



**HAL**  
open science

# Étude de la relation entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans l'Oise pour la prise en charge des plaies chroniques

Edith Agnes Sperling

► **To cite this version:**

Edith Agnes Sperling. Étude de la relation entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans l'Oise pour la prise en charge des plaies chroniques. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01325774

**HAL Id: dumas-01325774**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01325774>**

Submitted on 2 Jun 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE**

**FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

---

ANNEE 2016

Thèse N° 2016-14

**Etude de la relation entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans  
l'Oise pour la prise en charge des plaies chroniques**

**THESE D'ETAT DE DOCTORAT EN MEDECINE**

**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

**PRESENTEE ET SOUTENUE**

**LE 18 MARS 2016**

**PAR**

**Edith Agnes SPERLING**

---

**Président du jury :**

**Mme le Professeur Catherine LOK**

**Membres du jury :**

**Mme le Professeur Cécile MAZIERE**

**M. le Professeur Jean-Daniel LALAU**

**M. le Professeur Denis CHATELAIN**

**Mme le Docteur Agnès VAIDIE**

**Directeur de la thèse :**

**M. le Docteur Hubert FRAIGNAC**



# REMERCIEMENTS

---

## **A Mme le Professeur Catherine LOK,**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Dermatologie-Vénérologie)

Assesseur du 3<sup>ème</sup> cycle

Chef du Service de Dermatologie

Chef du Pôle des 5 Sens

*Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, veuillez retrouver ici l'expression de toute ma reconnaissance pour l'enseignement reçu dans votre service.*

## **A Madame le Professeur Cécile MAZIERE**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Biochimie et biologie moléculaire)

Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

## **A Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

**Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Anatomie et cytologie pathologique)

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

**A Madame le Docteur Agnès VAIDIE**

Praticien hospitalier

(Endocrinologie et maladie métaboliques)

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

**A Monsieur le Docteur Hubert FRAIGNAC**

Médecin généraliste à Noyon

Enseignant au département de médecine générale de la faculté d'Amiens.

*Vous me faites l'honneur de diriger ce travail et je vous remercie de l'aide et des conseil apporté tout au long de la rédaction.*

**A Monsieur le Docteur Richard AGUT**

*Merci pour tous les précieux conseils, les multiples petites pistes durant la préparation qui me faisaient faire des pas de géant, les heures de correction et de relecture afin que mon texte soit en français correct. Merci pour toutes les pistes de réflexion au cours de la rédaction pour que naisse une synthèse claire de mes idées. Merci aussi pour ce compagnonage pour mes débuts en tant que jeune généraliste. Sans vous, ce travail n'aurait pas pu voir le jour et je ne serai pas le médecin que je suis aujourd'hui.*

**A Monsieur le Docteur ARTIGUES**

*Je vous remercie de m'avoir ouvert la porte de votre cabinet en ce midi de Novembre 2013. Merci de m'avoir permis de faire mes premiers pas dans la médecine générale dans votre cabinet ainsi que pour ces discussions constructives autour de nos déjeuners communs.*

**A mes précieux relecteurs : Charline et Dominique**

*Merci pour votre patience pour la relecture de ce texte.*

**A ma traductrice : Pauline**

*Thanks for your precious contribution. Without your priceless help my english version wouldn't have emerged. Thank you very much.*

**A mon homme. A ma famille, ma belle-famille et à mes amis.**

*Merci à tous pour votre soutien, votre patience avec moi. Eric : merci pour ton amour et ta patience avec moi.*

*Lieber Papa, Liebe Mama, diese Arbeit ist auch euch gewidmet. Vielen Dank für Alles was ihr für mich gemacht hat.*

*Ainsi qu'à Licinio : merci à toi pour ta motivation initiale. Sans cette discussion un soir de printemps, je procrastinerais encore.*



# TABLE DES MATIERES

---

<b>1. Introduction</b>	<b>11</b>
<b>2. Matériel et méthode</b>	<b>13</b>
2.1. Objectifs du travail	13
2.2. Participants	13
2.3. Méthode de recueil des données et transcription	14
<b>3. Résultats</b>	<b>15</b>
3.1. Présentation des interviewés	15
3.1.1. Les médecins	15
3.1.2. Les infirmiers	17
3.2. Organisation de la consultation pansement en coordination	19
3.2.1. Modalités de la consultation commune	19
3.2.1.1. Du point de vue des médecins	19
3.2.1.2. Du point de vue des infirmiers	22
3.2.2. Qualification de leur propre prise en charge	27
3.2.2.1. Maîtrise	27
3.2.2.2. Efficacité	28
3.2.2.3. Formation	29
3.2.3. Qualification de la prise en charge commune	33
3.2.4. Améliorations souhaitées par les participants	40
3.3. Les recours extérieurs au binôme médecin/infirmier	43
3.3.1. Qui décide ?	43
3.3.2. Recours existants	43

3.3.2.1. Dermatologues	43
3.3.2.2. Angiologues	45
3.3.2.3. Consultation pansement	46
3.3.2.4. Autres	47
3.3.3. Recours futurs	51
3.3.3.1. Freins de recours actuels	51
3.3.3.2. La Télé médecine	52
<b>4. Discussion</b>	<b>55</b>
4.1. Discussion de la méthode	55
4.1.1. La méthode qualitative	55
4.1.2 L'échantillon	55
4.2. Discussion des résultats	56
4.2.1. Une organisation somme toute assez simple	56
4.2.2. Une relation "d'équipe" mais "pas toujours facile"	57
4.2.3. Un problème de formation et de connaissances	58
4.2.4. Les recours extérieurs divers	60
4.3. Pistes d'améliorations futures	61
<b>5. Conclusion</b>	<b>65</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>69-72</b>
<b>Annexes</b>	<b>73</b>





# INTRODUCTION

---

Les plaies chroniques constituent un problème de santé publique en croissance constante en France. Très peu d'études ont été réalisées sur leur prévalence en général et les fourchettes sont très larges. Elles concernaient des étiologies spécifiques (ulcères, escarre, pied diabétique...). La revue de la littérature faite par l'HAS pour l'évaluation des pansements estime le nombre de porteurs de plaies chroniques entre 188 000 et 669 000 patients. (environ 35 000 pieds diabétiques, environ 20 000 moignons d'amputation, entre 63 000 et 502 000 porteurs d'ulcères, entre 70 000 et 112 000 escarres en ville).<sup>1</sup> L'étude VULNUS réalisée en 2008 estimait la prévalence globale de patients porteurs de plaies en ambulatoire à 10,2 % (IC 95 % : 9,9 % ; 10,6 %) dont 43% de plaies chroniques (évoluant depuis plus de 6 semaines).<sup>2</sup>

Entre 2000 et 2012, le poste de dépenses consacrées aux plaies chroniques par l'assurance maladie a explosé (+79%). La Cour des Comptes pointe du doigt l'évolution de ces dépenses que le vieillissement de la population et son augmentation ne suffisent pas à expliquer. (+45% [en euros constants 2012] entre 2000 et 2012)<sup>3</sup>

Il se trouve que j'ai travaillé durant un semestre d'internat à la consultation de suivi des plaies chroniques du service de dermatologie du CHU d'Amiens. Nous avions le matériel adapté, des infirmières dédiées et formées spécifiquement et les dermatologues du service pour les cas complexes... Bref, toute l'organisation nécessaire à mes yeux d'interne. Je me suis donc demandé comment mes futurs collègues généralistes s'organisaient avec les infirmières libérales diplômées d'état (IDEL) pour assurer un suivi des plaies chroniques en ville.

Dans nos recherches préliminaires en 2013, je n'ai trouvé que très peu de travaux sur le suivi des plaies chroniques en ville. Une thèse faite à Bordeaux en 2006 montrait bien les difficultés de coopération entre médecin et IDEL liées notamment à des problèmes de communication et à la prise d'initiative par les IDEL.<sup>4</sup> Mais cette étude ne portait que sur les ulcères veineux et non sur l'ensemble des plaies chroniques. Une autre thèse soutenue en 2012 à Poitiers publiait les résultats d'une étude transversale menée en Charentes. Elle mettait à jour des problèmes de communication, de connaissances et d'investissement insuffisant de la part des médecins.<sup>5</sup> Il existe également un mémoire infirmier réalisé en 2005 à Saint

Etienne dans le cadre du Diplôme Universitaire plaie et cicatrisation.<sup>6</sup> Ce mémoire a l'avantage de compter une très forte participation de la part des infirmières contrairement aux deux thèses. Il concluait à manque important de formations des deux métiers ainsi qu'à un faible investissement médical dans le suivi des plaies.

Quels que soient leurs intérêts, ces trois travaux ne se concentraient pas uniquement sur la relation médecin/IDEL mais incluaient une part importante d'évaluations des pratiques professionnelles. Et puis aucun d'entre eux n'évaluait la relation avec les spécialistes et autres recours extérieurs alors qu'ils constituent un élément important du suivi. De plus, ils utilisaient des méthodes quantitatives.

J'ai donc choisi la méthode qualitative, afin de laisser les professionnels parler de leur relation avec leurs mots. Cela permet aussi de comparer, autant que possible, les résultats avec les méthodologies quantitatives des autres travaux. Enfin, je souhaitais connaître les attentes des IDEL et des généralistes quant à la télé médecine dans le suivi des plaies chroniques. En effet, la démographie médicale picarde est très déficitaire comme le relève l'Agence Régionale de Santé (ARS) Picardie dans l'état des lieux de la santé du plan régional de santé 2012-2017.<sup>7</sup> Elle a publié, en 2012, un programme régional de télé médecine dans lequel le suivi des plaies chroniques y tient une petite place. D'ailleurs, un travail de thèse a été réalisé à Nantes exclusivement sur ce thème.<sup>8</sup>

# MATERIEL ET METHODE

---

## 2.1 Objectifs du travail.

- Objectif principal.

L'objectif principal du travail est d'évaluer comment et à quel point médecins libéraux et infirmiers se coordonnent afin d'obtenir une prise en charge optimale des plaies chroniques. Cet objectif principal a été analysé sous trois aspects. Les points analysés ont été :

- Manière dont médecins et infirmiers suivent ensemble les plaies chroniques : organisation pour le suivi (lieux, intervenants, fréquence, mode d'échange des informations), hiérarchie dans la prise de décisions et modalités de prescriptions du matériel.
- Auto-analyse de leur prise en charge.
- Ressenti de leur relation avec l'autre profession et les pistes pour l'améliorer.

- Objectif secondaire.

L'objectif secondaire est d'analyser la relation des médecins et infirmiers aux recours extérieurs (littérature, spécialistes, consultations spécialisées, laboratoires) et les possibilités d'amélioration apportées notamment par la télémédecine.

## 2.2 Participants.

- Médecins.

Les participants sont des médecins généralistes libéraux installés dans le département de l'Oise. Ils ont été choisis au hasard dans l'annuaire sur le site des pages jaunes avec les variables "médecin généraliste" et "Oise". Les médecins généralistes à exercice particulier ont été exclus de la recherche (homéopathe, échographiste, acupuncteur, médecin de la douleur ou allergologue). La seule condition d'inclusion a été d'accepter de participer à l'entretien.

- Infirmiers.

Les participants sont des infirmiers libéraux installés dans le département de l'Oise. Ils ont été sélectionnés au hasard dans l'annuaire sur le site des pages jaunes avec les variables "infirmier" et "Oise". La condition d'inclusion était qu'ils acceptent de participer à l'entretien.

Le recrutement des participants a été arrêté lorsque l'analyse des nouveaux entretiens n'a plus apporté aucune nouvelle donnée ; on parle alors de saturation des données.

### **2.3 Méthode de recueil des données et transcription.**

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés réalisé du 9 avril 2015 au 7 septembre 2015. Un script d'entretien a été rédigé et divisé en quatre parties, répondant à l'objectif principal et à l'objectif secondaire de l'étude. Il a servi de guide aux entretiens et est fourni en annexe. Les entretiens ont été enregistrés de manière numérique avec un dictaphone personnel. Le consentement pour l'enregistrement a été demandé à chaque participant en début d'interview et le dictaphone mis en évidence sur le bureau. Puis ils ont été transcrits de manière fidèle à l'oral. Quelques phrases contenant trop de propositions ont été coupées en deux phrases afin de faciliter la compréhension et l'analyse. Certaines phrases à peine débutées et n'ayant aucun lien avec la conversation ainsi que des interjections liées à des tics de langage ont été retirées, le but étant de faciliter la compréhension à la lecture et l'analyse. Les indications de lieux ainsi que les noms des personnes citées ont été effacées lors de la transcription de manière à anonymiser les entretiens. Ils ont été remplacés par la première lettre du nom propre. Ils ont été numérotés au hasard avec la lettre M pour médecin et I pour infirmier suivi d'un chiffre.

L'analyse a été réalisée avec le logiciel Nvivo version 10. Les entretiens ont été découpés sous forme de verbatim et regroupés puis classés de manière à répondre aux objectifs. Au fur et mesure de l'analyse, les différents verbatim ont été redécoupés et classés.

# RESULTATS

---

## 3.1. Présentation des participants.

### 3.1.1. Médecins

Au cours de notre travail de recherche, quinze médecins ont été contactés par téléphone. Trois d'entre eux, qui avaient initialement accepté, n'ont pu être recontactés car le secrétariat filtrait les appels. Nous n'avons pas pu nous entretenir avec trois autres médecins car ils ne disposaient pas d'un secrétariat. Un autre médecin a refusé car il était débordé. Nous avons dû refuser une personne malgré sa candidature spontanée car elle connaissait déjà le travail. Enfin, nous avons récusé un autre médecin qui avait au préalable accepté de participer mais nous étions déjà à saturation de données concernant le groupe des médecins. Notre corpus d'interview est donc composé des échanges avec sept médecins.

Lors du premier appel, le projet était présenté et un rendez-vous pour réaliser l'entretien était convenu. Les entretiens ont duré en moyenne 17 min 26. Ils ont tous été réalisés en direct au cabinet des médecins et enregistrés sur un dictaphone personnel après consentement.

Suite à la septième interview, nous avons stoppé la collecte de données concernant l'échantillon des médecins car plus aucune nouvelle donnée n'a été rapportée.

### Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

Nom	Sexe et âge	Lieu et type d'exercice	Expérience libérale	Fréquence de PEC des plaies chroniques
M 1	H, 56	Semi urbain Seul	25 ans	1 par mois
M 2	F, 57	Urbain CG	33 ans	< 1/mois
M 3	F, 31	Rural CG	3,5 ans	2 par mois
M 4	H, 42	Semi urbain CG	12 ans	1 à 2 par mois
M 5	F, 50	Rural Seule	19 ans	1 à 2 par mois
M 6	H, 64	Semi urbain MM	33 ans	1 à 2 par mois
M 7	F, 54	Urbain Seule	25 ans	3 par mois

*H : homme, F : femme, CG : cabinet de groupe, MM : maison médicale, PEC : prise en charge*

Les médecins de notre échantillon ont tous exercé la majorité de leur carrière en libéral. Deux d'entre eux ont eu trois ans d'expérience salariée avant de s'installer (M1 et M7). Enfin, le dernier a débuté un assistantat de gynécologie avant de se reconvertir en médecine générale très rapidement (M6).

L'âge moyen des médecins interrogés est de 51 ans. Ceci correspond à l'âge moyen en Picardie. Néanmoins il est plus féminisé que la moyenne de la région selon les statistiques. (9)

### 3.1.2 Infirmiers diplômés d'état libéraux (IDEL)

Treize IDEL ont été contactés par téléphone. Huit n'ont jamais répondu ou rappelé malgré les messages laissés sur les répondeurs. Cinq ont accepté dès le premier appel et un rendez-vous téléphonique a été pris pour l'entretien. Aucun IDEL contacté n'a refusé de participer.

