

- jamais ou exceptionnellement rarement souvent dans la plupart des cas toujours sauf exception

Si vous êtes à l'origine de la modification du type de pansement :

vous utilisez votre droit de prescription pour obtenir ce nouveau type de pansement
ou

vous passez toujours par le médecin traitant pour obtenir cette nouvelle prescription.

Si oui, pourquoi :

Le rythme de réévaluation des plaies chroniques par les médecins traitants est, de façon générale et selon vous :

- suffisant insuffisant

Ce rythme de réévaluation est insuffisant pour :

- tous les médecins généralistes la plupart la moitié une minorité aucun des médecins

Commentaires sur ces réponses :

Dans quelles situations spécifiques faites-vous appel au médecin traitant dans le cadre du suivi de plaie chronique?

En cas de nécessité (problème, question), le médecin se rend-il disponible ?

- jamais ou exceptionnellement rarement souvent la plupart du temps toujours sauf exception

Vous communiquez avec le médecin sur l'évolution de la plaie, les problèmes, les besoins particuliers:

→ par l'intermédiaire du patient

- jamais ou exceptionnellement rarement souvent la plupart du temps toujours sauf exception

→ par téléphone

- jamais ou exceptionnellement rarement souvent la plupart du temps toujours sauf exception

→ vous vous rendez à son cabinet

- jamais ou exceptionnellement rarement souvent la plupart du temps toujours sauf exception

→ vous convenez d'un rdv chez le patient pour pouvoir évaluer la plaie ensemble

- jamais ou exceptionnellement rarement souvent la plupart du temps toujours sauf exception

Commentaires sur ces réponses :

Que pensez-vous des propositions suivantes :

- je suis satisfait(e) de mon rôle dans le suivi des plaies chroniques

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- je souhaiterais avoir moins de responsabilité dans le suivi des plaies chroniques

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- je souhaiterais être plus impliqué(e) dans le suivi des plaies chroniques

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- le médecin traitant n'est pas suffisamment impliqué dans le suivi des plaies chroniques

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- le médecin traitant est trop impliqué dans le suivi des plaies chroniques

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- en pratique, l'infirmier(e) a le rôle principal dans le suivi des plaies chroniques

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- en pratique, le médecin a le rôle principal dans le suivi des plaies chroniques

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- en pratique, infirmier(e) et médecin ont un rôle égal dans le suivi des plaies chroniques

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- l'infirmier(e) devrait avoir le rôle principal dans le suivi des plaies chroniques

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- le médecin devrait avoir le rôle principal dans le suivi des plaies chroniques

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- infirmier(e) et médecin devraient avoir un rôle égal dans le suivi des plaies chroniques

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- je souhaiterais une collaboration plus importante entre l'infirmier(e) et le médecin traitant dans le suivi des plaies chroniques :

tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

Commentaires sur ces réponses :

Pour mieux vous connaître :

Vous êtes actuellement : IDE libéral(e) IDE salarié(e) en maison de retraite (MDR)

Sexe : F M Age : Années d'expérience : au total : en MDR : en libéral :

Lieu d'exercice : rural semi-rural urbain

Merci de préciser le nom de votre commune et son code postal :

Commentaires libres :

**LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT A L'ATTENTION DES MEDECINS DE L'ETUDE
DE 2010**

Florence NOAILLAN
Ecole de Guillon
9017 VC de Guillon
40800 AIRE SUR L'ADOUR
Tel : 06 83 03 35 46
Mail : f.noaillan@hotmail.fr

Le 18/11/2010

Madame, Monsieur,

Je prépare actuellement une thèse de médecine générale sur la prise en charge à domicile par l'infirmière libérale et le médecin généraliste des plaies chroniques (ulcères, mal perforant plantaire, escarres, plaies cancéreuses) en Charente.

Ainsi, je me permets de vous solliciter afin de recueillir des informations sur les différents aspects de cette prise en charge (collaboration avec l'infirmière, pratiques), et sur le jugement que vous portez sur certaines propositions d'amélioration.

Un questionnaire similaire est adressé aux infirmières libérales afin d'obtenir une vue d'ensemble de l'opinion des principaux intervenants dans les soins de plaies chroniques.

Je vous prie donc de remplir le questionnaire accompagnant cette lettre (une quinzaine de minutes environ est nécessaire), et vous prie de me le retourner à l'aide de l'enveloppe pré-timbree jointe, si possible avant le 20 Décembre 2010.

Je vous remercie par avance de votre participation, et reste à votre disposition pour toute précision concernant le questionnaire ou les résultats de cette étude (veuillez me joindre votre adresse mail si vous souhaitez recevoir les résultats, ou à défaut une adresse d'envoi postal).

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Florence NOAILLAN

.....
Si vous n'êtes pas concerné(e) par cette enquête, veuillez tout de même me retourner ce coupon.

Je ne suis pas concerné(e) par cette enquête

Veuillez en préciser la raison :

- je ne suis pas ou plus en activité actuellement
- activité particulière exclusive (acupuncture, homéopathie,...)
- Autre. Précisez :

ETUDE 2010 : QUESTIONNAIRE MEDECIN

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE :

Sexe : F M

Age :

Lieu d'exercice : rural urbain

Nombre d'années d'expérience :
(hors internat et résidanat)

Merci de préciser le nom de votre commune et son code postal :

Dans ma patientèle, la prise en charge des plaies chroniques représente une pratique :

très fréquente régulière occasionnelle exceptionnelle

ROLES ET COMMUNICATION DU MEDECIN ET DE L'INFIRMIER(E) LIBERAL(E) (IDEL)

Vous communiquez avec l'IDEL sur l'évolution de la plaie, les problèmes, les besoins particuliers:

	jamais ou exceptionnellement	rarement	souvent	la plupart du temps	toujours sauf exception
→ de votre propre initiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ par l'intermédiaire du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ par téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ l'IDEL se rend à votre cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ vous convenez d'un rdv chez le patient pour pouvoir évaluer la plaie ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que pensez-vous des propositions suivantes :

- la prise en charge des plaies chroniques ne me pose aucun problème dans ma pratique quotidienne
 tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- la prise en charge des plaies chroniques ne me semble pas être un sujet important dans ma pratique
 tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- la prise en charge des plaies chroniques est une compétence propre de l'IDEL
 tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- je suis globalement satisfait(e) de la prise en charge des plaies chroniques par l'IDEL
 tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- je suis satisfait(e) du suivi de l'évolution des plaies chroniques par l'IDEL
 tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- l'IDEL m'informe régulièrement de l'évolution des plaies chroniques, que l'évolution soit bonne ou mauvaise
 tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- je suis satisfait(e) des modifications de rythme de réfection et/ou de type de pansement réalisées par l'IDEL
 tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- l'IDEL m'informe systématiquement des modifications de soins qu'il (elle) effectue
 tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

- je souhaiterais avoir une collaboration plus importante avec l'IDEL dans le suivi des plaies chroniques :
 tout à fait d'accord plutôt d'accord plutôt en désaccord pas du tout d'accord

Commentaires sur ces réponses :

VOTRE FORMATION

Avez-vous le sentiment d'être suffisamment formé(e) pour la prise en charge des plaies chroniques ?

- Oui, tout à fait Oui, mais avec des lacunes Non

Avez-vous une formation spécifique en matière de pansement ou de suivi de plaies chroniques ?:

- non oui si oui, laquelle?

VOS PRATIQUES CONCERNANT LES PLAIES CHRONIQUES

Utilisez-vous un référentiel en matière de pansement pour vous aider dans votre pratique ?

- non oui si oui, lequel?

Pour la prise en charge d'une plaie chronique, vous faites appel à l'IDEL:

- jamais ou exceptionnellement rarement souvent systématiquement sauf exception

Lorsque vous ne faites pas appel à l'IDEL, est-ce parce que :

- vous faites les soins vous même les soins sont confiés au patient ou à un membre de son entourage
 autre. Précisez :

Délégez-vous le plus possible la prise en charge des plaies chroniques à l'IDEL ?