L'entretien a été enregistré sur dictaphone après consentement des participants grâce au haut-parleur. Tous les IDEL participants ont préféré faire l'interview au téléphone car l'organisation était plus pratique pour eux. Dans deux cas, plusieurs rendez-vous ont été nécessaires afin de se coordonner (imprévus dans le planning des IDEL I2 et I3).

#### Caractéristiques des IDEL interrogés

Nom	Sexe et âge	Lieu d'exercice	Expérience libérale	Fréquence de PEC des plaies chroniques
I 1	F, 41	Urbain	4 ans	Une par jour
I 2	H, 48	Rural	21 ans	4 à 5 par jour
I 3	F, 45	Urbain	11 ans	6 par jour
I 4	H, 60	Urbain	30 ans	4 à 5 par jour
I 5	F, 56	Semi urbain	25 ans	Une dizaine par jour

*F : femme, H : homme, PEC : prise en charge*

Les IDEL interrogés ont, pour la plupart, eu une activité salariée avant de s'installer en libéral. I1 est une jeune diplômée qui s'est installée un an après des remplacements en ville. Elle n'a jamais été salariée. I2 a fait deux ans en réanimation au service militaire puis deux ans aux urgences avant de s'installer. I3 a été infirmière en SSR, long séjour puis cardio USIC mais n'a pas mentionné la durée. I4 n'a pas précisé non plus la durée de son expérience à l'hôpital en service psychiatrie puis chirurgie ORL. I5 a travaillé dix ans en hospitalier avant de s'installer : au service des urgences puis en neurochirurgie et enfin cinq ans en médecine.

Notre échantillon a une moyenne d'âge de cinquante ans. Il est un peu plus âgé que la moyenne des infirmiers libéraux isariens (10).



## 3.2. Organisation de la consultation pansement

### 3.2.1 Modalités de la consultation pansement commune

#### 3.2.1.1 Selon les médecins généralistes.

La consultation pansement commune a, pour la majorité des praticiens, lieu au domicile du malade. M4 : « *La majorité, c'est à domicile. Souvent des personnes ayant de gros soucis* ». Ses collègues relèvent comme lui que les patients porteurs de plaies chroniques sont souvent des patients poly pathologiques et dépendants. Il existe une exception pour les malades institutionnalisés ou en HAD. Dans ces cas-là, l'organisation est proche de celle d'un service hospitalier classique où médecin et infirmiers discutent au lit du malade : « [...] là il y a une espèce de petite conférence de consensus sur le traitement [...] avec l'infirmière coordinatrice et en général l'infirmière ou l'infirmier qui sont là le jour où je passe. ». (M2)

La plupart des généralistes voient les plaies en coordination avec les IDEL avec lesquels ils travaillent. Il s'agit de consultations en décalé du passage de l'IDEL (M2, M4, M5 et M7) : « [...] on essaie de se coordonner. Si on y arrive, j'essaie de passer avant le passage de l'infirmier. » Ils donnent RDV aux IDEL à domicile afin de pouvoir passer avant, défaire le pansement et regarder avant de refermer et donner leurs instructions à l'IDEL qui passe après. M6 travaille en maison médicale avec l'IDEL sur le même palier et voit donc directement les plaies avec eux pour les réévaluer. « [...] ça arrive souvent, qu'avant le début de mes consultations ou en fin de consultation, l'infirmier vienne me parler pour tel ou tel problème. ». M3 est une jeune installée qui se coordonne avec les IDEL à domicile : « [...] je « voyais souvent l'infirmière à la maison. Ça permettait de regarder la plaie ensemble et de discuter de l'évolution. ». M1 dit voir les pansements au cabinet mais reconnaît que ce n'est jamais en coordination avec l'IDEL. M5 avoue n'évaluer qu'une première fois la plaie avec l'IDEL puis prescrire les soins sans revoir. « Je faisais l'ordonnance pour les premiers soins pour l'infirmière. [...] l'infirmière me disait ce qu'elle en pensait. Je n'allais pas revoir. »

Les principaux freins à l'organisation de la consultation commune sont des difficultés à se coordonner et à s'organiser pour être en même temps chez le patient. « [...] ce n'est pas facile. Surtout au niveau organisation. » (M1) « On n'a pas les mêmes temps de passage. » (M2). Pourtant ils ébauchent des solutions pour faciliter ou rendre possible cette coordination : « Il faudrait que la personne qui arrive en premier, téléphone à l'autre pour décider d'un horaire de passage. » (M1)

Les décisions du type de pansement à apporter sont prises de manière variable mais en grande majorité laissées aux IDEL. L'argument avancé est : « Je ne me sens pas très spécialiste dans la gestion de plaie chronique. » (M2). Il peut s'agir d'un désintérêt pour les plaies comme chez M6 « J'avoue que les plaies, ce n'est pas mon truc. » ou d'une impression de non maîtrise du sujet comme

pour M2 ou M5 : « *J'estime que je n'ai pas le savoir nécessaire.* » M3 et M7 décident en discutant ensemble avec les IDEL lorsqu'elles évaluent la plaie. M3 reconnaît être plutôt à l'origine des décisions puisque « [...] *c'est moi qui prescris donc c'est moi qui décide de ce que je mets dessus.* ». M4 dit décider lui-même des pansements qu'il choisit de mettre sur les plaies en fonction de la plaie.

Les informations sont échangées de manière très diverses selon les habitudes des binômes médecin-infirmier. Cela varie surtout selon les préférences de chacun. La majorité des interrogés préfèrent le téléphone (M1, M4, M5, M6, M7. M7) « *Et on ne se contacte pas mal par téléphone. Mais ça dépend des habitudes.* » (M7) « *Ils m'appellent et me disent s'ils veulent me voir à domicile. Il n'y a jamais de courrier.* » (M6)

Pour d'autres, l'appel téléphonique est assimilé à la gestion d'une question urgente ou grave comme M3 : « *Je n'ai pas eu de cas suffisamment graves pour appeler.* » Chez cette dernière, le courrier est privilégié pour l'échange dans le cadre du suivi classique.

Ils utilisent dans certains cas un cahier de liaison : chez les personnes dépendantes ou s'il y a des aides à domicile. « *Le cahier, c'est quand la personne ne sort plus de chez elle.* » (M5). Le ton doit être très cordial afin que le cahier reste un espace de partage des informations « *Bon, ils posent d'autres problèmes comme l'écriture ou les surlignages en rouge ou point d'exclamation qui sont très insupportables pour tout le monde.* » M3

L'usage du téléphone portable et surtout des modèles smartphones, avec leurs possibilités techniques (photos), se répand. « *Elles ont maintenant des suivis qui sont assez extraordinaires. Elles prennent la photo, l'envoient et on leur dit ce qu'il faut faire.* » L'envoi de sms se fait également : « *Ou SMS.* » (M5) [...] *On pourrait, par exemple, utiliser les smartphones pour envoyer des SMS. Mais le problème c'est que ça ne finit jamais. Je connais des gens qui sont IDE qui passent trois quarts d'heure voire une heure à faire les transmissions chez elles.* » (M1) Le côté chronophage de ces outils de transmission l'inquiète parallèlement à leur aspect pratique.

La question de la fréquence des consultations communes est un thème qui n'a été abordé par aucun des généralistes interrogés.

La réévaluation de la plaie est dans la majorité des cas le fait des IDEL. Elles sont également souvent à l'initiative des changements de protocole. La plupart des médecins considèrent que tout va bien tant que les infirmiers ne les contactent pas. Ils disent n'être sollicités que lorsque les choses n'évoluent pas bien et que leur avis est nécessaire. « *Je ne change pas les protocoles : je prescris jusqu'à guérison. [...] Sauf si parfois ça ne marche*

pas. » (M1). « *Et ce sont en général, les infirmiers et infirmières qui s'occupent de la gestion de la plaie en elle-même.* » (M2).

L'argument de la plus grande compétence des IDEL dans la gestion est celui majoritairement évoqué. « *Celui qui est le plus compétent, c'est lui.* » (M6). Les médecins se sentent plus compétents dans la gestion des complications du type surinfection ou dans la gestion du traitement et du bilan étiologique de la plaie. « *Et là, pour moi, je suis plus dans le rôle de comprendre pourquoi il y a une plaie chronique et de corriger les facteurs de risque.* » (M2)

Ce sont quasiment les mêmes médecins qui ne prennent pas de décision sur le type de pansement initialement appliqué : M1 M2, M5 M6 et M7. Les arguments avancés sont : absence de connaissances suffisantes ou de compétences, désintérêt. Ceux qui réévaluent régulièrement les plaies décident également des changements de protocole. M3, qui dit décider beaucoup lors de la prise en charge initiale, n'hésite pas à utiliser les propositions des IDEL si les choses n'avancent pas. M4 est le seul à me dire qu'il décide seul.

Les médecins interviewés laissent aux infirmières le soin de rédiger les ordonnances pour le renouvellement du matériel. « *Si c'est de la compétence de l'infirmier, je ne prescris rien du tout.* » (M6). Ils savent qu'elles n'ont pas le droit de tout prescrire : « [...] *je crois que pour certains produits et certains pansements spéciaux, c'est à nous de le faire.* »

Certains IDEL sont réticents à faire les ordonnances dans leur secteur. « [...] *ceux avec qui je travaille, je n'ai pas l'impression qu'ils prescrivent beaucoup.* » (M2) Des hypothèses sont évoquées par M3 mais sans certitude. « *Soit ça leur prend du temps... ou alors c'est décompté d'une certaine façon dans leurs objectifs. Je ne sais pas pourquoi.* » (M3) Dans d'autres parties du département, cela ne pose aucun problème.

Au total, quasiment tous les praticiens se coordonnent avec les IDEL pour la prise en charge des plaies chroniques et les voient ensemble au domicile du patient. Les décisions sur le type de pansement ainsi que la fréquence de réévaluation et les ordonnances pour la prolongation des soins sont laissés aux IDEL dans la plupart des cas. Les informations sont échangées de manière très variable.

### 3.1.2.2 Du point de vue des IDEL

La consultation pansement commune (CPC) a lieu à domicile chez le patient pour les IDEL que j'ai interrogés. « [...] on voit ça au chevet du patient ensemble. » (I2) I3 a dit que la consultation commune peut aussi avoir lieu au cabinet pour les patients valides mais relève qu'il ne s'agit pas de la majorité des porteurs de plaies chroniques. « On a deux ou trois patients qui se déplacent mais sinon on a beaucoup de mal. »

La plupart d'entre eux m'ont dit qu'ils se donnent rendez-vous par téléphone avec le médecin pour voir les plaies ensemble chez le patient. « On essaye de prendre un rendez-vous avec le médecin qui convienne à l'infirmière. On se retrouve à ce moment-là chez le patient. » (I3). Sinon, ils essayent de passer au moment du passage du médecin : « Je me suis arrangée pour venir à l'horaire habituel où le médecin passait parce que ce n'était pas notre horaire habituel. » (I3) « Il y en a toujours un qui attend l'autre. » (I5). Il arrive aussi que le médecin passe, défasse le pansement et voie la plaie puis donne ses instructions pour l'infirmier qui passe après pour adapter le protocole. « [...] il y a deux ou trois médecins qui déballent le pansement et qui le refont vite fait. Mais bon ... c'est très rare. » (I3) Le fait de voir les plaies ensemble est apprécié. « [...] on a plus d'idées à deux » (I4) Ils ont conscience que ces CPC peuvent être difficiles à organiser. Le manque de temps est un argument évoqué. « C'est quand on a le temps et c'est rare. » (I2)

Les mots utilisés pour décrire la fréquence des CPC sont : « qu'une seule fois » (I1), « rare » (I2), « ça n'arrive pas souvent », « peu fréquent pour nous » « Si on faisait une moyenne par mois, ça ne ferait pas beaucoup. » (I3), « au coup par coup », « très ponctuel » (I4). Une des pistes d'explication avancée est la difficulté à coordonner les emplois du temps « A domicile, c'est un peu plus compliqué. Parce que là, par contre, on n'arrive pas à se voir. » M2. Une autre est le peu d'implication des médecins généralistes pour les pansements « Si on devait chiffrer, je dirais qu'il y a 75 % des médecins qui ne prennent quasi aucune nouvelle des pansements. » (I3). C'est encore le manque de temps des médecins est évoqué : « Il dit qu'il n'avait pas le temps. » (I3) ou la peur de ne pas savoir refaire le pansement s'il est défait pour jeter un œil « Ils ne veulent pas regarder. « Je ne sais pas le refaire. » » (I3). Ils pensent que la très lente évolution de certaines plaies chroniques n'y est pas étrangère non plus. « C'est vrai que prendre en charge des plaies chroniques, ce n'est pas très glorifiant. [...] Comme il n'y a pas beaucoup d'évolution, pour le médecin, ça doit être frustrant. [...] C'est ça aussi qui joue. »

Une seule IDEL n'était pas gênée par la fréquence des CPC et disait qu'elles ont lieu souvent. « *Oui, Régulièrement. Parce que nous sommes une petite équipe.* » (I5)

Une évolution défavorable est souvent le motif de ces CPC. « *Quand on voit qu'on stagne un peu, qu'on voit qu'on n'est pas en progression, on fait appel au médecin généraliste et on convient de revoir la plaie.* » (I4) Ou les situations de doute « *Ou alors si j'ai un doute sur le type de pansement à utiliser.* » (I2). Ce ne sont pas des consultations régulières programmées à l'avance. I2 dit que, hors les cas d'évaluations défavorables, les CPC « *[...] ça n'arrive que par hasard.* » I3 remarque qu'ils sont, en tant qu'IDEL, souvent à l'origine de la demande : « *Alors c'est souvent à notre demande [...]* » (I3)

La prise de décision concernant le type de matériel nécessaire à la poursuite des soins est souvent à l'initiative des IDEL. Il y a différentes organisations en fonction des binômes et ce, y compris pour un même IDEL. « *C'est souvent nous qui donnons les idées.* » (I1). Le plus souvent les idées sont données par l'IDEL lors d'une discussion avec le médecin au téléphone. Cela est plus ou moins bien vu en fonction des médecins avec lesquels ils travaillent. Les infirmiers mettent en avant leur expérience qui leur permet de prendre les décisions plus facilement. « *Plutôt moi. Avec mon expérience aussi.* » (I1)

Si les choses évoluent favorablement, les IDEL ne contactent pas le médecin « *Si ça va dans le bon sens, on laisse couler.* » (I2) Mais dans leur discours, ils expriment le souhait que les médecins prennent plus part au suivi, même lorsque cela se passe bien. « *On aime bien revoir les plaies avec le généraliste.* » (I4) « *Bien souvent ils se reposent sur nous, infirmiers.* » (I2).

Pour les changements de protocoles, les IDEL disent être souvent à l'initiative. « *Mais c'est quand même plus moi qu'eux.* » (I5) « *On va dire souvent nous.* » (I3) Certains contactent le médecin pour revoir la plaie ensemble « *Et si ça ne va pas, on demande au généraliste de revoir avec nous.* » (I4). Ils participent activement au choix du nouveau protocole en discutant ou en proposant directement les changements : « *C'est souvent nous qui donnons les idées* » (I1). Ils proposent de changer et conviennent de refaire le point après. Cette prise d'initiative est appréciée de manière variable par les médecins « *Après ça dépend des médecins : il y en a qui sont pour, d'autres non.* » (I1)

Certains IDEL prennent des initiatives en essayant des échantillons de pansements « *On essaye pendant une semaine un produit et si on voit que ça marche bien on le prescrit.* » (I3) Les arguments pour cette prise d'initiative sont un désintéret pour le pansement « *[...] vu que les médecins sont rarement en train de voir le pansement, c'est nous qui changeons le protocole nous-même.* » (I3) qui peut être associé à une absence de protocole détaillé établi

« [...] parce que généralement, on a souvent des prescriptions de pansements sans détail. » (I3) « J'ai plein de prescripteurs qui disent : « Votre infirmière peut vous prescrire ce qu'il faut. » » (I5) Dans ces cas-là, ils préviennent le généraliste des changements car ils savent que c'est obligatoire. « En prévenant quand même. » (I5)

Les IDEL disent ne pas pouvoir changer tous les protocoles car pour un certain nombre de situations ils ont besoin du médecin. Il peut s'agir de cas où des complications nécessitent un œil, une prescription médicale « Certains problèmes ne peuvent pas être gérés par nous, notamment les infections, les problèmes circulatoires » (I4) ou le besoin un avis médical « Après je ne suis pas médecin. C'est ce que je leur dis toujours. » (I5) « On ne voit pas les mêmes choses. » (I2)

Le renouvellement des ordonnances pour la poursuite des soins est fait par les IDEL dans la plupart des cas. Le médecin est sollicité pour les produits que les infirmiers ne peuvent pas prescrire comme les liquides (désinfectants, eau stérile, sérum physiologique) ou des produits médicamenteux (pommade Bétadine, antibiotiques type Flamazine®, les antalgiques locaux...) fixé par l'arrêté du 20 mars 2012. (3) Cette limitation est assez mal comprise par les IDEL « Je ne vais pas les tuer avec de la pommade ou de la Bétadine ! » (I5). Ça l'est d'autant plus qu'ils ont le droit de renouveler certains médicaments « Par contre, on a le droit de renouveler les pilules contraceptives. Vous voyez, c'est un peu aberrant. » (I2). Ils relèvent d'ailleurs que cela permet de faire des économies à la sécurité sociale et en temps au médecin « Ça évite d'engorger les salles d'attente. Ça fait une petite économie parce que notre prescription n'est pas rémunérée. » (I2)

Il leur arrive de récupérer les produits inutilisés chez leurs patients pour se constituer un stock et en disposer en attendant la prescription par le médecin notamment. « Du coup, on récupère les sérums physiologiques non utilisés. On a du coup un stock d'avance qu'on remet sur la table chez des patients où ce n'est pas prescrit. » (I3)

L'échange d'informations se fait de manière très variable selon les binômes médecin/infirmier. Certains préfèrent le cahier de transmission pour le suivi, d'autres plus la communication directe en face à face, le téléphone ou de petites lettres. « Alors en général, je mets en place un cahier où je décris l'évolution de la plaie. » (I1) « Mais je trouve que le verbal c'est mieux. » (I2). « Je téléphone facilement. » (I5). « On laisse des petits mots. » (I3)

Le téléphone est assimilé par une partie des IDEL comme un outil pour les problèmes nécessitant une réponse rapide. « Si vraiment on a un problème qui a besoin d'une réponse rapide dans la journée, on téléphone, on laisse un message et on se rappelle. » (I4) Dans certains cas, les

informations sont transmises directement au patient à l'oral « *Quand les patients vont les voir ou alors viennent en visite, on leur dit surtout de bien dire ceci ou cela.* » (I3)

Deux des IDEL m'ont également parlé des photos qu'ils prennent pour suivre l'évolution. « *Mais maintenant dans les logiciels, on va pouvoir mettre dans le dossier les photos et les échanger avec les praticiens, pour que ce soit un médecin et un infirmier ou deux infirmiers. Ça va être mis en place.* » (I2). L'un d'entre eux les partage avec le médecin pour assurer le suivi mais ne m'a pas détaillé le mode de partage. « *Mais maintenant, de plus en plus, on prend une photo de la plaie et on envoie avec notre petit commentaire sur ce qu'on a fait. Ça nous permet d'échanger très rapidement.* » (I4)

Pour résumer, les IDEL voient peu fréquemment les plaies chroniques avec le médecin au domicile du patient et souvent dans un contexte d'évolution défavorable. Ils le regrettent majoritairement. Ce sont eux qui prennent les décisions pour les soins ou le changement de protocole et qui gèrent les ordonnances de renouvellement dans la limite de leurs possibilités. Les modes d'échange des informations sont, comme pour les médecins, très variés et dépendants des personnes et de leurs habitudes.



## 3.2.2 Qualification de sa propre prise en charge.

### 3.2.2.1 La maîtrise

Nous avons voulu savoir si les participants avaient l'impression de maîtriser la prise en charge des plaies chroniques. Les réponses sont très variables dans leur nature ainsi que dans les thèmes abordés.

Certains se montrent très catégoriques sur leur maîtrise, notamment chez les médecins. Il s'agit, dans ce cas, de réponses négatives. « *Maîtriser ? Non ! Je ne pense pas que je maîtrise la cicatrisation des plaies.* » (M6) « *Alors maîtriser non. Pas du tout.* » (M7). Le manque de savoir est un argument avancé par deux médecins « *[...] j'ai une notion assez théorique de tout ça.* » (M6) « *Je ne me sens pas très spécialiste dans la gestion de plaie chronique.* » (M2)

D'autres sont plus nuancés. Ils reconnaissent ne pas tout maîtriser mais ne se considèrent pas comme incompetents pour autant. « *Alors pratique oui ! Je sais faire un pansement. Théorique : peut-être pas.* » (I2) « *En théorie, je ne dis pas. Je ne suis pas parfaite en théorie. Mais en pratique, par rapport à ce que je vois, oui.* » (I5) « *Je me mettrai un petit sept sur dix. Je ne suis pas dans la maîtrise absolue* » (M3)

Le manque de connaissance est un des arguments de non maîtrise avancé. Cela peut affecter la théorique « *[...] mais on n'a pas trop de formation.* » (I5) mais aussi la connaissance des spécialités existantes et leurs propriétés « *En théorie, on n'en sait peut-être pas toutes les propriétés, de tous les pansements, les réactions selon les peaux des patients mais bon. Mais il y en a tellement qui existent* » (I3). Ils savent que l'amélioration de leurs connaissances facilitera leur prise en charge future et se donnent une marge de progression pour le futur. « *Je peux encore progresser sur ça.* » (M3)

Le doute et la non maîtrise sont abordés par deux participants. Le premier doute de sa maîtrise d'une plaie. « *On a des théories dans la tête, et quand on déballe le pansement, on voit que ce n'est pas comme on voudrait. Rien n'est typique quoi.* » (I4) L'un va plus loin et conclut que le résultat est plus important que la maîtrise. Selon lui, il y a trop de paramètres pour que tout puisse être maîtrisé. « *Cela soulève la problématique de non-maîtrise du médecin (généraliste nldr) sur beaucoup de choses [...] on n'a plus le temps de tout maîtriser.* » (M1)

En somme, autant les IDEL que les médecins ont l'impression de ne pas maîtriser la prise en charge des plaies chroniques et ce souvent par manque de connaissances.

### 3.2.2.2. L'efficacité

La plupart des personnes interrogées ont le sentiment d'être efficace dans leur prise en charge. « *Mais j'ai de belles réussites.* » (M2) « *Oui. J'espère ... (rires)* » (I2) « *Oui. Enfin je pense.* » (M5) Les réponses ne sont pas des affirmations catégoriques de leur réussite mais utilisent un ton très positif. Chez une IDEL, il y a une note de fierté lorsqu'on aborde la réussite de l'un de ses soins « *On m'a dit que ça ne se fermerait jamais et je l'ai refermé.* » (I5)

Le contexte de la plaie chronique est en cause dans le sentiment de moindre efficacité. Le fait que les plaies chroniques affectent souvent des patients poly pathologiques et que l'évolution en soit plus longue, est aussi cité. « *[...] elle a tout un tas de complications associées, de la poly pathologie, qui font que quoi qu'on fasse, ça va être long de la faire cicatriser {...]* » (M3). « *Ça dépend des gens ; ils ont quand même tous un certain âge.* » (M4)

L'un des médecins me dit que l'efficacité est moins bonne sur certains types de plaies chroniques et me cite les ulcères artériels « *Là où je ne suis pas efficace, ce sont les ulcères sur des problèmes d'artérite. Ou les mixtes. Là, je suis très embêté.* » (M6)

Une prise en charge globale de la plaie et multidisciplinaire n'est pas une assurance totale d'efficacité dans certains cas très complexes comme le remarque I3 : « *J'ai une patiente qu'on suit depuis quatre ou cinq ans. Mais même les dermatologues d'Amiens et de Compiègne n'ont pas réussi à la soigner. [...] Donc on ne peut pas dire qu'on est efficace mais personne n'a de solution de toute façon.* » M6 le dit avec un peu plus d'impertinence. « *Et qu'une plaie, même confiée à des sommités, ça prend du temps.* »

La récurrence est également abordée comme cause d'un sentiment d'efficacité moindre. « *En plus, il y a des chroniques pour lesquels ça revient au bout de quelques mois.* » (I3)

La formation théorique insuffisante est évoquée par un participant. « *Je ne pense pas que je sois mauvaise mais on n'a pas trop de formation.* » (I5) Un autre nuance la part de la formation théorique dans son efficacité car pour lui les choses sont différentes entre théorie et

terrain « *Oui et non parce qu'on a toujours l'impression que la réalité est toujours un peu déroutante par rapport à la théorie.* » (I4).

Les médecins sont modestes et tendent à laisser aux IDEL la responsabilité de la réussite. « *Ce n'est pas moi qui fais les choses.* » (M1) « *En fait quand je dis que j'ai de la réussite, je pense que ce sont surtout les soins infirmiers qui ont une belle réussite.* » (M2)

Au total, l'ensemble des participants pensent être efficaces dans leur prise en charge des plaies chroniques. Ils citent l'ensemble (évolution, complications, comorbidités) du contexte de la plaie chronique comme éléments diminuants ce sentiment d'efficacité.

### 3.2.2.3. La formation

- La formation initiale

Les souvenirs de cette formation initiale sont variables selon les métiers.

Chez les infirmiers, la formation a eu lieu en cours puis en stage. « *De la théorie aussi, mais on apprenait énormément en stage.* » (I2). Certains pensent que cette formation n'est plus assez valorisée comparée à leur époque et que depuis la réforme des études infirmières leurs heures de stages, donc de pratique, ont diminué. « *J'avais beaucoup plus d'heures de pratique que maintenant parce qu'on allait beaucoup plus en stage à l'hôpital.* » (I3) « *Alors je ne sais pas aujourd'hui combien de temps on passe sur les plaies mais enfin c'est presque rien.* » (I4) Ce dernier rappelle la nécessité d'être curieux pour bien se former. « *Tout ça pour dire qu'il faut exercer sa propre curiosité et il faut se former soi-même.* » (I4)

Pour les médecins, les termes utilisés pour parler de leur formation initiale sont moins flatteurs. « *Non non. Zéro pointé.* » (M5) « *Euh, je n'ai jamais eu de formation particulière par rapport aux plaies...* » (M2) « *Je ne me souviens plus trop du contenu mais je suis sûre qu'il y en a un.* » (M3).

M2 souligne que les pansements dits « modernes » sont apparus après sa thèse et qu'elle ne pouvait donc pas y être formée. « *J'ai passé ma thèse en 1984, la plupart des pansements n'existaient pas à cette époque-là.* »

M5 décrit sa formation en stage comme « de la cuisine » : « *Et ensuite, c'était en vrac à l'hôpital. « Alors là on met ça, là on met ça ... ». C'était les infirmières qui jonglaient. Et même là à l'époque, les médecins n'intervenaient pas, à l'hôpital. [...] Donc en fait c'était de la cuisine. »*

- La formation continue post diplôme

Les sources de formation après l'obtention du diplôme sont très variables.

Celle qui est citée le plus fréquemment est la transmission orale sur le terrain, empirique, autant par les IDEL que par les médecins. Ça peut être au contact des patients : « *Ensuite, c'est au contact avec les patients. [...] C'est plutôt une formation de terrain. »* (M4) Mais aussi au contact des collègues : « *Quand je suis arrivée en libéral, il y avait aussi les conseils des anciennes [...] »* (I3) ou de l'autre profession : « *Et j'écoute donc beaucoup ce que me disent les infirmiers et les infirmières. »* (M2)

D'autres s'inspirent des protocoles fournis par les structures spécialisées qu'ils ont l'occasion de rencontrer comme l'hospitalisation à domicile (HAD). « *Ben justement les protocoles des collègues de l'hospitalisation à domicile [...] »* (M7) « *L'HAD aussi. »* (I5)

Les services hospitaliers sont abordés par une IDEL (I1) car elle a exercé dans un service de chirurgie ambulatoire qui formait ses infirmiers sur le thème des plaies chroniques. Il peut aussi s'agir de formations organisées par les services à l'attention des professionnels libéraux. « *J'ai fait une formation complémentaire à Amiens mais je ne sais plus en quelle année. »* (I5)

Certains font des formations spécialisées organisées par des organismes indépendants comme MG Form (M1) ou UNIVADIS (M4) ou le congrès Plaies et cicatrisation (I4). Les « *publications de santé »* (I5) sont utilisées comme support de formation mais leur auteur n'est pas précisé.

Enfin, les laboratoires pharmaceutiques sont également fréquemment cités sous différentes formes : la publicité : « *[...] je regarde quand il y a une publicité dans un journal. »* (M2), les « *soirées formations »* ou la visite médicales. « *[...] j'ai les visites des laboratoires qui me montrent chacun les spécificités de pansements, les nouveautés [...] »* (M3) « *Ils viennent nous visiter, ils viennent nous harceler par écrit, par texto ... On a aussi les réunions mais je n'y vais pas. »* (I2) Le fait de ne pas recevoir la visite médicale est

ressenti comme un manque de formation continue. « *Depuis, vu que je ne reçois pas la visite médicale, je n'ai jamais eu d'EPU.* » (M2)

- Les formations envisagées dans le futur.

Il y a un véritable intérêt pour les formations continues « *Si, ça m'intéresse [...]* » (I1) « *J'aimerais bien [...]* » (M7). Voire une frustration de ne pas pouvoir en faire plus. « *Mais c'est très frustrant je trouve, de ne pas pouvoir travailler théoriquement.* » (I4). Ils ont conscience qu'il y a une nécessité d'être formé. « *Il va falloir que je revienne sur mes cours. [...]* *Il m'est arrivé de prescrire des choses qui n'étaient plus commercialisées.* » (M4)

Les freins à l'absence de formation secondaire sont nombreux. Le tout premier d'entre eux et le plus fréquemment cité est le manque de temps. Quasiment tous les IDEL et deux médecins le citent comme un des freins à la formation continue (I1, I2, I4, I5, M5, M7) « *Quand on travaille environ douze heures par jour, on ne peut pas...* » (I4). A ce facteur temps s'ajoute la distance à laquelle se situe la formation. « *Après les formations... c'est loin, ce n'est pas toujours accessible quand on travaille régulièrement.* » (I5). Le fait de devoir trouver quelqu'un pour être remplacé durant la formation est un frein supplémentaire pour I1.

Ensuite, l'absence de formation proposée sur le thème des plaies chroniques est une raison avancée pour ne pas en faire. « *Et on n'a pas eu de formation spéciale sur ce thème.* » (M4) Le fait que d'autres formations sur d'autres thèmes soient envisagées, en est une autre. « *L'année prochaine, je vais utiliser mon crédit D.P.C. à me former à l'échographie en médecine générale [...]* » (M6)

Certains ne voient pas l'intérêt de se former sur ce thème car ils n'ont pas de problème de prise en charge. « *Sur ce plan là : non. Ce problème-là, je le prends en charge ; parfois en association avec les spécialistes. Donc ça se passe bien.* » (M4) D'autres disent clairement que le sujet ne les intéresse pas et qu'ils n'ont pas cherché à se former là-dessus « *Je n'ai pas cherché un EPU spécifique sur les plaies.* » (M2) ou qu'ils ne veulent pas se former là-dessus. « *Non et ça ne m'intéresse absolument pas ! Quelle horreur !* » (M5)

Au final, les souvenirs de la formation initiale sur les plaies chroniques sont plus marqués et évoqués comme plus positifs (en quantité et en qualité) chez les IDEL que chez les médecins. Il y a, dans les deux professions, une vraie volonté de se former sur ce thème à l'aide de sources très diverses de documentation ou de formation. Cette volonté semble

malgré tout plus marquée chez les IDEL que chez les médecins. Les freins à cette formation sont nombreux que ce soit un problème de temps, d'organisation ou de curiosité personnelle.