- non oui Si oui, pourquoi ?

Donnez-vous des protocoles aux IDEL pour la réalisation des soins de plaies chroniques ? :

- jamais ou exceptionnellement rarement souvent systématiquement sauf exception

Si vous avez répondu rarement ou jamais, pourquoi ?

Programmez-vous de réévaluer les plaies chroniques :

Oui : > 1 fois/sem 1 fois/sem 1 fois tous les 15 jours 1 fois/mois < 1 fois/mois

Non, vous laissez le soin aux IDEL de vous prévenir lorsqu'ils estiment nécessaire de réévaluer la plaie

Estimez-vous ce rythme de réévaluation ? suffisant insuffisant

Si vous l'estimez insuffisant, quels sont le ou les facteurs vous empêchant d'avoir le rythme de réévaluation que vous souhaiteriez ?

En cas de problème de prise en charge d'une plaie chronique, avez-vous facilement accès à un expert en plaie chronique ?

non oui Délai moyen pour obtenir un avis :

Trouvez-vous ce délai satisfaisant : non oui

Commentaires :

Au bout de combien de temps d'application d'un protocole estimez-vous que celui-ci est en échec ?

Sur une plaie fibrineuse, chez un patient peu douloureux, pratiquez-vous une détersion ?

non oui Si oui, de quel type ? mécanique chimique
Merci de préciser le produit ou le matériel utilisé :

Devant les situations cliniques suivantes, merci de précisez votre prise en charge :

LEGENDE : + **nettoyage** : qu'utilisez-vous pour nettoyer la plaie ?

- + **PLVT** : dans cette situation, estimez-vous nécessaire de réaliser des prélèvements bactériologiques?
- + **pansement** : quel type de pansement préconisez-vous (nom commercial ou classe) ?
- + **rythme** : quelle fréquence de réfection du pansement préconisez-vous ?
- + quelles **mesures complémentaires** préconisez-vous (médicaments, matériel, autre...)?

Cas	Nettoyage	PLVT	Pansement	Rythme
Mme X., 78 ans, suivie pour un ulcère veineux de jambe de 5 cm de grand axe, douloureux, à fond fibrineux sec, avec quelques plaques de nécrose sèche				
<i>Mesures complémentaires :</i>				
M. Y., 91 ans, porteur d'une escarre ischiatique de 10 cm de grand axe, à fond fibrineux, très exsudative, malodorante				
<i>Mesures complémentaires :</i>				
Mme Z., 86 ans, porteuse d'une escarre talonnière de 3 cm de grand axe et 1 cm de profondeur, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et oedématié, douloureuse				
<i>Mesures complémentaires :</i>				
M. L., 70 ans, porteur d'un mal perforant plantaire en regard de la 1 ^{ère} métatarsophalangienne, de 1,5 cm de grand axe, à fond rouge, bourgeonnant				
<i>Mesures complémentaires :</i>				

PROPOSITIONS D'AMELIORATION

→ Seriez-vous favorable à la mise en place d'une **formation professionnelle spécifique** à la prise en charge des plaies chroniques ?

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

→ Seriez-vous favorable à la mise en place d'un **cahier de suivi des plaies chroniques** restant en possession du patient, commun à l'ensemble des intervenants de santé, et comprenant :

- une fiche d'information générale sur le patient (coordonnées personnelles, coordonnées des différents acteurs de santé, antécédents et traitements habituels)

- une fiche d'évaluation initiale de la plaie (une par plaie)

- des fiches d'évaluation régulière de cette plaie ainsi que le protocole mis en place.

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

→ Souhaiteriez-vous que la **prise en charge des plaies chroniques soit confiée exclusivement aux IDEL** ?

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

→ Souhaiteriez-vous la mise en place d'une **équipe (médecin + infirmière) d'experts en plaie chronique** ?

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

Préféreriez vous que ces intervenants soient : libéraux hospitaliers sans opinion

Modes d'interventions de l'équipe:

- au domicile du patient

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

- au cabinet médical ou de l'IDEL

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

- par le biais d'internet avec la création d'un site sécurisé pour échanger des informations écrites et iconographiques sur la plaie et le patient

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

→ Seriez-vous favorable à la création d'un réseau de prise en charge des plaies chroniques qui pourrait assumer l'ensemble de ces fonctions ?

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

Autres suggestions:

LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT A L'ATTENTION DES INFIRMIERES DE L'ETUDE DE 2010

Florence NOAILLAN
Ecole de Guillon
9017 VC de Guillon
40800 AIRE SUR L'ADOUR
Tel : 06 83 03 35 46
Mail : f.noaillan@hotmail.fr

Le 30/10/2010

Mesdames, Messieurs, Madame, Monsieur,

Je prépare actuellement une thèse de médecine générale sur la prise en charge à domicile par l'infirmière libérale et le médecin généraliste des plaies chroniques (ulcères, mal perforant plantaire, escarres, plaies cancéreuses) en Charente.

Je vous avais déjà sollicité en Avril 2009 pour une première étude permettant de recueillir votre sentiment vis-à-vis de cette prise en charge et de la collaboration avec le médecin traitant, et je tiens d'ailleurs à remercier celles et ceux qui y ont participé.

Cette deuxième enquête complète la première avec une nouvelle évaluation des pratiques, et surtout, un recueil de votre jugement vis-à-vis de différentes propositions visant à améliorer la prise en charge des plaies chroniques en ambulatoire (notamment la communication avec le médecin généraliste). Un questionnaire similaire est également adressé à ces derniers afin d'avoir une vue d'ensemble de l'opinion des principaux intervenants dans ces soins.

Je vous prie donc de remplir le questionnaire accompagnant cette lettre (une quinzaine de minutes environ est nécessaire), et vous prie de me le retourner à l'aide de l'enveloppe pré-timbrée jointe, si possible avant le 20 Décembre 2010.

Je vous remercie par avance de votre participation, et reste à votre disposition pour toute précision concernant le questionnaire ou les résultats de cette étude (veuillez me joindre votre adresse mail si vous souhaitez recevoir les résultats, ou à défaut une adresse d'envoi postal).

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Florence NOAILLAN

NB : veuillez remplir un questionnaire par personne même si la réponse est élaborée en commun. Merci
.....

Si vous n'êtes pas concerné par cette enquête, veuillez tout de même me retourner ce coupon.

Je ne suis pas concerné(e) par cette enquête

Veuillez en préciser la raison :

je ne suis pas ou plus en activité actuellement

la réalisation de soins de plaies chroniques ne fait pas partie de mon activité

Autre. Précisez :

ETUDE 2010 : QUESTIONNAIRE INFIRMIERE

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE :

Sexe : F M Age : Lieu d'exercice : rural urbain
 Années d'expérience : Merci de préciser le nom de votre commune et son code postal :
 au total : en libéral :

Avec combien de médecins travaillez-vous régulièrement ? :

Aviez-vous participé à la première étude réalisée en mai 2009 : oui non

VOS PRATIQUES CONCERNANT LES PLAIES CHRONIQUES :

Au bout de combien de temps d'application d'un protocole estimez-vous que celui-ci est en échec ?

Sur une plaie fibrineuse, chez un patient peu douloureux, pratiquez-vous une détersion ?

non oui Si oui, de quel type ? mécanique chimique
 Merci de préciser le produit ou le matériel utilisé :

Devant les situations cliniques suivantes, merci de précisez votre prise en charge :

- LEGENDE :** + **nettoyage** : qu'utilisez-vous pour nettoyer la plaie ?
 + **PLVT** : dans cette situation, estimez-vous nécessaire de réaliser des prélèvements bactériologiques?
 + **pansement** : quel type de pansement préconisez-vous (nom commercial ou classe) ?
 + **rythme** : quelle fréquence de réfection du pansement préconisez-vous ?
 + quelles **mesures complémentaires** préconisez-vous (médicaments, matériel, autre...)?

Cas	Nettoyage	PLVT	Pansement	Rythme
Mme X., 78 ans, suivie pour un ulcère veineux de jambe de 5 cm de grand axe, douloureux, à fond fibrineux sec, avec quelques plaques de nécrose sèche				
<i>Mesures complémentaires :</i>				
M. Y., 91 ans, porteur d'une escarre ischiatique de 10 cm de grand axe, à fond fibrineux, très exsudative, malodorante				
<i>Mesures complémentaires :</i>				
Mme Z., 86 ans, porteuse d'une escarre talonnière de 3 cm de grand axe et 1 cm de profondeur, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et oedématié, douloureuse				
<i>Mesures complémentaires :</i>				
M. L., 70 ans, porteur d'un mal perforant plantaire en regard de la 1 ^{ère} métatarsophalangienne, de 1,5 cm de grand axe, à fond rouge, bourgeonnant				
<i>Mesures complémentaires :</i>				

PROPOSITIONS D'AMELIORATION

→ Seriez-vous favorable à la mise en place d'une **formation professionnelle spécifique** à la prise en charge des plaies chroniques ?

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

→ Seriez-vous favorable à la mise en place d'un **cahier de suivi des plaies chroniques** restant en possession du patient, commun à l'ensemble des intervenants de santé, et comprenant :

- une fiche d'information générale sur le patient (coordonnées personnelles, coordonnées des différents acteurs de santé, antécédents et traitements habituels)

- une fiche d'évaluation initiale de la plaie (une par plaie)

- des fiches d'évaluation régulière de cette plaie ainsi que le protocole mis en place.

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

→ Souhaiteriez-vous que la **prise en charge des plaies chroniques soit confiée exclusivement aux IDEL** ?

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

→ Souhaiteriez-vous la mise en place d'une **équipe (médecin + infirmière) d'experts en plaie chronique** ?

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

Préféreriez vous que ces intervenants soient : libéraux hospitaliers sans opinion

Modes d'interventions de l'équipe:

- au domicile du patient

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

- au cabinet médical ou de l'IDEL

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

- par le biais d'internet avec la création d'un site sécurisé pour échanger des informations écrites et iconographiques sur la plaie et le patient

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

→ Seriez-vous favorable à la création d'un réseau de prise en charge des plaies chroniques qui pourrait assumer l'ensemble de ces fonctions ?

tout à fait favorable plutôt favorable plutôt défavorable totalement défavorable

Autres suggestions:

ANNEXE II : LES DIFFERENTS TYPES DE PANSEMENTS ET CHOIX D'UN PANSEMENT EN FONCTION DE LA PLAIE^{1,6,17-20,45}

Le pansement idéal doit^{6,17} :

- maintenir un milieu humide. Il absorbe l'excès d'exsudat pour éviter la macération sans pour autant dessécher le fond de la plaie
- isoler la plaie du milieu extérieur. Il permet les échanges gazeux mais est imperméable à l'eau et aux micro-organismes
- être adapté au stade de cicatrisation
- protéger la plaie des traumatismes extérieurs
- coller à la peau péri-lésionnelle, saine, sans adhérer à la plaie afin de permettre un retrait atraumatique et sans douleur
- ne pas être sensibilisant
- être simple d'utilisation, confortable, et si possible, esthétique afin d'améliorer la qualité de vie du patient
- réduire la durée des soins et le coût du traitement des plaies chroniques (pansement résistant réduisant le nombre de changements)

Le choix du pansement se fait sur deux critères principaux :

- La quantité des exsudats
- L'aspect du lit de la plaie qui peut être évalué par une échelle de cinq couleurs : noir pour la nécrose, jaune pour la fibrine, rouge pour les tissus de granulation, rose pour l'épidermisation et vert pour l'infection. Le soignant évalue en pourcentage les tissus composant la plaie et détermine une prédominance. Cette évaluation se fait en début de soin, après lavage au sérum physiologique.

Pour ce choix, il faut tout de même tenir compte de critères secondaires :

- Etat et fragilité de la peau péri lésionnelle (forme adhésive ou non)
- Localisation de la plaie (forme anatomique)
- Profondeur de la plaie (mèche, pâte ou forme cavitaire)
- Existence d'odeur
- Douleur
- Présence d'un hyper bourgeonnement
- Présence de signes d'infection
- Souhait du malade
- Coût du pansement et son remboursement
- Facilité d'utilisation

⁴⁵ Vidal 2012

HYDROGELS

Composition, formes, propriétés :

Composés en majeure partie d'eau (77 à 90%) et gélifiés grâce à des substances diverses (Carboxyméthylcellulose -CMC-, pectine, alginate de calcium, gomme xanthane, polyvinylpyrrolidone, polypropylène glycol).

Parfois additionnés de sérum salé (Normgel* et Hypergel*).

Formes : gels, compresses imprégnées ou plaques (non remboursées).

Réhydratent les tissus nécrosés afin de ramollir les plaques de nécroses et favoriser la détersion autolytique, et maintiennent un milieu humide facilitant le bourgeonnement.

Apportent d'autre part une sensation rafraîchissante et apaisante très agréable pour le patient.

Indications :

- Détersion des plaies sèches, fibrineuses ou nécrotiques
- Aide à la cicatrisation des plaies non exsudatives (plaies atones)

Contre-indications :

- Allergie
- Plaies très exsudatives
- Nécrose d'orteil chez l'artéritique
- Plaies infectées (sauf sous contrôle médical)
- Fistule

Modalités et précautions d'emploi :

- Appliquer en quantité suffisante (5mm d'épaisseur) et recouvrir d'un pansement secondaire non absorbant et transparent (film de polyuréthane ou hydrocolloïde mince dans l'idéal) mais des compresses humidifiées peuvent également être utilisées. En cas de plaque de nécrose sèche, il est conseillé de réaliser des scarifications centrales avant d'appliquer le gel.
- Le changement doit se faire toutes les 24 à 72 heures.
- Ne pas appliquer sur la peau péri-lésionnelle pour éviter la macération. Le pourtour de la plaie peut éventuellement être protégé par une pâte à l'eau (Aloplastine*)

L'utilisation d'hydrogel ne dispense pas d'une détersion mécanique.

Il faut signaler que la plupart des hydrogels contiennent du propylène glycol potentiellement irritant et allergisant exceptions faites du Comfeel Purilon*, de l'Hypergel* et du Normgel*.

HYDROCOLLOÏDES

Composition, formes, propriétés :

Composés d'une couche interne de CMC recouverte d'un film de polyuréthane. Adhérents sur toute leur surface.

Formes : plaques adhésives carrées ou rectangulaires, épaisses ou minces, opaques ou transparentes, formes anatomiques (talon, sacrum), pâtes (NR) et poudres (NR).

Imperméables à l'eau et aux bactéries mais perméables aux gaz.

Maintiennent un milieu humide et se transforment en gel en absorbant l'exsudat.

Capables d'absorber trois fois leur poids.

Indications :

Plaies peu ou modérément exsudatives à tous les stades de la cicatrisation.