### 3.2.3. Qualification de la prise en charge commune.

- Un binôme

Lorsque nous leur avons demandé de qualifier leur prise en charge commune, les termes les plus cités appartenait à un même champ sémantique : « *équipe* » I1 I4 et M2, « *partenaire* » et « *coopération* » M1 et M6, « *bonne relation* » I1, M3 et M5, « *collaboration* » et « *coordination* » M6, « *complicité* » et « *complémentarité* » M7.

Cette notion d'équipe est vue comme adéquate, surtout dans ce contexte de suivi commun. « [...] *le traitement d'une plaie, je trouve que c'est plus un travail d'équipe, plutôt que de faire les choses chacun dans son coin.* » I4. Elle est décrite comme indispensable pour assurer le suivi car les deux métiers sont complémentaires. Ils ne voient pas les plaies sous le même aspect et se complètent bien. « [...] *l'un ne peut rien faire sans l'autre.* » I4 « *Je garde la partie diagnostic que ne maîtrise pas forcément l'infirmier.* » M2. « *Ça sous-entend des compétences chez l'un et chez l'autre qui sont mises en commun au profit du patient [...]* » M6. Certains ont l'impression d'être indispensables à l'autre profession « [...] *sachant que l'un ne peut rien faire sans l'autre.* » I4 « *J'ai besoin d'eux comme ils peuvent avoir besoin de moi.* » M2

M1 reconnaît, qu'inconsciemment, il lui arrive d'être dans une relation plus directive alors qu'une relation de partenaire serait plus profitable. « *Même si dans mon inconscient formaté, j'ai plutôt envie de continuer d'avoir une relation d'ordonnateur. Mais actuellement non. On doit être partenaire [...].* »

I2 dit, paradoxalement, ne pas avoir la sensation d'être seul en libéral. « *Je ne me sens pas seul, surtout en libéral.* ».

Cette « équipe » libérale est comparée avec le fonctionnement des équipes hospitalières par I2. Il ressent le travail en ville comme « *une entente très étroite entre les deux [...]* parce qu'à l'hôpital, on était seulement les pions. » Il regrette qu'à l'hôpital, ce soit « *beaucoup plus cloisonné.* » et que les infirmiers n'y participent pas plus à la prise de décision. « *On se sent en tout cas mieux considérés en tant que professionnel par les médecins libéraux qu'à l'hôpital.* » Il qualifie son travail en libéral d'infirmier de famille. « *En campagne, on est un vrai infirmier de famille.* »

I4, quant à lui, compare le fonctionnement actuel avec celui d'il y a trente ans. Il raconte un fonctionnement très fermé « [...] *où chacun travaillait dans son coin.* ». De même que I2, il explique que chacun avait un rôle bien défini et que l'IDEL ne participait pas aux décisions.

« Les médecins généralistes étaient des gens qui avaient le crayon et le papier [...] Et l'infirmier n'avait rien à dire ! Non, mais c'était très frustrant et on n'en sortait pas. » Il se félicite de ce changement de mentalité. « Chacun est dans une autre fonction et on travaille ensemble. »

I5 aborde aussi le fonctionnement du passé, mais est plus nostalgique. « Je voudrais la relation d'il y a quinze ans. On se retrouvait tous ensemble, médecins et infirmières. Mais ça s'est espacé avec le travail. » Elle pense, contrairement aux autres IDEL, que la relation actuelle est plus directive. « Ça se dégrade. C'est plus directif, l'infirmière et son médecin quoi. »

L'autre personne, étant plutôt mitigée pour qualifier la relation médecin/IDEL, est I3. Elle la qualifie de « Pas toujours facile. » Les arguments avancés sont que le médecin ne s'investit pas assez dans le suivi. Ceci sera détaillé un peu plus bas.

- La communication

Quasiment tous les participants se disent satisfaits de la communication avec l'autre profession. Elle est décrite comme un élément très important à une bonne relation entre les deux parties. « Il faut vraiment qu'il y ait une réflexion, d'où l'intérêt de la communication, de se poser, de se dire on réfléchit ensemble. » I4

Elle est aussi citée comme élément important pour assurer un bon suivi et opposée à une relation directive. « Je n'ai jamais eu l'occasion de tomber sur des situations, où j'avais à communiquer avec un généraliste, qui était buté sur un protocole dont je savais que ça ne marcherait pas, par exemple. » I4. Elle permet d'échanger des opinions pour s'assurer des choix les plus judicieux. « Ils ont leurs opinions et ne sont pas toujours d'accord avec nous mais on peut toujours en discuter [...] » M3

*Qu'il y ait vraiment une vraie réflexion ensemble pour qu'on ne fasse pas les choses un peu au hasard. » I3*

Ces échanges passent par une bonne écoute de l'autre et de son avis. « Et j'écoute donc beaucoup ce que me disent les infirmiers et les infirmières. » M2. Ils permettent aussi d'acquérir de nouvelles connaissances « Récemment, j'ai encore appris des choses avec les infirmiers et c'est très bien. » M3

Les IDEL modèrent ces bons rapports. I3 dit que cela ne se passe bien qu'avec les médecins impliqués dans leurs suivis. « Pour certains médecins, quand on les appelle pour

*des pansements, ça ne les gêne pas. [...] Mais il y en a d'autres, on a l'impression qu'ils s'en foutent un petit peu. »* Il aussi note que ça ne passe pas bien avec tous les médecins. « *L'avantage c'est qu'ici les médecins sont à l'écoute, pas tous mais ... »* I5 pense que la communication se dégrade parallèlement à la dégradation de sa relation avec les médecins. Elle décrit une relation plus directive où elle doit mesurer ses propos. « *[...] les chefs c'est eux et pas nous ! Donc je demande leur avis. Il faut être un peu plus diplomate. »*

- Une affaire personnelle dans certains cas

Les participants sont globalement satisfaits de leurs relations mais notent que la collaboration ne marche pas avec tout le monde. Ils disent que leur bonne relation ne marche qu'avec les professionnels qu'ils connaissent bien ou depuis longtemps. « *Ça marche bien avec le ou les quelques généralistes qu'on connaît bien, avec qui on a l'habitude de travailler. »* I4. Le fait d'avoir commencé leur carrière ensemble est élément pour une coopération réussie. « *Ils ont appris à travailler avec nous. Là, c'est un petit peu ça. »* I5

Un bon investissement personnel est aussi cité comme une qualité pour une bonne relation IDEL/médecin. « *Très bonne avec certains qui travaillent très très bien et qui sont hyper investis avec leurs patients. »* M3

Les problèmes principaux rencontrés sont des problèmes de comportement « *Celle-là, je n'ai pas apprécié du tout. »* M7 ou de communication « *[...] là-bas, il y en a deux, trois qu'il ne faut pas froisser [...] »* I5. « *Avec d'autres infirmiers, j'ai moins d'affinités parce que je n'aime pas trop la façon dont ils s'adressent à nous. »* M3. Il peut aussi s'agir d'un problème plus personnel inhérent à toute relation humaine. « *Mais c'est plus personnel. [...] Après, il y a des caractères où je me sens moins en confiance parce que dans leur attitude ou dans ... »* M3

Certaines attitudes peuvent altérer la relation avec l'autre. Quatre des treize interviewés m'ont raconté une de leurs mésaventures avec l'autre profession. (I3, I5, M3, M7). Elles ont toutes pour origine une mauvaise communication et/ou un comportement jugé inapproprié.

- La confiance

Des questions visaient à tester la confiance qu'ils avaient les uns envers les autres. Les réponses sont unanimes. Ils ont tous confiance en les personnes avec lesquelles ils ont l'habitude de travailler. « *Très souvent, les médecins font confiance et savent très bien comment je travaille.* » I2 « *Il est clair de toute façon que je leur fais confiance pour ce genre de chose.* » M5. M4 et M6 vont même plus loin et qualifient cette confiance d'obligatoire pour le travail en commun. « *Vous êtes quasiment obligés de faire confiance. [...] Sinon je vais devoir passer mon temps à faire les pansements moi-même.* » M4 « *Bien sûr ! Si cette confiance n'existe pas, on peut faire un autre métier, on fait autre chose.* » M6

Ils précisent que cette dernière ne fonctionne qu'avec les personnes qu'ils connaissent. Un comportement inapproprié peut rapidement la faire basculer. « *[...] c'est déjà arrivé que des trucs aient été changés alors que le médecin n'avait pas revu la plaie. Là, on a plus tellement confiance en ceux-là.* » I3 « *Donc sur ce type de comportement, je ne peux pas lui faire confiance derrière. Il n'y aura jamais de confiance absolue.* » M3

- L'intérêt et les connaissances

Un autre aspect de la bonne relation entre les deux métiers est l'intérêt pour le travail de l'autre. Ce sont deux IDEL qui sont très gênées par cela. « *Mais il y en a d'autres, on a l'impression qu'ils s'en foutent un petit peu.* » I3. Pour elle, il ne s'agit pas d'un cas isolé mais de nombreux médecins. « *Si on devait chiffrer, je dirais qu'il y a 75 % des médecins qui ne prennent quasi aucune nouvelle des pansements.* » Dans son discours, on sent une forme de découragement. « *Pour nous, on se casse la tête à le faire trois fois par semaine et quand on a besoin d'un conseil, il n'y a personne derrière.* » M3 précise aussi que l'implication est très appréciable pour une bonne entraide « *Très bonne avec certains [...] qui sont hyper investis avec leurs patients.* »

I3 aborde aussi le point des connaissances. Elle note que les généralistes qui se sentent impliqués sont souvent ceux qui ont fait des formations complémentaires en la matière. « *On en a quand même certains qui s'intéressent. Il y en a qui ont fait des formations [...] mais pas tous.* » I3.

Elle est rejointe par I4 sur ce point. Il insiste sur le fait que les deux doivent être formés afin de ne pas faire n'importe quoi. « *[...] certains praticiens, médecin ou infirmier, disent : « On va essayer ça. ». Un peu comme si pouf ! On jette les dés et on essaye. [...] On n'essaye pas un produit sans avoir une idée précise.* » I4

Deux médecins plaident pour que les IDEL gagnent encore plus d'autonomie. Les arguments avancés sont une meilleure connaissance des IDEL en matière de pansements « *Je pense qu'il faut confier la partie pansement à ceux qui le font le mieux, les infirmiers. Ce n'est pas un truc de médecin.* » M2, ou une plus grande expérience sur ce point. « *Je considère qu'elles ont beaucoup plus d'expérience dans ce domaine que nous.* » M5.

- Le manque de temps et de personnes

Plusieurs personnes soulèvent le problème du manque de temps pour le suivi des plaies chroniques. Ce manque de temps ne semble concerner que les médecins. Il s'agit, dans deux cas, de médecins autocritiques quant à leur manque de disponibilité. M2 reconnaît ne pas avoir assez de temps pour faire les suivis comme elle le souhaiterait. « *Nous, médecins généralistes, on manque de temps, en particulier pour les visites à domicile. Parce que les plaies chroniques, ce sont souvent des visites à domicile.* » Et cela ne lui permet pas de rencontrer les IDEL chez les patients. « *Et on n'arrive pas à se voir, plutôt par hasard.* » M2. M3 souligne qu'une bonne communication aide à pallier ce manque de temps. « *Le fait d'avoir un cahier chez les gens, je trouve que ça aide vraiment bien. Ça nous aide vraiment à communiquer car on n'a pas le temps de s'appeler et de se voir.* » I4 le rejoint dans cette idée. « *Il y a un vrai problème de temps pour se dire les choses précisément et pourtant c'est ça qui est formateur.* » I2 ne se dit pas gêné par la responsabilité supplémentaire liée au manque de temps du médecin. « *Parce qu'il n'a pas le temps, parce qu'il n'est pas venu pour ça. Dans ce cas, nous on voit et on tire le signal d'alarme.* »

M5 aussi aborde ce point. Elle admet que ça nécessite une implication personnelle. « *La question est qu'on peut toujours trouver le temps mais est-ce qu'on a envie de le trouver ce temps-là. Parce que très honnêtement, quand j'ai du temps de libre, je n'ai pas forcément envie de l'utiliser pour aller rencontrer l'infirmière.* »

Le problème du manque de personnel est abordé par deux personnes interrogées. M2 note qu'un manque d'IDEL sur son secteur lui a déjà posé un problème. « *Pendant un temps, il y a eu une grande carence d'infirmiers sur le secteur. Il y a eu plusieurs installations donc de ce côté-là, ça va mieux.* ». I5 est inquiète car le départ en retraite de nombreux médecins généralistes de son secteur risque de poser des problèmes pour le suivi de ses patients dans les années à venir. « *Mais comme je vous ai dit, dans 3 ou 4 ans, ici, il n'y a plus de médecin. On va bien se débrouiller comme on peut ! On a déjà plus d'hôpital local. Ça va devenir désertique comme on le voit dans certaines régions chez nous. C'est terrible !* »

Au final, retenons que globalement les relations entre les deux parties sont plutôt bonnes. Les personnes interrogées rapportent une confiance réciproque et une assez bonne communication. On remarque que certains points de ces relations professionnelles relèvent du personnel. L'"équipe" fonctionne mieux entre des membres qui se connaissent bien. Un mauvais comportement ou un manque d'implication risquent de la déstabiliser et de décourager les partenaires. Certaines IDEL reprochent aux médecins de ne pas assez investir le suivi de leurs plaies chroniques. Le manque de professionnels de santé (IDEL ou médecins généralistes) sur certains secteurs risque également de compliquer les relations car moins ils seront nombreux, moins ils seront disponibles.

### 3.2.4. Amélioration possible de la relation médecins/IDEL.

Nous avons demandé aux médecins et aux IDEL ce qu'ils souhaiteraient améliorer dans leur relation. Les réponses sont du type : « *Moi, il ne me manque rien.* » I2, « *Non. Comme ça, non. Je ne vois pas. Je n'ai pas plus d'idées que ça.* » I3, « *Au jour d'aujourd'hui, je ne vois pas.* » M5. Lorsque nous avons voulu creuser un peu plus, nous avons obtenu des réponses qui se répartissent en trois grands thèmes.

- Mieux s'organiser pour mieux se rencontrer

Ce sont les propositions les plus fréquentes. « *Partager, échanger, connaître l'autre, c'est comme ça qu'on a développé, petit à petit, ce travail de coordination.* » M6

Deux médecins et un IDEL proposent de se rencontrer autour de formations communes. M6 propose d'inviter d'autres professions (et pas que les IDEL) dans les groupes de pairs lorsque les thèmes sont susceptibles de les intéresser. « *On a donc mis en place des groupes de pairs entre médecins mais on invite parfois les infirmiers ou les kinés ou les pharmaciens à venir avec nous, une soirée, sur un thème.* » M5 mentionne les réunions communes dans les maisons de santé pluridisciplinaires comme lieu de rencontre pluri professionnel. Elle n'est pas directement concernée car elle est installée seule. « *Il y a derrière des réunions qui se font de manière régulière dans les maisons pluridisciplinaires.* »

I4 suggère le même type de rencontre mais moins informelle. « *Par exemple avec notre généraliste, on s'est dit qu'il faudrait qu'on se voit une fois de temps en temps pour refaire le point, non pas sur nos patients, mais sur les matériaux. Ça, ça pourrait être quelque chose.* » Il suggère également de le faire avec ses propres collègues IDEL.

L'idée d'essayer de mieux s'organiser pour se voir davantage chez le patient, est une autre piste suggérée. Il le considère comme « *le problème principal* ». D'autres participants partagent cette notion. « *En dehors de la course quotidienne. On se pose, on prend une heure et on parle. Ça, c'est quelque chose que j'aimerais.* » I4, « *Il faudrait qu'il y ait des temps de coordination.* » M2.

M5 pense que la proximité des cabinets dans un même bâtiment est un facilitateur du suivi commun. « *Donc la confrontation de visu des différents participants peut être réalisée de façon plus simple, que moi, qui suis seule.* »

A propos d'organisation, I2 regrette la disparition des gardes libérales dans son secteur et l'obligation de se référer au SAMU en cas de problème le week-end. « *Avant on pouvait*

*joindre un médecin du secteur, même si ce n'était pas le médecin de famille. Maintenant c'est direct le 15 et l'hôpital. » Il pallie à ce problème en contactant directement le médecin traitant sur son téléphone personnel, s'il sait que ce dernier est quelqu'un de disponible. « Bon là ça allait le Dr T m'a répondu ce week-end. Si ça avait été un autre médecin, je sais que je ne l'aurais pas appelé. »*

- Mieux communiquer

Le problème n'est pas de commencer à bien communiquer mais plutôt de se forcer de continuer à bien le faire. « *Pour faire mieux, il faut qu'on continue à communiquer. [...] C'est plus dans ce sens-là, pour que ça reste comme ça.* » M3. Pour elle, il faut que le ton des messages écrits soit positif afin de ne pas entamer la relation. « *Que ça reste cordial, en tout cas que ce soit transmis sous forme positive. Pour que quand ils reçoivent le petit mot, ce ne soit pas quelque chose d'intrusif. Et à l'inverse, quand ils répondent c'est encore mieux. Comme ça, je sais leur sentiment au moment où ils l'ont vu.* » M3. Elle aime beaucoup les cahiers de transmission pour ça.

L'amélioration de la communication est aussi le souhait de M1 et I2.

I2 souhaite de meilleurs outils. Il suggère de créer de nouveaux outils pour faciliter la communication. Il cite, pour exemple, un site permettant au médecin, à l'IDEL et au laboratoire médical de se coordonner pour la gestion des INR. Il note néanmoins que cela implique la nécessité que les deux professions investissent ces instruments. « *Oui mais il faudrait que tout le monde s'astreigne à aller dessus et s'en servir.* » Le développement de tels aides pose le problème de l'informatisation des cabinets médicaux et paramédicaux.

M1 suggère lui aussi de créer de meilleurs outils de communication grâce aux nouvelles technologies « *On pourrait, par exemple, utiliser les smartphones pour envoyer des SMS.* » mais reconnaît que faute de temps, ces outils sont difficiles à utiliser. « *Ce n'est pas très facile, faute de temps, d'avoir des outils de transmission. On pourrait, par exemple, utiliser les smartphones pour envoyer des SMS. Mais le problème c'est que ça ne finit jamais. Je connais des gens qui sont IDE qui passent trois quarts d'heure voire une heure à faire les transmissions chez elles. Moi je ne me vois pas faire ça.* »

- Être plus disponible

Le dernier point d'amélioration rapporté est celui d'une meilleure disponibilité et d'une meilleure implication de la part des médecins généralistes. Il s'agit du principal grief de I3 et donc son point d'amélioration proposé. Elle souhaite que les médecins soient « *un peu plus* » concernés. « *Donc oui je pense que ça serait bien ça le truc.* ».

Au total, les pistes d'amélioration sont des éléments simples et rapides à corriger d'un point de vue théorique. Les participants souhaitent toujours mieux communiquer les uns avec les autres, soit en améliorant leurs outils actuels, soit en créant de nouveaux outils. Ils pensent aussi qu'une bonne relation passe par des moments de rencontre avec l'autre et qu'il serait intéressant de créer ces moments. Cette rencontre nécessite aussi une plus grande disponibilité de chacun.



### 3.3. Les recours extérieurs au binôme médecin/IDEL

#### 3.3.1. Qui décide du recours

Il s'agit dans la plupart des cas d'une décision partagée avec des degrés divers d'implication des deux parties.

La décision est souvent celle du médecin avec suggestion de la part de l'IDEL. « *Souvent nous conseillons aux patients de voir avec leur médecin, s'ils ne peuvent pas aller voir le dermatologue.* » I3 « *C'est plutôt moi. On va dire que c'est suggéré et j'entends les suggestions.* » M2. « *On ne peut plus il faut trouver une autre solution* » M1

Sur les cinq IDEL interrogés, quatre reconnaissent être à l'origine de la demande. Ils adressent le patient vers son médecin traitant mais peuvent aussi adresser les patients directement au dermatologue si le suivi est déjà instauré. « *Ou alors on conseille au patient d'aller voir leur dermatologue.* » I3. « *Oui oui ! J'arrive à leur téléphoner et le dire : « je voudrais ça ». Ce n'est pas un problème.* » I5

Seul l'un des IDEL renvoie systématiquement les patients au médecin traitant lorsqu'il y a besoin d'un avis extérieur. « *Non, je renvoie toujours vers le médecin généraliste. Toujours vers le médecin référent.* » I2 Il considère que ce n'est pas aux IDEL de gérer ça. « *De toute façon ce n'est pas notre rôle. Et je me vois mal... non.* »

Il n'y a pas eu de critique négative de cette prise d'initiative infirmière parmi les médecins interrogés. L'un des médecins s'en félicitait plutôt en expliquant que ça la confortait dans sa prise de décision. De plus, elle note que deux avis ont plus de poids pour motiver le patient à consulter un spécialiste. « *Souvent ça nous conforte dans notre décision parce que les gens n'ont pas envie d'aller jusqu'au spécialiste, se déplacer... tout ça. Donc quand on est deux à leur dire des fois ça aide [...]* » M3

#### 3.3.2. Les recours existants.

##### 3.3.2.1. Le dermatologue

Le malade est adressé au dermatologue en cas d'évolution défavorable ou traînante. « *Après si ça ne marche pas, ça m'arrive de demander au médecin si le patient peut aller voir un dermatologue.* » I1 « *[...] le dermatologue c'est quand on n'y arrive plus, le plus souvent.* » M1

Le principal problème soulevé pour le recours au dermatologue est le délai de rendez-vous. Toutes les personnes interrogées s'en sont plaintes. « *Alors le problème dans notre*

*région, c'est qu'il n'y a plus de dermatologues. » I3, « Dermatos ; ce n'est pas toujours simple d'avoir un rendez-vous. » M2, « Compiègne : c'est un désert en dermatologie. Une vraie catastrophe ! » M3, « Et puis, il faut des plombes pour avoir rendez-vous chez le dermatologue. » M5.*

Ce problème est aggravé lorsque les personnes interrogées sont éloignées des villes. *« Parce qu'ici c'est très loin [...] » M4.* Le problème de certains spécialistes qui ne suivent pas de plaies chroniques est aussi abordé et ce dans des secteurs tendus. *« On en avait qu'une à l'hôpital qui va partir [...] Et il n'y a que deux dermatologues en ville pour une population d'environ dix-mille habitants avec les alentours et qu'une seule des deux qui fait des plaies chroniques. » M3*

Pour pallier à ce problème, il y a des médecins qui prennent les numéros directs et n'hésitent pas à appeler si c'est urgent. *« Oh ben, j'en connais quelques-uns donc je prends mon téléphone, j'appelle [...]. » M6.* Du fait de la faible disponibilité des dermatologues, certains hésitent à leur adresser les patients avec les plaies chroniques. *« En fin de compte, en fonction de l'étiologie ou de ce qu'on suspecte en sous-jacent, je ne vais pas aller lui coller ça dessus. » M5*

#### 3.3.2.2. Le médecin vasculaire (ou angiologue)

Les angiologues sont sollicités pour les plaies chroniques à divers moments au cours de la prise en charge selon les personnes interrogées.

Ils peuvent être sollicités au début pour faire le point sur l'état vasculaire sous-jacent à la plaie. Dans ce cas-là, les patients leur sont adressés juste pour ça et pas pour avis sur la plaie elle-même. *« L'angiologue par exemple n'est pas un recours extérieur pour moi. Il fait partie du bilan initial d'ulcère. Il vient souvent au début. » M6* *« Je vais avoir besoin de l'angiologue pour apprécier l'état de la circulation veineuse et artérielle. Mais après sur la plaie elle-même : bof. » M5*

D'autres ont recours au médecin vasculaire lorsque des problèmes vasculaires sont suspectés. Il peut s'agir d'un contexte d'insuffisance artérielle *« Oui les médecins vasculaires, on les appelle quand... pour les artérites. » M5* ou veineuse *« Quelques fois on voit bien qu'il y a un problème veineux qu'on n'arrive pas à maîtriser, on dit au patient de retourner voir son phlébologue [...] » I3.* Il peut aussi s'agir d'une évolution traînante où un problème vasculaire sous-jacent est fort probable. *« On travaille beaucoup avec les angiologues quand*

*on a des plaies qui traînent. On en profite pour faire le point sur l'état veineux et artériel, pour adapter les pansements en fonction aussi. » M3*

Dans certains cas, ils suivent les pansements aussi et donnent leur avis sur les matériaux à utiliser. *« Après on a quelques angiologues qui suivent quelques pansements quand il y a des problèmes de circulation. »* I1 *« Le patient a rendez-vous avec son phlébologue qui lui fait des soins et suggère de le revoir une fois par semaine. Nous, on fait les soins entre deux [...] »* I4 Un des médecins a arrêté d'envoyer ses patients à l'angiologue pour les suivis pansement et ne se contente plus que du bilan vasculaire. Il dit ne pas être convaincu du bénéfice. *« J'ai eu des expériences qui ne sont pas géniales avec des angiologues. Je pense que c'est tout aussi théorique que moi. L'expérience que j'en ai eue n'est pas très positive. »* M6

Dans certains cas, il s'agit du seul recours extérieur faute de dermatologue proche. *« Oui j'ai une phlébologue qui est super sympa mais sinon, non. [...] car ici on est un peu loin de tout. [...] Et la phlébologue avec qui je travaille est vraiment formée pour tout ce domaine-là. C'est pour ça qu'elle m'aide beaucoup. »* M4

Une personne m'a dit qu'il était plus facile d'avoir accès à un angiologue qu'à un dermatologue sur son secteur. *« Dermatos ; ce n'est pas toujours simple d'avoir un rendez-vous. Chez les angiologues : un peu plus. »* M2. Une autre me tient le même discours et relativise sur la facilité d'avoir un rendez-vous rapide. *« Quand il faut, on peut l'avoir rapidement. Enfin, rapidement, c'est dans les 15 jours. »* M5

### 3.3.2.3. Les consultations pansement.

Les consultations spécifiques uniquement dédiées aux pansements sont connues de la plupart des médecins et IDEL interrogés.

Seule une minorité d'entre eux y adresse ses patients. M7 dit avoir recours à la consultation pied diabétique de l'hôpital de Beauvais. « *On a aussi la consultation du pied diabétique sur Beauvais à l'hôpital avec des infirmières spécialisées.* » M7

Les motifs justifiant le non-recours à ces consultations spécialisées sont nombreux. Tout d'abord, l'argument le plus cité est la distance jusqu'à la consultation la plus proche. « *Ce serait bien mais la grande majorité des patients ici ne veulent aller qu'à l'hôpital de Creil. Et là-bas il n'y en a pas. Paris : ils ne veulent pas y aller.* » I1

D'autres s'interrogent sur le délai de rendez-vous de ce type de consultation et du coup de la pertinence d'y adresser leurs patients. « *Le premier frein reste quand même le délai d'accès à ces consultations-là.* » M3 « *Après il y a le problème des rendez-vous !* » M1

Ensuite, deux participants m'ont signalé qu'une consultation de ce type existait dans leur hôpital local mais qu'elle a fermé. Dans un cas, il s'agit d'une fermeture récente suite au départ du médecin responsable. « *C'est ce qui existait à l'hôpital de Compiègne !* » I3 Dans l'autre, il s'agit d'une consultation ayant existé il y a 20 ans et le médecin se rappelait y avoir été en stage. « *Mais ça existe à Creil. Enfin ça existait. Parce que quand j'ai fait mon stage de soins infirmiers, je l'ai fait dans un endroit comme ça.* » M4. Ces deux personnes regrettent la disparition de cette structure car elle les aidait bien. « *On aimait bien avoir un avis. [...] On aimait bien. Ça ne nous dérangeait pas, on est content quand ils y vont et que ça marche après.* » I3

Ces consultations très spécialisées ne sont que peu utilisées par les personnes interrogées, pourtant elles sont plébiscitées. « *Pourquoi pas, oui. On est toujours amateur d'avis.* » I4 « *C'est génial.* » M2 « *Ça serait bien qu'on en ait une ici.* » M7

Une seule voix est dissonante dans ce discours enthousiaste. M5 s'interroge de l'intérêt de ces consultations. « *(Soupir) Quand j'entends... Je ne sais pas ce que ça vaut ces consultations-là. Quand j'entends que les consultations pansement : on ouvre, on ferme le pansement, on part. Mais qu'est-ce qu'ils font de plus ?* » Lorsque nous lui suggérons que ça permet d'avoir un œil nouveau sur le dossier ou de proposer des innovations peu connues encore, elle oppose le problème de la coopération du patient. Elle pense que toute innovation

thérapeutique est vaine sans bonne observance des règles par le patient. *« C'est bien beau mais si la patiente sitôt rentrée chez elle reste assise toute la journée qu'elle ne bouge pas, qu'elle ne lève pas la jambe... qu'elle y met pas un peu d'elle-même avec un peu d'hygiène ou de bonne alimentation et tout le tremblement. Les belles bandes de contention multicouches... Il n'y a rien qui fonctionne. »*

#### 3.3.2.4. Les autres recours.

- Les chirurgiens

Le recours aux chirurgiens et notamment aux chirurgiens orthopédistes est rapporté en cas d'escarres exclusivement. *« Il m'arrive aussi d'appeler les orthopédistes. Plus pour les escarres. »* M7. M1 pense que leur avis est indispensable du fait de la complexité des prises en charge d'escarres. Il dit que médecin et dermatologue seuls ne peuvent pas agir dans ce cas-là. *« Pour les escarres, on a souvent besoin d'un avis chirurgical et il faudra de toute façon faire déplacer les gens. [...] Le dermatologue ne peut pas régler tout ça. C'est le chirurgien qui va régler tout ça, éventuellement. »*

- Les collègues

L'autre recours assez fréquent dans les plaies chroniques complexes est l'HAD comme le mentionne M7. *« Donc sur les soins très complexes, c'est l'hospitalisation à domicile qui prend le relais pour les pansements très complexes ou très techniques. »*

L'avis d'un confrère est cité comme recours devant une plaie chronique n'évoluant pas favorablement. Il est évoqué par M2 qui travaille avec deux autres collègues et qui indique avoir recours à ses confrères lorsqu'elle a un problème avec le suivi d'un patient porteur de plaie chronique. *« Si je vois, par exemple que ça n'avance pas : ça peut m'arriver d'appeler les collègues... »* M2

Le recours aux collègues est aussi relaté par I3, même si on ne peut le considérer comme un recours « médical » *« On en discute entre nous. Vu qu'on se retrouve tous les matins vers 9h45 pour faire le planning du lendemain, si on a un pansement qui ne va pas, on voit entre nous ce qu'on pourrait essayer. [...] Quand je suis arrivée en libéral, il y avait aussi les conseils des anciennes qui nous guidaient en fonction des plaies et des différents pansements qui existent. »* I3

- Les visiteurs médicaux

Le dernier recours rapporté est le recours aux visiteurs des laboratoires pharmaceutiques. Ce recours est utilisé par tous les IDEL interrogés et n'a pas été cité par les généralistes. L'un des IDEL trouve que les sollicitations sont trop insistantes. « *Ils viennent nous visiter, ils viennent nous harceler par écrit, par texto ... On a aussi les réunions mais je n'y vais pas.* » I2. Mais paradoxalement, il reconnaît qu'il tire ses informations de l'industrie pharmaceutique. « *C'est surtout les labos qui nous donnent les informations.* » I2

Ce recours atypique est justifié par l'innovation perpétuelle des laboratoires « *Tout évolue en fonction des produits et il en sort sans arrêt. Il y a de quoi en perdre son latin.* » I2. Il va jusqu'à parler de phénomène de mode pour certains produits. « *Quand j'ai commencé il y a 20 ans, c'était tout ce qui était Comfeel®. Maintenant, on en prescrit quasiment plus.* » I2

Certains infirmiers prennent des photos et demandent directement conseil quant au pansement à utiliser. « *Quand on a un problème avec un patient, on prend quelques photos. Et quand il passe, on en discute avec le représentant pour voir ce qu'on pourrait faire au niveau traitement.* » I3 « *On a aussi une dame de Mepilex® qu'on peut appeler. Elle a une formation vraiment spécifique sur ça. On peut lui envoyer des photos sur internet, parce que maintenant ça marche comme ça aussi* » I5

D'autres utilisent des échantillons que les laboratoires leurs laissent pour essayer leurs produits. Si les produits fonctionnent, ils n'hésitent pas à le prescrire ou le faire prescrire. « *Souvent, on a du matériel d'avance qui nous a été laissé par des labos ou par des patients qui ont fini leur traitement. On essaye pendant une semaine un produit et si on voit que ça marche bien on le prescrit.* » I3. L'absence de prescription détaillée de la part du médecin généraliste est avancée pour légitimer la prescription directe. « *On le fait nous-même parce que, généralement, on a souvent des prescriptions de pansements sans détail.* » I3

- Les références littéraires scientifiques.