Selon les formes, il existe certaines indications particulières :

- forme extra mince : plaie très peu exsudative, phase d'épidermisation, escarre au stade de la rougeur (stade 1)
- forme pâte : plaie creuse

Contre-indications :

- Plaie infectée
 - Allergie (rare, surtout si présence dans leur adhésif de collophane), eczéma de la peau péri lésionnelle
 - Plaie profonde atteignant le muscle, les tendons, voire l'os
 - Nécrose sèche
 - Plaie du diabétique nécrotique
 - Plaie d'origine artérielle
 - Mycoses
 - Si hyperbourgeonnement, contre-indication à la poursuite de l'hydrocolloïde
- } Sauf sous surveillance médicale accrue

Modalités et précautions d'emploi :

- Ne changer qu'à saturation : ne laisser que 48-72 heures maximum en phase de détersion, jusqu'à 7 jours en phase d'épidermisation. Un retrait de la plaque avant saturation risque d'entraîner des lésions de la peau périphérique (érythème ou piqueté purpurique)
- Déborder de 2 à 3 cm des bords de la plaie
- N'appliquer que sur peau sèche
- Si la quantité des exsudats impose une réfection quotidienne, il convient de changer de classe de pansement.
- Pour les pâtes (de moins en moins utilisées), la cavité ne doit pas être remplie à plus des deux tiers
- Ne pas utiliser d'antiseptiques sur la plaie avant d'avoir retiré les résidus de gel au sérum physiologique, ne pas utiliser éosine, alcool, Dakin*, Bétadine*

Effets indésirables

- Macération de la peau péri-lésionnelle
- Aspect purulent et odeur désagréable du gel lors du retrait du pansement (en prévenir le patient)
- Bourgeonnement excessif

HYDROCELLULAIRES

Composition, formes, propriétés :

Composés d'une couche interne non adhérente (composition variable), une couche intermédiaire absorbante en polyuréthane et/ou polyacrylate et un film de polyuréthane en couche externe.

Formes : plaques adhésives ou non, formes anatomiques, formes cavitaires (absorbantes sur l'ensemble de leurs faces-non remboursées-).

Pansement absorbant (absorbe 10 fois son poids)

Pas d'odeur, pas de macération de la peau péri-lésionnelle, ne se délite pas dans la plaie, n'adhère pas à la plaie, mieux toléré que les hydrocolloïdes.

Indications :

- Plaies exsudatives, de la phase de bourgeonnement à l'épidermisation.
- Plaie avec peau péri-lésionnelle fragile pour les formes non adhésives.

Contre-indications

- Nécrose sèche
- Plaie infectée (sauf sous surveillance médicale accrue)
- Allergie (rare)
- Incompatible avec le Dakin et l'eau oxygénée (dégradation du pansement)

Modalités et précautions d'emploi :

- Renouvellement à saturation (jusqu'à ce que l'exsudat soit visible à 2 cm du bord), tous les 3 à 5 jours en fonction de l'abondance des exsudats (maximum 7 jours)
- Déborder de 2-3 cm des bords de la plaie
- Appliquer sur peau sèche, ne jamais humidifier lors de la pose.

IRRIGO-ABSORBANT

Composition, formes, propriétés :

Composés de mousse de polyacrylate enveloppée devant être imprégnée de solution Ringer*

Formes : compresses, et coussinets pour les plaies cavitaires

Favorisent la détersion autolytique et la formation de tissu de granulation.

Indication :

Phase de détersion, que la plaie soit sèche ou fortement exsudative

Modalités et précautions d'emploi :

- Renouvellement tous les 24h
- Possibilité de faire chevaucher plusieurs pansements si nécessaire
- Ne pas découper

Effets indésirables :

- Macération de la peau périphérique
- Douleur

HYDROFIBRES

Composition, formes, propriétés :

Composés d'un réseau de fibres non tissées de CMC pure

Formes : compresses ou mèches.

Forte capacité d'absorption (30 fois leur poids)

Au contact des exsudats, se transforme en gel cohésif ne se délitant pas et maintenant la plaie dans un milieu humide

Indications :

Plaies très exsudatives superficielles ou profondes, du stade de la détersion à la fin de la cicatrisation

Contre-indications :

- Plaies sèches
- Allergie
- Mycoses
- Plaies infectées (sauf si utilisation d'un pansement secondaire non occlusif)
- Plaie artéritique et plaie du diabétique (sauf sous surveillance médicale accrue)

Modalités et précautions d'emploi :

- Renouvellement à saturation, de 1 fois par jour à 1 fois par semaine en fonction de l'importance des exsudats.
- Le pansement doit déborder de la plaie de 2 à 3 cm car les plaques se rétractent
- Ne pas humidifier avant application
- Les formes mèches doivent combler les plaies creuses sans être tassées

Effets indésirables :

Odeur nauséabonde et aspect purulent lors du retrait

ALGINATES

Composition, formes, propriétés :

Composés de fibres d'alginate de calcium éventuellement associées à de la CMC

Formes : Compresse, mèches (non remboursées)

Forte capacité d'absorption (15 fois leur poids)

Propriété hémostatique

Indications :

- Plaie en phase de détersion, superficielle ou profonde, très exsudative
- Plaie infectée (pansement secondaire non occlusif)
- Plaie hémorragique

Contre-indications :

- Plaie sèche ou peu exsudative
- Plaie nécrotique
- Incompatibilité avec les solutions alcalines (Dakin*, antiseptiques à base de chlorhexidine et/ou de chlorure de benzalkonium -Biseptine*-)
- Ne doivent pas être utilisés s'ils adhèrent à la plaie ou s'ils génèrent des douleurs

Modalités et précautions d'emploi :

- Renouvellement à saturation, tous les jours si plaies infectées ou en phase de détersion, tous les 2-3 jours sinon
- Laisser déborder de la plaie de 1 cm sauf si la peau périphérique est lésée
- Humidifier le pansement au sérum physiologique avant application (surtout pour la forme mèche afin de diminuer la douleur lors de l'introduction de celle-ci dans une plaie creuse) sauf si l'exsudat est très important
- Humidifier avant le retrait
- Si délitement lors du retrait, laver la plaie au sérum physiologique
- Les formes mèches doivent combler les plaies creuses sans être tassées

PANSEMENTS AU CHARBON

Composition, formes, propriétés :

Pansements constitués de différents supports auxquels ont été ajoutés du charbon actif

Forme : Compresses et plaques

Absorbe de nombreux composés dont les bactéries, retient les mauvaises odeurs

Capacité d'absorption variable en fonction de la nature du support

Indications :

- Plaies exsudatives, malodorantes, infectées
- Plaies cancéreuses
- Détersion des plaies nécrotiques humides et fibrineuses

Contre-indications :

- Nécrose sèche
- Plaie atone
- Bourgeonnement
- Rougeur

Modalités et précautions d'emploi :

- A renouveler à saturation ou lorsque les mauvaises odeurs réapparaissent, toutes les 24-48 heures en général, tous les jours en cas de plaies infectées
- Laisser déborder de 3 cm des bords de la plaie
- Si plaie peu exsudative, humidifier le pansement au sérum physiologique et appliquer un pansement gras entre la plaie et le pansement
- Ne jamais découper, mais peut être roulé ou plié pour s'adapter à la taille de la plaie
- Avant application, déterger mécaniquement les plaques de nécrose

PANSEMENTS A L'ARGENT

Composition, formes, propriétés :

Ions argent ou sulfadiazine argentique (S.Ag) associés à différentes classes de pansement

Formes : Compresses, mèches ou crème (peut être intégrés dans toutes les classes de pansements)

Propriétés antibactériennes

Indications :

Plaies infectées ou à colonisation critique

Contre-indications :

- Patient devant subir une IRM
- Sensibilisation à l'argent ou aux sulfamides
- Incompatibilité avec le Dakin*, l'eau oxygénée, la vaseline et autre corps gras
- Pour Acticoat*, humidifier à l'eau stérile uniquement, le chlorure de sodium le rendant moins efficace
- Femme en fin de grossesse ou qui allaite, nouveau-né (pour la sulfadiazine argentique)

Modalités et précautions d'emploi:

Pansement quotidien

Effets indésirables :

- coloration cutanée gris bleuté
- Pour ceux contenant de la sulfadiazine, complications générales de celle-ci (hématologiques, rénales, intestinales et cutanées).

TULLES

Composition, formes, propriétés :

Compresse de gaze à large mailles imprégnée d'une substance grasse neutre (silicone, paraffine ou vaseline éventuellement associée à de la CMC)

Forme : Compresse

Capacité d'absorption très réduite

Indications :

Plaies peu exsudatives, de la phase de bourgeonnement à la phase d'épidermisation

Remarque : utiliser uniquement lorsqu'une réfection quotidienne du pansement est nécessaire (surveillance rapprochée de la plaie ou de la peau périphérique), l'avantage étant sinon plutôt aux interfaces (diminution du temps infirmier, meilleure qualité de vie pour le patient)

Contre-indications :

- Allergie
- Plaie cancéreuse pendant la radiothérapie

Modalités et précautions d'emploi:

Renouvellement toutes les 24-48 heures car au-delà, risque d'arrachement des bourgeons au retrait du pansement

Effets indésirables :

- Macération
- Arrachement des bourgeons
- Trace de corps gras parfois difficile à nettoyer

INTERFACES

Composition, formes, propriétés :

Composition proche des tulles mais à mailles plus étroites

Formes : Compresse et mèche

Capacité d'absorption très réduite

N'adhère pas à la plaie et respecte, lors du retrait, les tissus nouvellement formés

Indications :

Plaies peu exsudatives, de la phase de bourgeonnement à la phase d'épidermisation

Contre-indications :

- Allergie
- Plaie cancéreuse pendant la radiothérapie

Modalité et précautions d'emploi:

- Renouvellement tous les 2 voire 4-5 jours
- Appliquer en une seule couche

Remarque : à préférer en deuxième intention devant leur coût élevé

FILMS

Composition, formes, propriétés :

Film adhésif de polyuréthane semi-perméable
Transparence (permet un contrôle visuel de la plaie)
Imperméables à l'eau et aux bactéries mais perméables aux gaz
Aucune capacité d'absorption

Indications (en tant que pansement primaire) :

- Plaie peu exsudative en phase d'épidermisation
- Escarre au stade de la rougeur (stade 1)

Contre-indications :

- Plaie infectées
- Plaie exsudative
- Plaie nécrotique

Modalités et précautions d'emploi:

Changement au décollement spontané, 1 à 2 fois par semaine en moyenne

PANSEMENTS A L'ACIDE HYALURONIQUE

Composition, formes, propriétés :

Acide hyaluronique

Formes : Crème, compresse imprégnée, microgranules, mèche absorbante ou spray à différents dosages de 0.05 à 0.2%

Indications :

Plaie bourgeonnante

Contre-indications :

- Allergie
- Plaie infectée
- Antiseptiques à base d'ammonium quaternaire (Biseptine*)

Modalités et précautions d'emploi :

- Nécessité d'un changement d'un pansement 1 à 2 fois par jour
- A noter, présence dans les crèmes parfumées de parabènes, augmentant le risque d'eczéma de contact

Remarque : à préférer en deuxième intention devant leur coût élevé

Tableau résumant les contre-indications et précautions d'emploi des différentes classes de pansements page suivante.

Type de pansement	Contre-indications	Mode d'utilisation/Précautions d'emploi
<p>HYDROGELS</p> <p>Plaques translucides ou gel</p> <p><i>Askina gel*, Aquaflo*, Curafil*, Curagel*, Duoderm hydrogel*, Hydrosorb*(gel ou plaque), Hypergel*, Intrasite*, Normigel*, Nu-gel*, Purilon gel*, Suprasorb Gel*, Tegaderm hydrogel*, Urgo hydrogel*</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Allergie -Plaies très exsudatives -Nécrose d'orteil chez l'artéritique -Plaies infectées, fistule (sauf sous contrôle médical) 	<ul style="list-style-type: none"> -5mm d'épaisseur -éviter l'application sur la peau périlésionnelle (protection éventuelle par pâte à l'eau) -pansement secondaire non absorbant et transparent (film ou hydrocolloïde mince) -changement toutes les 24-72 heures.
<p>HYDROCOLLOÏDES</p> <p>Plaques adhésives épaisses ou minces, pâtes ou poudre</p> <p><i>Algoplaque*, Askina Hydro*, Comfeel Plus*, Duoderm*, Hydrocoll*, Nu-Derm*, Sureskin*, Suprasorb H*, Tegaderm hydrocolloid*, Urgomed*</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Plaie infectée -Allergie (collophane) -Eczéma de la peau péri lésionnelle -Plaie atteignant muscle, tendon ou os -Nécrose sèche -Mycoses -Plaie du diabétique nécrotique, plaie d'origine artérielle sauf sous surveillance médicale 	<ul style="list-style-type: none"> -Changement à saturation (détersion : 48-72H max, épidermisation : jusqu'à 7 jours) -Déborder de 2-3 cm des bords -Sur peau sèche -Pour les pâtes : remplir la cavité aux 2/3 max -Hyperbourgeonnement :STOP hydrocolloïde -Pas d'antiseptiques sur la plaie avant d'avoir retiré les résidus de gel au sérum physiologique -Ne pas utiliser éosine, alcool, Dakin*, Bétadine*
<p>HYDROCELLULAIRES</p> <p>Plaques adhésives ou non</p> <p><i>Allevyn*, Askina Transorbent Touch*, Biatain*, Cellosorb*, Combiderm*, Curafoam*, Hydrotac*, Mepilex*, Permafoam*, Suprasorb P*, Tegaderm Foam*, Tielle*</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nécrose sèche -Allergie (rare) -Incompatibilité Dakin* et eau oxygénée -Plaie infectée (sauf sous surveillance médicale accrue) 	<ul style="list-style-type: none"> -Renouvellement à saturation, tous les 3-5 jours en moyenne (max 7 jours) -Déborder de 2-3 cm des bords de la plaie -Sur peau sèche, ne jamais humidifier lors de la pose.
<p>IRRIGO-ABSORBANT</p> <p><i>Hydroclean*</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> -Renouvellement tous les 24h -Possibilité de faire chevaucher plusieurs pansements si nécessaire -Ne pas découper

<p>HYDROFIBRES</p> <p>Compresse ou mèches</p> <p><i>Aquacel*</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Plaies sèches -Allergie -Mycoses -Plaie artéritique et plaie du diabétique (sauf sous surveillance médicale accrue) 	<ul style="list-style-type: none"> -Renouvellement à saturation, de 1 fois/j à 1 fois/sem selon la quantité d'exsudats. -Doit déborder de la plaie de 2 à 3 cm -Ne pas humidifier avant application -Mèches : combler les plaies creuses sans tasser -Plaies infectées : pansement secondaire non occlusif
<p>ALGINATES</p> <p>Compresse ou mèches</p> <p><i>Algisite M*, Algostérel*, Askina sorb*, Curasorb*, Melgisorb*, Seasorb Soft*, Sorbalgon*, Suprasorb A*, Urgosorb*</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Plaie sèche ou peu exsudative -Plaie nécrotique -Incompatibilité avec Dakin*, chlorhexidine, Biseptine* 	<ul style="list-style-type: none"> -Renouvellement à saturation, 24H si plaies infectées ou en phase de déterision, 2-3j sinon -Laisser déborder de 1cm sauf si peau périphérique lésée -Humidifier le pansement au sérum physiologique avant application sauf si exsudat très important, et avant le retrait -Mèches : combler les plaies sans tasser
<p>PANSEMENTS AU CHARBON</p> <p>Compresse ou plaques</p> <p><i>Actisorb plus*, Askina Carbosorb*, Carbonet*, Carboflex*, Vliwaktiv*</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nécrose sèche -Plaie atone -Bourgeonnement -Rougeur 	<ul style="list-style-type: none"> -Renouveler à saturation ou lorsque les mauvaises odeurs réapparaissent, toutes les 24-48 heures en général, tous les jours en cas de plaies infectées -Laisser déborder de 3 cm des bords de la plaie -Si plaie peu exsudative, humidifier le pansement au sérum physiologique et appliquer un pansement gras entre la plaie et le pansement -Ne jamais découper
<p>PANSEMENTS A L'ARGENT</p> <p><i>Acticoat</i> <i>Allevyn S.Ag®, Mepilex Ag® (hydrocellulaire)</i> <i>Aquacel Ag® (hydrofibre)</i> <i>Askina calgitrol(alginate)</i> <i>Atrauman Ag®, Urgotul®S.Ag (interface)</i> <i>Biatain Ag® Cellosorb Ag® (hydrocellulaire)</i> <i>laluset plus®(ac hyaluronique S.Ag)</i> <i>Release Ag(alginate)</i> <i>Suprasorb A+Ag(alginate)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Patient devant subir une IRM -Sensibilisation à l'argent ou aux sulfamides -Incompatibilité avec le Dakin*, l'eau oxygénée, la vaseline et autre corps gras -Femme en fin de grossesse ou qui allaite, nouveau-né (pour la sulfadiazine argentique) 	<ul style="list-style-type: none"> -Pansement quotidien -Pour Acticoat*, humidifier à l'eau stérile uniquement, le chlorure de sodium le rendant moins efficace