Les recours aux référentiels sont multiples. Il peut s'agir de documentation fournie par les laboratoires pharmaceutiques. C'est le référentiel le plus fréquemment cité à la question « *Utilisez-vous des référentiels pour vous aider ?* » Généralement, il s'agit de petits guides illustrés avec des images des différents stades de plaies et du traitement adapté comme le rapportent I1 et M3. « *C'était avec des images et le traitement adapté à chaque image.* » I1. Il peut s'agir de courts articles ou petits livrets. « *C'est vrai qu'il y a des tirés à part de certains*

*labos [...] Ce sont de petits documents très développés dans lesquels je retourne pour voir [...] » I4. Les publicités des magazines ont été citées comme ressources documentaires. « Je regarde quand il y a une publicité dans un journal. » M2*

Les revues spécialisées sont une autre source documentaire qui semble importante. Ont été nommées : La revue Plaie et Cicatrisation, Infirmière Magazine, la Revue du Praticien, Prescrire la revue, le Quotidien du Médecin. Il s'agit de revues diverses plus ou moins spécialisées et plus ou moins indépendantes. Les deux IDEL et les deux médecins (I4, I5, M3, M6) m'ont dit lire les articles lorsque ceux-ci avaient pour thème les plaies chroniques. Mais ils ne semblent pas faire de recherches spécifiques dans ces sources lorsqu'ils en ont besoin. Il y a une exception pour I4. Il tire ses références essentiellement des congrès Plaie et cicatrisation ainsi que de la revue du même nom.

Les autres ressources documentaires utilisées sont plus diverses. Les protocoles de l'Hospitalisation à domicile inspirent I5 et M7 pour leurs prises en charges complexes. « [...] justement les protocoles des collègues de l'hospitalisation à domicile [...] » M7. M1 se réfère aux documents de formation continue lorsqu'il a besoin de se rafraîchir la mémoire. « J'utilise surtout mes cours de formation. » Il ne nomme pas les auteurs ou de sources précises. M4 utilise aussi ses cours, qu'il récupère grâce à ses formations sur Univadis. « En fait je fais mes formations avec Univadis. C'est un site assez généraliste qui fait des formations en ligne avec le British Medical Journal. ». Pour ce qui est des livres, ils ne semblent pas utilisés. Seule M5 utilise un atlas dermatologique généraliste mais n'a pas de livre spécifique pour les plaies chroniques.

Beaucoup de personnes interrogées n'utilisent qu'une ou deux sources maximum. A la question posée pourquoi ils n'utilisent pas de livres ou de recommandations (sources les moins nommées) ou même d'autres ressources, les arguments opposés sont nombreux. En premier lieu, leur grand nombre semble compliquer les recherches pour trouver quelque chose de pertinent. « Je sais qu'il y en a mais je ne les utilise pas. Il y en a tellement... » I1. L'autre argument est qu'ils s'en sortent avec ce qu'ils ont car les plaies ne sont pas si complexes que ça. « Non. Je n'ai pas eu de plaies très complexes non plus. Donc pas eu besoin non plus. » M3.

Quant à l'utilisation des recommandations officielles, seul un médecin les mentionne. « J'ai sur mon PC quelques documents qui ont été faits par l'A.R.S. [...] » M6. Les recommandations officielles ne semblent pas plébiscitées par les participants. Cinq

participants sur douze répondent ne pas les utiliser. (I1, I3, M1, M5, M7). Ils savent qu'elles existent mais ne s'en servent pas. « *Il doit y en avoir mais bon. Je ne les ai pas.* » M1 « *Dans les autres spécialités, oui. Mais en dermatologie, non. Car je ne les connais absolument pas.* » M5 Il y a le problème de la péremption rapide des données qui est relevé par M7. « *J'ai bien quelques livres et documents sur les pansements, mais c'est des choses qui datent et qui se périment vite.* » M7.

Au final, les avis sont multiples. Deux grands recours se détachent sans surprise : dermatologue et angiologue. D'autres sont plus surprenants comme les visiteurs médicaux auprès des IDEL. En ce qui concerne les référentiels, il y a toutes sortes de ressources avec une prépondérance des documents fournis par les laboratoires pharmaceutiques.

### 3.3.3. Recours futurs

#### 3.3.3.1. Freins aux recours actuels

Le délai de rendez-vous est un problème commun à l'ensemble des spécialistes et à la consultation pansement. C'est aussi celui qui est le plus cité comme freins aux recours extérieurs. « *Dermatos ; ce n'est pas toujours simple d'avoir un rendez-vous. Chez les angiologues : un peu plus.* » M2.

De plus, les patients refusent de consulter dans les centres plus éloignés où il y aurait des spécialistes disponibles et des délais plus courts. M2 remarque que les délais n'épargnent pas les grands centres non plus. « *Il est suivi par un grand hôpital parisien mais c'est la croix et la bannière pour avoir des rendez-vous de chirurgie !* ».

Connaissant ces délais très longs, les médecins hésitent à envoyer leurs patients pour des plaies chroniques de peur d'encombrer inutilement la consultation pour un avis qui ne révolutionne pas la prise en charge. « *En fin de compte, en fonction de l'étiologie ou de ce qu'on suspecte en sous-jacent, je ne vais pas aller lui coller ça dessus. Surtout si je sais que lui ne fera rien de plus, rien de transcendant.* » M5

Enfin se pose le problème du déplacement du malade jusqu'au spécialiste. Les personnes difficilement transportables vont être celles pour lesquelles ils hésiteront pour l'avis spécialisé. « *[...] certains patients sont intransportables : des obèses morbides, très fatigués, traitements trop lourds... tous mes cancéreux, je me vois mal les déplacer pour une consultation chez le dermatologue. Ou dans le cadre d'une autre consultation à l'hôpital.* » I2 M1 note que la diminution du nombre de spécialistes en ville risque de le pousser à devoir déplacer les patients plus loin. Il reconnaît nettement préférer les envoyer au plus près. « *Imaginons qu'on ait que sur Paris qu'on nous réponde, là on va faire déplacer les gens. Mais globalement je préfère faire déplacer les gens chez les dermatologues du coin.* » M1

L'intérêt d'un avis spécialisé est mis en doute par certains pour les plaies chroniques notamment car ils s'interrogent de l'apport supplémentaire par rapport à leur propre pratique. « *Est-ce que véritablement on y fait des miracles ?* » M5 « *Une plaie chronique même confiée à des sommités, ça prend du temps.* » M6

### 3.3.3.2 La Télémédecine

J'ai voulu connaître les connaissances et attentes des généralistes et des IDEL liées à la télémédecine pour le suivi des plaies chroniques.

Les réactions sont variées.

Certains connaissent déjà la télémédecine et participent à des projets de développement de cette dernière. I4 participe à l'essai réalisé sur le secteur de Compiègne de la plateforme Comedi-e®. *« [...] justement la téléconsultation ! On est en train de l'expérimenter dans notre secteur avec le Dr Charleux, le dermatologue de Compiègne. Je trouve ça très bien. »* Il me détaille les motifs d'arrêt actuels de cette plateforme. *« On avait mis ça en place il y a deux ans. Ça a dû être un peu arrêté parce que la plate-forme a dû être renouvelée. On avait des problèmes techniques et administratifs. Là ça devrait être relancé donc on pourra à nouveau suivre les plaies, faire de nouveaux dossiers plaies avec notre tablette. »* Il m'en explique même le fonctionnement de manière succincte. *« On prend les plaies en photos avec nos tablettes et on la propose en expertise au Dr Charleux à l'hôpital de Compiègne. Je trouve ça très intéressant. Cela se fait en accord, bien sûr, du médecin traitant »*

Le deuxième, à bien connaître la télémédecine et à monter un projet en relation, est M6. Il montre le même enthousiasme que I4. *« Et ça, c'est un truc superbe qu'il va falloir surveiller de près et développer. »* Il travaille dans une maison de santé pluri disciplinaire qui a été retenue par l'ARS pour installer une cabine de télémédecine et réaliser de la téléexpertise (consultation sur dossier). *« On va déposer notre projet en septembre, là. [...] Nous avons envisagé un local spécifique qui va permettre, à nous de la maison de santé mais aussi aux autres médecins du secteur, la télé-expertise. »* Il espère à terme pouvoir aussi proposer de la téléconsultation dans sa maison médicale. *« Mais on voudrait développer ce qu'on appelle la téléconsultation [...] »*

Ensuite, certains médecins et IDEL sont plus ou moins enthousiastes mais se posent beaucoup de questions car ils ne connaissent pas la technique. La plupart se montrent intéressés. Pour faciliter les échanges avec ceux qui ne connaissaient absolument pas le fonctionnement de la télémédecine, j'ai répondu à certaines interrogations. J'ai aussi expliqué en quelques mots le fonctionnement d'une cabine de télémédecine et la différence entre téléexpertise et télé consultation aux participants qui me demandaient des précisions.

Les arguments en faveur de la télémédecine sont la proximité. « *Oui et surtout au niveau des personnes âgées. Parce que je vois que beaucoup de personnes âgées n'ont pas de moyen de locomotion [...]* » I2. Cette technique peut être vue comme un possible palliatif à la carence en spécialistes. « *Pourquoi pas. Surtout dans des spécialités comme la dermatologie où on n'a plus trop d'autre choix.* » M3. L'idée d'avoir un avis rapide et fiable est approuvée. « *C'est sûr, si je pouvais avoir la même chose en dermatologie : j'envoie les photos par internet et au bout de 5 minutes, j'ai un avis : je trouverais ça chouette. [...]* Pour moi, ça pourrait m'aider à m'orienter ou me dire s'il faut que j'envoie chez un dermatologue rapidement, enfin dans les deux mois. » M3. Le suivi de plaies chroniques s'y prête bien comme le note M5. « *Pour ce genre de chose, ça pourrait être pas mal. Parce que ça ne nécessite pas forcément le déplacement du patient. Parce que c'est chronique et donc pas urgent.* » M5 L'intérêt d'un avis spécialisé sur d'autres points que les pansements est mis en avant par M7. « *Oh oui, parce qu'on est bien embêté des fois. Pas seulement sur le pansement mais sur la façon de faire globale. Notamment pour la douleur.* » M7

Les arguments contre ainsi que les craintes sont nettement plus nombreuses.

Ils sont tout d'abord d'ordre technique. Beaucoup s'interrogent sur la qualité suffisante de l'image pour obtenir un avis fiable. « *C'est plus le côté technique qui me ferait peur : les caméras, la netteté, les lumières.* » M3 « *La télémédecine pour ça, c'est trop dur. [...]* C'est trop compliqué avec une caméra. » M4. Ensuite, les personnes interrogées se posent des questions sur la technologie et les moyens nécessaires. « *Tout dépend de comment ça fonctionne. Le problème, c'est qu'à domicile, on a que le téléphone.* » I3 « *Mais ça nécessite des gros moyens techniques.* » M3. La question des éléments à apporter afin que l'avis puisse être fiable se pose aussi. « *Mais en télémédecine, je ne sais pas si on arrive vraiment à apprécier la consistance, l'aspect. Je ne sais pas si on arriverait à fournir les bons éléments.* » M7 « *En plus il faudrait connaître la grille des questions à poser [...]* » M3. Le problème de la disponibilité des spécialistes pour donner les avis est également soulevé. « *Mais il faut y avoir accès. En cabinet seul, ça peut être compliqué. Ou alors il faut pouvoir se brancher quand le professeur est joignable ou il se met à disposition dans une salle.* » M5 « *Oui mais qui va regarder les photos ?* » I3

En somme, on peut dire qu'il y a un réel intérêt pour la télé médecine. Néanmoins, la technique est peu connue et suscite de nombreuses interrogations essentiellement liées à la méconnaissance de son fonctionnement.



# Discussion

---

## 4.1. Discussion de la méthode

### 4.1.1 La méthode qualitative

La méthode qualitative s'imposait pour laisser la parole aux professionnels concernés car le but était qu'ils nous expliquent avec leurs propres mots leur organisation globale (entre eux et avec leurs recours extérieurs) pour la prise en charge des plaies chroniques. Cette méthode suppose qu'on arrête le recrutement dès la saturation des données atteinte, c'est-à-dire lorsque qu'aucune nouvelle donnée n'apparaît. Rapidement les discours concordent et les enregistrements furent stoppés. De ce fait, l'échantillon est de petite taille (12 personnes) et non représentatif. Les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes et des IDEL de l'Oise.

Les jugements négatifs sont très peu nombreux sur l'ensemble des entretiens. Ce petit nombre contraste avec les autres études réalisées sur le sujet <sup>4,5</sup> et s'explique potentiellement par la méthodologie. En effet, les idées positives récurrentes saturent vite les données et obligent l'arrêt des recrutements tandis que les points négatifs n'ont pas encore tous été mis en évidence. Cependant, les résultats, dans leur variété, sont quand même assez proches de ceux d'études réalisées précédemment dans d'autres départements malgré des abords méthodologiques totalement différents. <sup>4,5,6</sup>

Par ailleurs, je me suis présentée en tant que médecin lors des rendez-vous d'entretiens et cela a pu biaiser mes résultats. En effet, les participants me sachant du métier, ont pu répondre ce qui était attendu et non ce qu'ils pensaient ou faisaient réellement dans leur pratique quotidienne. De même, certaines reformulations de réponse ont aussi pu modifier les réponses spontanées. Ce sont deux biais qui n'entachent pas les deux autres thèses sur le sujet car elles font appel à des questionnaires anonymes. <sup>4,5</sup>

### 4.1.2. L'échantillon

Par suite du recrutement particulier, l'échantillon de médecins est plus féminisé que la population moyenne des généralistes de Picardie mais son âge moyen correspond à la moyenne régionale. Quant au panel IDEL, il est plus masculin que la population IDEL isarienne et un peu plus âgé. <sup>9,10</sup>

Nos résultats montrent que la fréquence de prise en charge des plaies chroniques diffère grandement entre les deux professions : environ 5/j pour les IDEL contre 1 à 2 par mois pour les généralistes. De ce fait, les préoccupations liées au suivi des plaies ne sont pas les mêmes. L'intérêt en matière de suivi et de formations est plus important chez les IDEL puisqu'ils sont confrontés plus souvent à ces problématiques.