<p>TULLES</p> <p>Compresse</p> <p><i>Curity*, Grassolind*, Jelonet*, Lomatuell*, Tetratul*, Tullegras*, Vaselitulle*</i></p>	<p>-Allergie -Plaie cancéreuse pendant la radiothérapie</p>	<p>Renouvellement toutes les 24-48H</p>
<p>INTERFACES</p> <p>Compresse ou mèches</p> <p><i>Adaptic*, Atrauman*, Cuticerin*, Glucan II*, Jelonet Plus*, Hydrotul®(+CMC)*, Interface S*, Mepitel*, Physiotulle*(CMC), Urgotul*(CMC)</i></p>	<p>-Allergie -Plaie cancéreuse pendant la radiothérapie</p>	<p>-Renouvellement tous les 2 voire 4-5 jours -Appliquer en une seule couche</p>
<p>FILMS</p> <p><i>Askina derm, Dermafilm, Hydrofilm®, Hypafix®, Lumiderm 6000®, Opsite®, Polyskin II®, Suprasorb F, Tegaderm®, Visulin</i></p>	<p>-Plaie infectée -Plaie exsudative -Plaie nécrotique</p>	<p>Changement au décollement spontané, 1 à 2 fois par semaine en moyenne</p>
<p>PANSEMENTS A L'ACIDE HYALURONIQUE</p> <p>Crème, compresse imprégnée, micro-granules, mèches absorbantes, flacon pressurisé</p> <p><i>laluset*, Hyalofill*, Hyalogran*, Effidia*</i></p>	<p>-Allergie -Plaie infecté -Biseptine*</p>	<p>Changement 1 à 2 fois par jour</p>

TABLEAU D'AIDE AU CHOIX D'UN PANSEMENT

EXSUDAT STADE	0 à 		
Détersion Nécrose (NOIR)	HYDROGEL IRRIGO-ABSORBANT	HYDROCOLLOÏDES +/- CHARBON	ALGINATE HYDROFIBRE +/- CHARBON
Détersion Fibrine (JAUNE)	HYDROGEL HYDROCOLLOÏDE épais IRRIGO-ABSORBANT	HYDROCOLLOÏDE HYDROGEL HYDROCELLULAIRE si bourgeonnement déjà déclenché	ALGINATE HYDROFIBRE
Bourgeonnement (ROUGE)	① TULLE ou INTERFACE HYDROCOLLOÏDE mince FILM ② HYDROCELLULAIRE mince +/- ACIDE HYALURONIQUE	① HYDROCELLULAIRE ② HYDROCOLLOÏDE	ALGINATE HYDROFIBRE
Epidermisation (ROSE)	① TULLE ou INTERFACE HYDROCOLLOÏDE MINCE ou FILM ② ACIDE HYALURONIQUE HYDROCELLULAIRE FIN (forme « Lite »)	① HYDROCELLULAIRE ② HYDROCOLLOÏDE	ALGINATE HYDROFIBRE
Infection (VERT)	PANSEMENT A L'ARGENT +/- CHARBON	ALGINATE PANSEMENT A L'ARGENT +/- CHARBON	ALGINATE HYDROFIBRE PANSEMENT A L'ARGENT +/- CHARBON
Plaie creuse	Fond noir et/ou jaune : PATE HYDROCOLLOÏDE Fond rouge : INTERFACE en mèche ou TULLE	Fond noir et/ou jaune : PATE HYDROCOLLOÏDE Fond rouge : PATE HYDROCOLLOÏDE ou HYDROCELLULAIRE CAVITAIRE	MECHE HYDROFIBRE OU ALGINATE
Escarre stade 1 (rougeur)	HYDROCOLLOÏDE MINCE ou FILM		
Plaie malodorante	CHARBON +/- ALGINATE		
Plaie hémorragique	ALGINATE		
Plaie hyper- bourgeonnante	Application d'un DERMOCORTICOÏDE (préférentiellement Diprosone*, le moins allergisant) recouvert : - d'un TULLE si hyperbourgeonnement important et nécessité d'un changement quotidien - d'une INTERFACE ou d'un HYDROCELLULAIRE si l'hyperbourgeonnement est modéré		

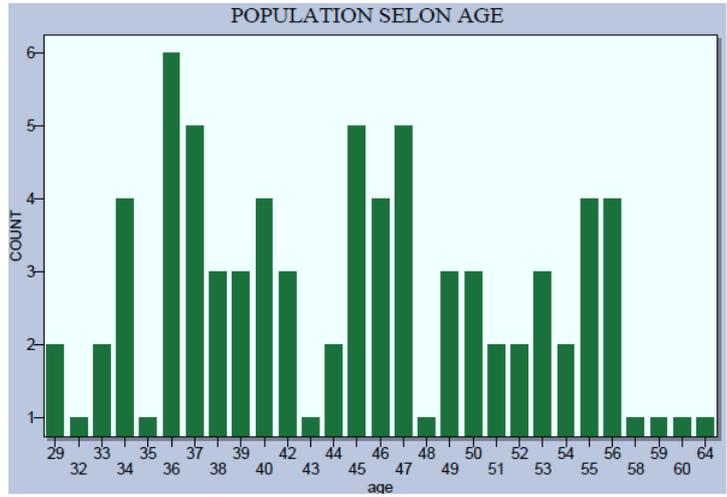
Lorsque le choix peut se faire entre deux classes de pansement, il faudra privilégier celle dont les réfections sont les plus espacées, afin d'améliorer la qualité de vie du patient et de réduire le coût du traitement³⁶.

Il faut tout de même souligner que la qualité méthodologique des études sur les pansements est souvent insuffisante. Il existe finalement peu de preuves sur la plus grande efficacité d'une classe par rapport à une autre concernant leur capacité à permettre une cicatrisation complète, à prévenir ou contrôler une infection ou encore améliorer le confort et la qualité de vie du patient^{20,36}.

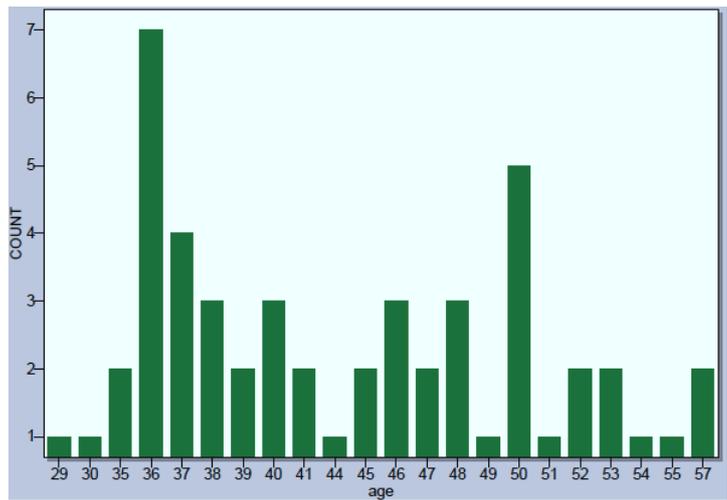
Il ne faut cependant pas oublier que le soin local et le choix du pansement n'est qu'un élément parmi d'autres pour obtenir une cicatrisation : la recherche de la cause de la plaie et des facteurs responsables de retards de cicatrisation afin de les corriger, reste l'élément essentiel pour obtenir une cicatrisation^{6,36}.