## **4.2. Discussion des résultats**

### **4.2.1. Une organisation somme toute assez simple.**

L'organisation entre médecins généralistes et IDEL est finalement assez simple. Le suivi a, dans la majorité des cas, lieu au domicile du patient et en décalé. Il est rare que les deux évaluent le problème en même temps. La raison en est un problème d'organisation souvent associé à un manque de temps. Ce n'est pas ce décalage que les IDEL reprochent aux médecins, mais la rareté des consultations communes et même pour certains, la rareté des réévaluations des plaies tout court. Les médecins s'impliquent plus dans le bilan étiologique puis le traitement de fond, que dans le suivi du pansement en lui-même ensuite. Ce manque de fréquence de réévaluation des plaies est retrouvé dans les études précédentes.<sup>4,5,6</sup>

La réévaluation de la plaie et les prises de décisions que ce soit pour le choix du matériel, les changements de protocoles, sont le plus souvent à l'initiative des IDEL. Les médecins se justifient en arguant d'une meilleure formation et d'une plus grande connaissance que les IDEL auraient en matière de suivi de plaies chroniques. Certains disent même que ça ne les intéresse pas et qu'ils donnent quasiment carte blanche aux IDEL. Ceux-ci ne sont pas tous à l'aise avec cette trop grande liberté et ne se privent pas de rappeler que certaines phases du suivi nécessitent des connaissances médicales (prescriptions de certains matériels, complications, bilan étiologique de la plaie ou avis spécialisé lorsque l'évolution stagne). Inversement, ils se déclarent satisfaits lorsqu'ils travaillent avec un médecin qui s'intéresse et s'implique dans le suivi.

De plus, les IDEL mettent en avant l'impossibilité pour eux de prescrire la totalité du matériel nécessaire à la prise en charge. L'arrêté du 20 mars 2012 fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire.<sup>11</sup> Comme le notent plusieurs IDEL, l'absence de certains produits pourtant indispensables tel le sérum physiologique, est surprenante. Surtout quand on en connaît parfaitement l'innocuité et l'absence d'effets secondaires. L'un des IDEL rappelle d'ailleurs qu'ils peuvent renouveler les ordonnances de

pilules contraceptives lesquelles sont bien moins dénuées d'effets délétères.<sup>12</sup> Pour d'autres produits médicamenteux tels que les pommades antibiotiques, leur absence de cette liste paraît plus logique. S'il y a une complication du type érythème évocatrice d'infection, un avis médical est important afin de définir s'il s'agit réellement d'une infection ou d'un autre type de complication locale (réaction locale à l'adhésif, eczéma variqueux ou autre).

Manque de temps et manque de disponibilité compliquent beaucoup l'organisation du suivi des plaies chroniques selon les personnes interrogées. C'est le cas notamment pour l'élaboration d'un rendez-vous entre les personnes pour se voir en même temps auprès du patient et discuter des plaies complexes. C'est l'hypothèse avancée par certains IDEL pour rendre compte du faible nombre de consultations en coordination ou le manque d'investissement de la part de certains médecins. Par contre, les médecins ne font pas le même reproche aux IDEL.

Les éléments posant problème dans l'organisation sont comparables à ceux retrouvés dans la thèse réalisée en Charentes en 2009 : fréquence de réévaluation médicale insuffisante, décisions de changements de protocole et prescriptions souvent laissées aux IDEL, et ces derniers pas tout à fait à l'aise avec ces responsabilités supplémentaires.<sup>5</sup>

#### 4.2.2. Une relation « d'équipe » « pas toujours facile ».

La plupart des intéressés se déclarent assez satisfaits de l'état de leurs relations comme nous l'avons déjà vu. Pour l'exprimer, ils utilisent des mots du champ sémantique du partenariat, de l'équipe. Mais ils sont nombreux à reconnaître que cette « coopération » ne fonctionne qu'avec les infirmiers ou les médecins qu'ils connaissent bien. Ainsi cette relation professionnelle semble-t-elle très influencée par l'élément personnel. Un comportement, une manière d'être ou de communiquer peuvent altérer le bon fonctionnement de la relation. D'ailleurs, quatre des participants m'ont raconté une mésaventure relationnelle survenue avec un membre de l'autre profession. Les griefs invoqués n'avaient rien de professionnel mais tenaient plus du personnel. Tous mettent en avant l'importance de la confiance dans les personnes avec qui ils ont l'habitude de travailler.

La communication entre IDEL et médecins généraliste pêche, surtout du point de vue de certains IDEL qui relèvent que ce n'est pas toujours facile. C'est le deuxième point cité lorsqu'on leur demande ce qu'ils souhaiteraient améliorer, le premier point cité étant le souhait de mieux s'organiser pour se rencontrer. Ces deux éléments sont évoqués à part égales

par les deux professions et tant par les personnes s'impliquant dans les suivis que par les autres.

La formation hospitalo-centrée initiale des deux professions est à prendre en compte. Médecins et IDEL ont vécu une relation hiérarchique à l'hôpital. D'un point de vue historique, nous retrouvons aussi cette hiérarchie décisionnelle.<sup>13</sup> En libéral, les termes utilisés pour qualifier leur relation révèlent qu'ils ont conscience qu'il ne s'agit plus d'une relation dirigeant/dirigé mais plutôt d'égalité. M6 le dit très bien lorsqu'il parle « d'ordonnateur dans son inconscient formaté ». Les mentalités changeraient-elles dans les deux professions comme le suggère I4 ? Il compare les relations actuelles avec celles d'il y a trente ans et parlait d'une coordination actuelle qu'il opposait au fonctionnement cloisonné d'autrefois. Ce désir de faire évoluer la communication entre les deux professions est aussi retrouvé dans les études réalisées précédemment.<sup>4, 5, 6</sup>

#### 4.2.3. Un problème de formation et de connaissances

Tout d'abord, comme nous l'avons vu précédemment, certains médecins plaident pour une plus grande autonomisation des IDEL quant au suivi des pansements (5 médecins sur 7). Les arguments avancés sont de meilleures connaissances en la matière, un manque d'intérêt de la part du médecin, une formation plus spécialisée ou un manque de temps. Cette volonté d'autonomisation infirmière est aussi retrouvée dans les travaux précédents.<sup>4, 5, 6</sup>

A contrario, d'autres médecins disent s'impliquer dans le suivi des plaies chroniques et ne désirent pas une plus grande autonomie des IDEL. Ils estiment réévaluer souvent leurs pansements et que les décisions de changements de matériels leurs reviennent. Les proportions de pro autonomisation (5/7) et anti autonomisation (2/7) semblent similaires à celles des autres études. Compte tenu de notre petit échantillon et de méthodologies totalement différentes, il est impossible de faire de comparaisons statistiques.<sup>5</sup>

Les IDEL ne sont pas du même avis. Ils rappellent que leur formation n'est pas celle d'un médecin (notamment quant à l'étiologie de la plaie) et qu'elle perd en enseignement pratique selon eux. Ils sont nombreux à exprimer un souhait de formation complémentaire en matière de suivi de pansements et de plaies chroniques, ceci révélant peut-être certaines lacunes présentes. Ils ont une obligation de formation continue depuis le 02 janvier 2012 suite à la publication du décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux.<sup>11</sup> Cette impression de manque de formation des IDEL est retrouvée dans le mémoire Gomes.<sup>6</sup>

Leur formation post diplôme est assez disparate avec une place non négligeable de formations orientées par l'industrie pharmaceutique. Les soirées laboratoires, la visite médicale et la publicité sont citées lorsque nous leur avons demandé s'ils continuaient à se former. Contrairement aux médecins, qui dans le deuxième cycle des études médicales, ont une épreuve de lecture critique d'articles, les infirmiers n'ont rien de tel décrit dans leur programme de formation.<sup>14, 15</sup> Est-ce suffisant pour décrypter le discours marketing des visiteurs médicaux et de leurs publicités ? Et de ce fait, l'objectivité du choix des pansements lors des changements de protocole pose aussi question. L'une des IDEL m'a bien confirmé essayer parmi les échantillons des laboratoires dans certains cas et non sur des critères objectifs. La formation complémentaire post diplôme dominée par les laboratoires est aussi quelque chose qui se retrouve dans la thèse réalisée en Charentes en 2009. Les résultats retrouvés ne sont pas comparables car chiffrés. Dans ce même ouvrage émerge la même impression de formation satisfaisante mais incomplète comme dans les réponses de nos participants.<sup>5</sup>

Les médecins nous ont dit n'avoir pas reçu du tout de formation satisfaisante surtout au niveau initial. Ils n'affichent pas non plus une forte volonté de se former par la suite et le font de manière très variable. Les formations d'organismes indépendants ne sont citées que par une minorité. Les autres privilégient : le terrain et le contact avec les IDEL, les publications des laboratoires ou la visite médicale.

En proie à un doute ou à une lacune, les participants ont cité divers référentiels utilisés où prédominent les livrets écrits par les laboratoires pharmaceutiques au détriment de publication indépendante comme celle de sociétés savantes ou des revues. Cette proportion est aussi retrouvée dans le travail réalisé en Charentes.<sup>5</sup>

Un autre point touchant aux connaissances mérite éclaircissement. Les recommandations officielles guidant le choix du pansement en fonction de la plaie (Guide de bon usage des pansements<sup>16</sup>, Rapport d'évaluation des pansements<sup>17</sup>) se fondent sur des études d'un faible niveau de preuve. Dans 79 études des 93 retenues pour leur analyse critique des données, on retrouve des biais méthodologiques importants. La revue indépendante Prescrire ® a mené une analyse de la littérature, concluant elle aussi à des lacunes méthodologiques importantes des études d'évaluation des pansements dits « modernes ». <sup>17</sup> Les conclusions de l'HAS pour l'utilisation d'un type de pansement selon le stade de la plaie ne reposent, par défaut, que sur un consensus d'experts et non sur des études

à haut niveau de preuve.<sup>17</sup> Ceci n'a pas échappé à la CNEDiMTS (Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé). Elle remarque une amélioration modeste des études depuis 2007 avec persistance de nombreuses lacunes. Elle a donc publié en 2013 un guide méthodologique pour le développement des pansements.<sup>18</sup> Dans ce guide, sont listés l'ensemble des critères nécessaires aux études futures à l'obtention de résultats à haut niveau de preuve. A partir de là, se pose la question de la fiabilité des informations fournies par les laboratoires dans leurs « formations » et diverses publications.

#### 4.2.4. Des recours extérieurs divers

Concernant le recours à un spécialiste, le principal obstacle est un problème de disponibilité des rendez-vous autant chez les dermatologues, chez les angiologues qu'aux consultations spécialisées. La très faible disponibilité en spécialistes dans l'Oise est un vrai problème. La densité de dermatologues en Picardie est 40% en dessous de la moyenne nationale.<sup>7</sup> Il n'y a pas de chiffre officiel du nombre d'angiologues car ils sont comptabilisés dans les médecins généralistes à activité particulière.

Ce qui est plus surprenant concernant les spécialistes dans notre étude est l'initiative rapportée par les IDEL de suggérer de manière plus ou moins impérieuse un avis spécialisé. Certains nous ont dit qu'ils adressaient eux-mêmes le patient au spécialiste si un suivi était déjà instauré. Les médecins interrogés n'ont pas émis de critiques négatives spontanées alors qu'ils étaient nombreux à reconnaître que l'IDEL suggérait souvent la nécessité d'un avis extérieur. Cette confiance en l'avis infirmier est retrouvée dans une thèse soutenue à Bordeaux en 2014 mais aux proportions semblant moins grandes.<sup>19</sup>

Pour les recours extérieurs, une autre réponse surprenante est venue des IDEL. Tous (sauf un) ont eu recours aux visiteurs médicaux pour un avis devant une évolution défavorable et un conseil en matière de pansement. Le seul qui n'y avait pas recours était celui qui semblait formé de manière plus indépendante grâce au congrès Plaie et cicatrisation et à ses publications. Ils expliquent ce recours par les "innovations" perpétuelles des laboratoires et la nécessité « d'être à la page » mais aussi par manque d'investissement de la part des médecins dans le suivi et les prescriptions (ordonnances non détaillées, réévaluations inexistantes, désintérêt des plaies ...). Ces derniers le reconnaissent comme nous l'avons vu précédemment. Cette intrusion des laboratoires prend différentes formes : photos directement envoyées au visiteur ou appel direct à celui-ci, voire essai d'échantillons laissés lors de la visite. Les infirmiers n'ont pas eu, dans leur formation initiale, de module leur permettant

d'apprendre à faire la différence entre information scientifique et publicité déguisée. <sup>14</sup> Sont-ils assez armés pour affronter le discours des visiteurs de manière objective ?

### 4.3 Pistes d'améliorations futures

- Développement de la télémédecine

La question a été posée aux participants quant à leur intérêt pour la télémédecine dans le cadre du suivi des plaies chroniques. La difficulté d'accéder à un avis spécialisé ou de faire déplacer des patients sont des arguments qui jouent en faveur de la télé médecine. Médecins comme IDEL montrent un véritable intérêt pour cette technologie mais restent dubitatifs quant à sa mise en œuvre. L'aspect technique inquiétait beaucoup les médecins : comment transmettre l'image réelle de la plaie au spécialiste (caméra, lumière, informations) ? Le second élément qui les inquiète beaucoup est la disponibilité des dits spécialistes pour répondre à leurs questions. Ils voient le nombre de spécialistes locaux fondre et se demandent comment ceux encore présents pourront en plus prendre en charge les avis à distance. Une thèse a été soutenue à Nantes spécifiquement sur le sujet en 2012. <sup>8</sup> Elle retrouve des craintes d'ordre technique identiques à celles de nos médecins mais elle va beaucoup plus loin. Elle pose notamment la question du temps consacré, des problèmes éthiques (hébergement des données), de rémunération de tous les participants et de craintes de « perte de contrôle du dossier » pour les médecins traitants.

En Picardie, une expérimentation a été réalisée en 2011 grâce à la plateforme Comédie-e (COopération MEDicale Innovante en e-santé) <sup>20</sup> et à la participation du Dr Dominique Charleux, dermatologue à Compiègne. Il s'agissait d'une téléexpertise à disposition de 8 IDE libéraux avec 20 patients inclus. L'un de nos participants (I4) était l'un des IDEL à participer cette première expérience à Compiègne. L'expérience a été satisfaisante du point de vue des professionnels, des patients et des porteurs du projet. L'expérience devrait être reconduite mais pour le suivi des plaies diabétiques entre le CH Corbie et le CHU d'Amiens. <sup>21, 22</sup> Le site de Compiègne devrait reconduire lui aussi l'expérience (entretien téléphonique avec le Dr Charleux le 22/10/2015).

L'ARS envisage le développement de la télémédecine sur de nombreuses autres spécialités comme le montre le programme régional de télémédecine, partie du plan régional de santé 2012 2017. <sup>23</sup> Elle y voit une opportunité pour faciliter l'accès aux soins dans un contexte régional tendu et en carence de professionnels de santé. L'un de nos médecins

interrogés fait partie de cette deuxième vague de déploiement et sa MSP (maison de santé pluri professionnelle) a été retenue pour l'implantation d'une cabine de télémédecine.