ANNEXE III : REPARTITIONS DES POPULATIONS DE L'ETUDE

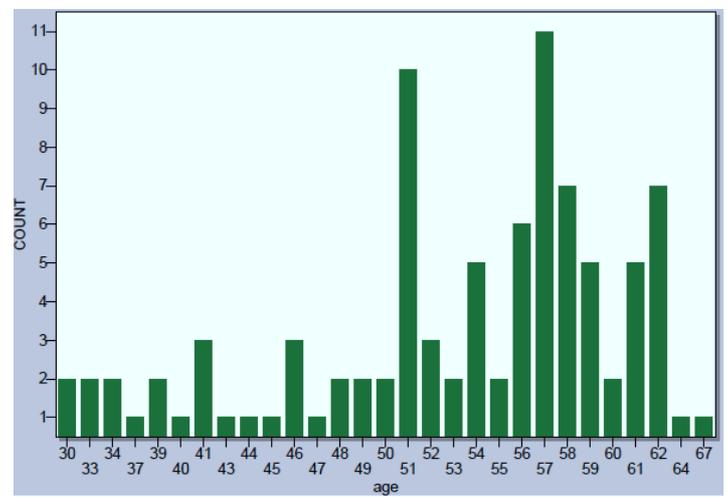
IDEL
2009



IDEL
2010



MEDECIN
2010



ANNEXE IV : DETAIL DES TABLEAUX VI, VIII, X, XII

Tableau VI : Type de pansement utilisé sur un ulcère veineux à fond fibrineux et nécrotique sec, douloureux, par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010

PANSEMENT	IDEL (n=51)	MED (n=67)
Pansement ou produit contre-indiqué sur ce type de plaie ou incompatibilité	6	21
ALGINATE		2
HYDROFIBRE	1	
HYDROCELLULAIRE	1	11
HYDROCOLLOIDE	2	6
HYDROGEL+ALGINATE		1
MUPIDERM+HYDROCELLULAIRE		1
ELASE+HYDROCELLULAIRE*	1	
ELASE+HYDROCOLLOIDE*	1	
Pansement non adapté à la phase de cicatrisation de la plaie et/ou à la quantité d'exsudat	4	12
PANSEMENT A L'ARGENT	1	1
ACIDE HYALURONIQUE		2
ACIDE HYALURONIQUE +HYDROCELLULAIRE		2
TULLE+HYDROCELLULAIRE		1
INTERFACE		3
TULLE	3	3
Rythme non adapté au stade de la détersion (délai maximal de 48h admis)	6	10
Rythme non adapté au pansement utilisé	1	
Pansements pouvant être utilisés sur ce type de plaie	37	20
HYDROGEL	8	8
HYDROGEL+FILM	1	1
HYDROGEL+TULLE	1	
HYDROGEL+HYDROCELLULAIRE	18	4
HYDROGEL+HYDROCELLULAIRE+IBUPROFENE		1
HYDROGEL+HYDROCOLLOIDE	7	5
HYDROGEL+HYDROCOLLOIDE+INTERFACE		1
HYDROGEL + PANSEMENT PEU ABSORBANT	1	
VASELINE+TULLE	1	

la crème Elase a été exclue car elle est génératrice de douleurs et donc incompatible avec une plaie déjà douloureuse

Tableau VIII : Type de pansement utilisé sur une escarre ischiatique à fond fibrineux, très exsudative, malodorante par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010

PANSEMENT (Partie I)	IDEL (n=53)	MED (n=66)
Pansements ou produits contre-indiqués sur ce type de plaie ou incompatibilité	13	3
CHARBON + HYDROGEL + PANSEMENT ABSORBANT	1	
CHARBON + HYDROGEL	1	
CHARBON + HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE + HYDROGEL	2	
ARGENT + CHARBON + HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE + HYDROGEL	1	
ALGINATE + HYDROGEL	1	
ALGINATE + CHARBON + HYDROCELLULAIRE + HYDROGEL	1	
HYDROCELLULAIRE + HYDROGEL	2	
HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE + HYDROGEL	1	
HYDROFIBRE + HYDROGEL		1
HYDROGEL	2	1
ARGENT + HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE + HYDROGEL	1	1
Pansements non adaptés à la phase de cicatrisation de la plaie et/ou à la quantité d'exsudat		5
ARGENT + INTERFACE		2
INTERFACE		1
PAS DE PANSEMENT		1
TULLE		1
Rythme non adapté au stade de la détersion (délai maximal de 48h admis)	1	12
Rythme non adapté si infection de la plaie (délai ≥ 48h)	2	9
Pansements contre-indiqués si infection de la plaie	2	1
ARGENT + HYDROCOLLOÏDE	1	
ARGENT + HYDROCOLLOÏDE + HYDROFIBRE	1	
ARGENT + HYDROCOLLOÏDE + PANSEMENT ABSORBANT		1

PANSEMENT (Partie II)	IDEL (n=53)	MED (n=66)
Pansements pouvant être utilisés sur ce type de plaie	48	42
ALGINATE + CHARBON +/- ARGENT		1
ALGINATE	1	3
ALGINATE + ARGENT	1	
ALGINATE + CHARBON + HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE	1	
ALGINATE + CHARBON + HYDROFIBRE	1	
ALGINATE + HYDROCELLULAIRE	2	1
PANSEMENT A L'ARGENT	2	4
ARGENT + CHARBON	4	3
ARGENT + CHARBON + HYDROCELLULAIRE	1	
ARGENT + CHARBON + HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE	2	
ARGENT + CHARBON + HYDROFIBRE	2	2
ARGENT + HYDROCELLULAIRE		10
ARGENT + HYDROCELLULAIRE +/- CHARBON		1
ARGENT + HYDROCELLULAIRE+ HYDROFIBRE	6	1
ARGENT + HYDROCELLULAIRE +HYDROFIBRE+ PANSEMENT ABSORBANT	2	
ARGENT + HYDROCELLULAIRE +PANSEMENT ABSORBANT		1
ARGENT + HYDROFIBRE	2	
ARGENT + INTERFACE + HYDROCELLULAIRE	1	
ARGENT + PANSEMENT ABSORBANT		1
CHARBON	1	7
CHARBON + HYDROCELLULAIRE	3	1
CHARBON + HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE + IRRIGO-ABSORBANT	1	
CHARBON + HYDROFIBRE	3	2
CHARBON +IRRIGO-ABSORBANT	1	
HYDROCELLULAIRE	2	4
HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE	5	
HYDROCELLULAIRE + PANSEMENT ABSORBANT	1	
HYDROFIBRE	3	

Tableau X : Type de pansement utilisé sur une escarre talonnière, à fond fibrineux, avec un pourtour rouge et œdématié, douloureuse par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010

PANSEMENT	IDEL (n=52)	MED (n=63)
Pansements ou produits contre-indiqués sur ce type de plaie ou incompatibilité	14	20
ARGENT +HYDROCOLLOÏDE		1
ACIDE HYALURONIQUE		2
ACIDE HYALURONIQUE + HYDROCELLULAIRE + TULLE	1	
HYDROCELLULAIRE +IBUPROFENE	1	
HYDROCOLLOÏDE	3	13
HYDROCOLLOÏDE +/- HYDROGEL	1	
HYDROCOLLOÏDE + HYDROFIBRE + HYDROGEL	1	1
HYDROCOLLOÏDE + HYDROGEL		3
IBUPROFENE + HYDROCELLULAIRE +HYDROGEL	1	
ELASE*	1	
ELASE+ HYDROCELLULAIRE*	1	
ARGENT + HYDROCELLULAIRE +HYDROFIBRE+HYDROGEL	1	
ARGENT + HYDROFIBRE + HYDROGEL	1	
HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE + HYDROGEL	2	
Pansements non adaptés à la phase de cicatrisation de la plaie	2	3
TULLE	2	3
Rythme non adapté à l'infection de la plaie (délai ≥ 48h)	19	29
Pansements pouvant être utilisés sur ce type de plaie	26	12
ALGINATE +HYDROCELLULAIRE	1	
ARGENT + HYDROCELLULAIRE		1
ARGENT + HYDROCELLULAIRE + HYDROGEL	2	
ARGENT + HYDROFIBRE	1	1
CHARBON + HYDROCELLULAIRE		1
FLAMMAZINE+ TULLE	1	
HYDROCELLULAIRE	5	7
HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE		1
HYDROCELLULAIRE + HYDROGEL	9	
HYDROGEL	3	1
HYDROGEL + HYDROCELLULAIRE	2	
IRRIGO ABSORBANT+ HYDROCELLULAIRE	2	

* la crème Elase* a été exclue car elle est génératrice de douleurs et donc incompatible avec une plaie déjà douloureuse

Tableau XII : Type de pansement utilisé sur un mal perforant plantaire, à fond rouge, bourgeonnant par les infirmières libérales (IDEL) et les médecins (MED) de Charente en 2010

PANSEMENT	IDEL (n=53)	MED (n=56)
Pansements ou produits contre-indiqués sur ce type de plaie ou incompatibilité	1	1
HYDROCELLULAIRE +MUPIDERM	1	
HYDROCOLLOÏDE + HYDROFIBRE + HYDROGEL		1
Pansements non adaptés à la phase de cicatrisation de la plaie	3	8
PANSEMENT A L'ARGENT		1
ARGENT +ACIDE HYALURONIQUE		1
ARGENT +HYDROCELLULAIRE		2
ARGENT + HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE		1
ARGENT + HYDROFIBRE	1	
ARGENT + INTERFACE	1	
ACIDE HYALURONIQUE + ARGENT		1
HYDROGEL		1
HYDROCELLULAIRE+ HYDROGEL		1
PANSEMENT SEC	1	
Rythme non adapté au pansement utilisé		3
Pansements pouvant être utilisés sur ce type de plaie	55	47
ALGINATE		1
ALGINATE +HYDROCELLULAIRE	5	
ACIDE HYALURONIQUE	1	1
COMPRESSES HUMIDIFIEE		1
HYDROCELLULAIRE	19	26
HYDROCELLULAIRE + HYDROFIBRE	1	1
HYDROCELLULAIRE + INTERFACE	2	
HYDROCELLULAIRE + TULLE	1	
HYDROCOLLOÏDE	8	10
HYDROCOLLOÏDE + INTERFACE	1	
HYDROFIBRE + HYDROCELLULAIRE	1	
HYDROFIBRE+HYDROCOLLOÏDE	1	
INTERFACE	5	4
TULLE	11	3

ANNEXE V : CRITERES CLINIQUES D'INFECTION D'UNE PLAIE CHRONIQUE^{21,22}

Infection localisée	Dissémination de l'infection
<ul style="list-style-type: none">• Douleur nouvelle, en augmentation ou modifiée¹• Retard (ou arrêt) de la cicatrisation¹• Tissu de granulation saignant ou friable (mais difficile à observer en pratique)• Tuméfaction péri-lésionnelle• Changement de couleur du lit de la plaie• Augmentation du volume d'exsudat ou exsudat altéré/purulent• Induration• Formation de poches (zones lisses à la base d'une plaie entourée de tissu de granulation)• Formation de ponts d'épithélium ou de tissus mous• Odeur nauséabonde ou modification de l'odeur²	<p>Idem plus :</p> <ul style="list-style-type: none">• Dégradation de la plaie¹• Cellulite¹• Extension de l'érythème depuis les berges de la plaie• Extension des crépitations, de la chaleur, de l'induration ou du changement de couleur à la zone péri-lésionnelle• Lymphangite• Altération de l'état général
<p>¹ critère fortement indicateur d'une infection même isolé (forte spécificité) L'infection est également très probable en présence de 2 ou plus des autres signes énumérés</p> <p>² mais peut être présent en l'absence d'infection</p>	

RESUME

INTRODUCTION : Les plaies chroniques représentent un problème majeur de santé publique. L'infirmier(ère) libéral(e) (IDEL) et le médecin généraliste (MG) sont les acteurs principaux de cette prise en charge en ambulatoire. L'objectif de cette étude était d'effectuer un état des lieux des modes de collaboration et de communication entre ces deux professionnels de santé dans le suivi des plaies chroniques en Charente.

METHODE : Etudes transversales réalisées en Charente auprès de l'ensemble des MG en 2010 et des IDEL en 2009 et 2010. Auto-questionnaires envoyés par voie postale sans relance, évaluant la satisfaction vis-à-vis de la collaboration entre les MG et les IDEL, leurs pratiques et les solutions d'amélioration qu'ils seraient prêts à envisager.

RESULTATS : 92 IDEL en 2009, 55 IDEL et 94 MG en 2010 ont répondu. Les MG étaient globalement satisfaits de la prise en charge de l'IDEL (89.3%) mais regrettaient un défaut d'informations concernant l'évolution des plaies (30.8%) et les modifications des protocoles de soins locaux (59.8%). Les IDEL étaient insatisfaites des rythmes de réévaluation des plaies par les MG (73.9%) et les trouvaient insuffisamment impliqués (64.9%), mais les estimaient disponibles en cas de problèmes (90.2%). MG et IDEL souhaitaient une collaboration plus importante (MG : 67% ; IDEL : 88.4%). Les IDEL proposaient des traitements locaux plus adaptés que les MG (plaie fibrineuse : $p=0.00007$; infectée : $p=0.004$; bourgeonnante : $p=0.03$). Une formation complémentaire (MG : 92.4% ; IDEL : 96.3%) et la mise en place d'un cahier de suivi (MG : 88.1% ; IDEL : 88.7%) étaient les solutions d'amélioration les plus plébiscitées.

CONCLUSION : Cette étude démontrait les problèmes de communication entre IDEL et MG concernant le suivi des plaies chroniques, et les lacunes de chacun dans cette prise en charge. Elle permettait également d'orienter vers des solutions adaptées à leurs souhaits.

MOTS CLES : Plaies, ulcère de jambe, escarre, ulcère du pied diabétique, soins primaires, collaboration, rôle de l'infirmier, médecin généraliste

SUMMARY

INTRODUCTION: Chronic wounds represent a major public health problem. District nurses (DN) and general practitioners (GPs) are the main players in this area of primary care. The objective of this study was to produce a report of the methods of collaboration and communication that exist between these two health professionals in monitoring chronic wounds in Charente.

METHOD: Transversal survey conducted in Charente with all GPs in 2010 and all DN in 2009 and 2010. Self-administered questionnaires sent by mail without follow up, assessing satisfaction vis-à-vis collaboration between GPs and DN, practices and improvements they would be willing to consider.

RESULTS: 92 DN in 2009, 55 DN and 94 GPs in 2010 responded. GPs were generally satisfied with the care of DN (89.3%), but regretted a lack of information regarding the progress of wounds (30.8%) and changes in local care protocols (59.8%). The DN were dissatisfied with the supervision rate of wounds by GPs (73.9%) and were insufficiently involved (64.9%), but remained available in case of problems (90.2%). GPs and DN wanted greater collaboration (GPs: 67% DN: 88.4%). DN suggested local treatments more suitable than GPs (fibrinous wound: $p=0.00007$; infected: $p=0.004$; burgeoning: $p=0.03$). Additional training (GPs: 92.4%; DN: 96.3%) and the establishment of a logbook (GPs: 88.1%; DN: 88.7%) were the most desired improvements.

CONCLUSION: This study demonstrated the problems of communication between GP and DN for monitoring chronic wounds and lacks of knowledge of each in this field. It also give direction towards improvements to fulfill.

KEY WORDS: Wounds, leg ulcers, pressure ulcers, diabetic foot ulcer, primary care, collaboration, Nurse's role, General practitioners



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, 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 !