Plusieurs réseaux de télémédecine pour le suivi des plaies sont déjà en place dans d'autres régions. Le réseau TELAP en Normandie et le réseau CICAT LR se sont associés autour du projet Domo plaie ® depuis Octobre 2012. <sup>24</sup> Ils associent téléconsultation, téléassistance et téléexpertise des plaies pour améliorer la prise en charge régionale des plaies chroniques.

- « Partager, échanger, mieux connaître l'autre [...] »M6

Ce sont les deux pistes d'améliorations dominantes proposées par nos médecins généralistes et IDEL interrogés. Les idées sont multiples : formations communes, rencontres chez le patient pour le suivi, coordination plus importante dans le suivi des plaies. L'une des voies d'amélioration du côté organisationnel et pratique est le développement des MSP. La proximité des cabinets médicaux et infirmiers facilite le suivi simplement par la proximité géographique des professionnels. Leur nombre est en pleine expansion. La FFMPS (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé) évoque un passage de quelques dizaines en 2006 à plus de 600 en 2015 en France. <sup>25</sup> Nous n'avons pas trouvé de chiffres plus précis ou officiels récents. En Picardie, nous sommes passés de 5 MSP ouvertes en 2010 à 27 en 2015 (sans compter toutes celles en projet). <sup>26</sup> Cette expansion importante peut être vue comme une volonté de mieux et plus travailler ensemble comme nous le rapportent nos participants.

- Le manque de connaissances

Comme nous l'avons vu précédemment, le manque de connaissances fondamentales d'un haut niveau de preuve a une forte incidence sur la prise en charge. L'absence d'étude sans biais important rend difficile un choix éclairé des différents pansements disponibles. Les seules recommandations existantes reposent uniquement sur un consensus d'experts faute de mieux. Une des voies d'amélioration de la prise en charge semble donc le développement d'une recherche fondamentale plus rigoureuse. La présence d'études évitera également l'intrusion des laboratoires comme « recours extérieurs ». Ils sont actuellement regardés comme des spécialistes des plaies dignes de confiance par les IDEL. Connaissant les faiblesses de leurs études il est permis de douter de la fiabilité de leur avis.

L'amélioration de la formation initiale et continue est une autre demande formulée. La plupart de nos participants n'avaient pas l'impression de maîtriser le suivi des plaies chroniques faute de connaissances suffisantes. L'impression de non-maîtrise était beaucoup plus marquée chez les médecins. Par contre, la volonté de perfectionnement des connaissances est bien plus nette chez les IDEL ce qui s'explique par le fait qu'ils sont confrontés bien plus fréquemment à la problématique des plaies chroniques (fréquence de prise en charge plus grande). Dans la thèse menée à Nantes, la question se pose de l'impact d'une formation des médecins à moyen et long terme compte tenu de la faible prévalence des plaies dans la pratique médicale. <sup>8</sup>

- L'autonomisation des IDEL

Comme nous l'avons vu, un certain nombre de médecins plaide pour une plus grande autonomisation des IDEL pour le suivi des plaies chroniques. Leurs arguments sont un manque de connaissances, de temps et d'intérêt pour le sujet. Contrairement aux autres thèses, nous n'avons pas retrouvé de critiques négatives concernant les prises d'initiatives infirmières. <sup>4,5</sup> Le mémoire réalisé à St Etienne suggère une plus grande autonomisation des IDEL et ne retrouve pas d'opposition de la part du corps médical. <sup>6</sup> L'absence de données actuelles ouvre une voie de recherche future éventuelle.

En France, une initiative similaire est en cours dans le réseau Cicat LR depuis 2007. Les infirmiers dits « référents » sont formés par le réseau. Ils interviennent dans les services ou à domicile à la demande des soignants référents du patient pour apporter conseil et suivi des plaies complexes. Ils ne travaillent pas de manière totalement autonome mais sous forme d'équipe mobile. <sup>27</sup>

Sur le plan de l'autonomisation des infirmiers, certains pays sont allés beaucoup plus loin que ce que nous connaissons en France. Grâce à une formation adaptée et une réforme de fond, le Québec a profondément remanié son système de soin. Suite à une loi dite « loi 90 » du 2 juin 2002 <sup>28</sup>, une plus grande autonomie des IDEL a été votée avec la possibilité de prescrire et de suivre certains problèmes de santé en parfaite autonomie. Pour le cas des plaies chroniques, un cadre encore plus libre a récemment été mis en place en 2014. Le suivi est assuré uniquement par les IDEL, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes. <sup>29</sup> Leur formation a lieu en deux étapes : diplôme initial généraliste puis spécialisation facultative.



# CONCLUSION

---

Le but de mon étude était de connaître l'organisation et l'état des relations entre médecins généralistes et IDEL quant au suivi des plaies chroniques en ville. J'ai aussi analysé leurs rapports avec les autres acteurs du suivi afin de mettre en lumière les voies d'amélioration possibles et ce en optant pour une méthode qualitative. L'étude a porté sur 5 IDEL et 7 médecins généralistes de l'Oise.

L'analyse comparée de l'organisation entre médecins et IDEL a mis en évidence des divergences entre les acteurs interrogés. Les médecins n'ont émis quasiment aucune critique négative à l'égard des IDEL mais cela tenait peut-être à un potentiel biais méthodologique. La majorité des décisions liées au suivi de la plaie, hors bilan initial, revenaient aux infirmières. Les IDEL reprochaient aux médecins une trop faible implication dans le suivi, une fréquence insuffisante de réévaluation des plaies et la trop grande liberté de prescription qui leur était laissée par rapport à leurs connaissances fondamentales.

Les relations entre les deux professions semblaient globalement satisfaire les deux parties même si le côté personnel de la relation semblait en influencer la qualité. La communication était un point d'amélioration souhaité surtout par les IDEL. Les médecins les rejoignaient dans ce souhait quoique dans une moindre mesure. Les deux professions émettaient le souhait se rencontrer davantage et de mieux échanger. Le développement des maisons de santé pluri-professionnelles semblait une bonne piste pour faciliter cette coopération.

Le recours aux avis extérieurs était surtout compliqué par le manque de spécialistes disponibles dans le département au moment de l'étude que ce soient dermatologues, angiologues (et autres spécialistes), ou en consultations spécialisées. Les laboratoires pharmaceutiques semblaient bien avoir intégré ces carences et proposaient des avis sur la thérapeutique lors d'évolutions traînantes aux IDEL par le biais des visiteurs médicaux. Compte tenu du faible niveau de preuve de la plupart des études d'AMM de pansements, il est permis de douter de la fiabilité de ces avis. De même sachant la faible connaissance infirmière en matière de lecture critique d'articles médicaux, il est légitime de s'inquiéter de leur capacité à pouvoir analyser les données fournies.

Le manque de connaissances posait problème aux généralistes interrogés et ils le citaient pour justifier leur faible investissement dans le suivi. D'ailleurs, une partie d'entre

eux utilisait l'argument d'une meilleure formation des IDEL pour plaider en faveur d'une plus grande autonomisation infirmière. De leur côté, les infirmiers restaient mitigés à propos de cette autonomie et rappelaient que leur formation différait de celle des médecins, notamment en ce qui concerne le plan étiologique des plaies. D'ailleurs, la demande en formation médicale continue (FMC) sur les plaies chroniques était plus élevée chez les IDEL. Ceci s'expliquait peut-être par la plus grande fréquence de prise en charge des plaies chroniques avec donc les préoccupations associées. L'autonomisation des IDEL en tant que piste avancée à une meilleure prise en charge nécessite une formation plus poussée et basée sur des sources indépendantes comme c'est le cas au Québec. Ces sources de savoirs indépendantes (revues spécialisées, recommandations officielles, FMC indépendantes) ne semblaient pourtant pas plébiscitées par la plupart de nos participants qui leur préféraient des publications fournies par l'industrie pharmaceutique.

A l'analyse de la littérature, un manque de connaissances fondamentales sur les pansements est apparu. De nombreuses études d'autorisation de mise sur le marché (AMM) ne bénéficiaient que d'un faible niveau de preuve et comportent de nombreux biais, même si les études tendent à se bonifier un peu depuis 2008. Le guide méthodologique pour le développement de pansements de l'HAS permet d'espérer une amélioration des futures données.

La télémédecine semblait une bonne piste pour faciliter l'accès rapide, proche et facile à un avis spécialisé. Elle était néanmoins sujette à de nombreuses inquiétudes quant à sa mise en œuvre. L'aspect technique ainsi que la disponibilité des spécialistes pour son fonctionnement étaient les points d'interrogations principaux retrouvés.





# Bibliographie

*NB : certaines références sont disponibles sous format PDF dans le Cd-rom à la troisième de couverture (liste page 63-64)*

1. Haute Autorité de santé. Evaluation des pansements primaires et secondaires. Révision de la liste des produits et prestations remboursables. [En ligne]. HAS ; Saint Denis. Octobre 2007. pp. 28-30 pp.35-56 Disponible à partir de : < [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_evaluation\\_pansements\\_.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_evaluation_pansements_.pdf)> [consulté le 11/01/2016]
2. MEAUME S, KERIHUEL J-C, FROMANTIN I, TEOT L. Prévalence et charge en soins des plaies dans la population générale ambulatoire : Vulnus, une initiative française. J Plaies Cicatrisations. 2012 ; (84) pp. :34-43.
3. Cour des Comptes. Chapitre 10 Dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée. In : Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014. CDC. Paris. Septembre 2014, 28 p.
4. QUEYROY VAGNOT M.S. Prise en charge ambulatoire des ulcères veineux en 2006 : deux acteurs essentiels : le médecin généraliste et l'infirmier(e) libéral(e). Thèse de doctorat de médecine. Bordeaux : Université de Bordeaux. 2009. 108 p.
5. NOAILLAN F. Rôles de l'infirmière libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques : enquêtes menées en Charente en 2009-2010. [En ligne]. Thèse de doctorat de médecine. Poitiers : Université de Poitiers. 2012. 137 p. Disponible à partir de : < [http://www.cogemspc.fr/theses/liste\\_these/these\\_noaillan.pdf.pdf](http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_noaillan.pdf.pdf) > [Consulté le 28/01/2016]
6. GOMEZ M.F. Enquête sur la prise en charge des plaies chroniques en médecine de ville à Saint-Etienne. [En ligne]. Mémoire infirmier du Diplôme Universitaire Plaies et Cicatrisations. Saint Etienne : 2005. 30p. Disponible à partir de : < [http://www.sffpc.org/download.php?file=connaiss\\_memoire\\_5.pdf](http://www.sffpc.org/download.php?file=connaiss_memoire_5.pdf)> [consulté le 28/01/2016]
7. Agence Régionale de Santé. Programme régional de télé médecine. [En ligne] ARS Picardie. Projet régional de santé 2012-2017. Amiens. Décembre 2012. [Disponible à partir de : < [http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs\\_internet/PS/3\\_janvier\\_2013/PSRS\\_02\\_090112\\_01.pdf](http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/PS/3_janvier_2013/PSRS_02_090112_01.pdf) > [Consulté le 28/01/2016]
8. LIBERGE G. Évaluer les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques, et l'intérêt d'un outil de télé-médecine dans cette prise en charge. Thèse de doctorat en médecine. Nantes : Université de Nantes. 2012. 75 p. Disponible à partir de : < <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=2/TTL=1/CLK?IKT=12&TRM=165086106>< [consulté le 28/01/2016]
9. SICART D : Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2013, [en ligne]. In : DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Série Statistique n° 179

- Paris. Avril 2013. Disponible à partir de :  
<<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat179.pdf>> [consulté le 03/12/2015].
10. SICART D : Les professions de Santé au 1er janvier 2014. [En ligne]. In : DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Série Statistique n° 189. Paris. Juin 2014. Disponible à partir de :  
<<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf>> [consulté le 26/01/2016].
  11. Ministère du travail, l'emploi et de la santé. Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. [En ligne]. In Légifrance. Disponible à partir de :  
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025592708>> [Consulté le 09/12/2015]
  12. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012 relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien. [En ligne] In Légifrance : Disponible à partir de :  
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026200416&categorieLien=id>> [Consulté le 17/01/2016].
  13. CATANAS M. Etre infirmier au XIX<sup>e</sup> siècle (Chapitre 4). [En ligne] In Histoire de la profession IDE. Infirmier.com. Disponible à partir de :  
<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/histoire-etre-infirmier-xixeme-siecle-chap-4.html> > [Consulté le 04/02/2016]
  14. Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. [En ligne] In Légifrance. Disponible à partir de : <  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044> > [Consulté le 15/01/2016]
  15. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. [En ligne] In Légifrance : Disponible à partir de :  
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062401&categorieLien=id>> [Consulté le 15/01/2016]
  16. Haute Autorité de Santé. Les pansements, indications et utilisations recommandées. [En ligne] In Bon usage des technologies médicales. HAS. Saint Denis. Avril 2011. Disponible à partir de : <  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements\\_synthese\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf)> [consulté le 15/01/2016]
  17. PRESCRIRE. Pansements des ulcères veineux de jambe. Rev Prescrire 2013 ; 33 (359) : 685
  18. Haute autorité de santé. Choix méthodologique pour le développement clinique des pansements. [En ligne]. HAS. Saint Denis. Décembre 2013. 58 p. Disponible à partir de : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-12/guide\\_methodologique\\_17122013.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-12/guide_methodologique_17122013.pdf) [consulté le 12/04/2015]

19. FAUGA E. Prise en charge ambulatoire d'ulcères de jambe infectés : Revue de la littérature, évaluation de pratiques professionnelles et perspectives. [En ligne] Thèse de doctorat de médecine. Bordeaux : université de Bordeaux. 2014. 96 p. [Disponible à partir de : < <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00976727>> [Consulté le 15/01/2016]
20. GCS e-santé Picardie. Service régional de télé médecine Comedi-e. [en ligne] Disponible à partir de : < <http://www.esante-picardie.com/projets/service-regional-de-telemedecine/>> [Consulté le 15/01/2016]
21. LALAU, J., BOUTET-RIXE, C., PELTIER, A. and HUART, C. (2014). La télé expertise au service du patient diabétique : une première expérience en Picardie. *Diabetes Metab*, 40 (Supplément 1), pp. A95-A96
22. LALAU J., BOUTET, C., PELTIER, A. and HUART C. (2013). O2 La télémédecine au service du patient diabétique : une expérience en Picardie Introduction. *Diabetes Metab*, 39, p. A1.
23. Agence Régionale de Santé Picardie. Plan régional de télé médecine. [En ligne] In Plan régional de santé 2012-2017. ARS Picardie. Amiens. Décembre 2012. Disponible à partir de : < [http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs\\_internet/PRS/3\\_janvier\\_2013/Programme\\_Telemedecine.pdf](http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/PRS/3_janvier_2013/Programme_Telemedecine.pdf)> [Consulté le 15/01/2016]
24. Télé Santé Basse Normandie, Réseau TELAP, Réseau CICAT LR. Projet inter régional de télé médecine appliqué aux plaies DOMOPLAIES. [En ligne] TS BN France Février 2014. 21 p. Disponible à partir de : < [http://www.telesante-basse-normandie.fr/gallery\\_files/site/1533/1534/1620/4331/4707/9248.pdf](http://www.telesante-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1620/4331/4707/9248.pdf) > [Consulté le 10/01/2016]
25. Fédération française des maisons et pôles de santé. [En ligne]. FFMPS. Juillet 2013. Disponible à partir de : <<http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>> [consulté le 11/01/2016]
26. Agence Régionale de Santé Picardie. [En ligne] ARS Picardie. 2015. Disponible à partir de : <<http://www.ars.picardie.sante.fr/La-dynamique-MSP-en-Picardie.181125.0.html>> [Consulté le 12/01/2016]
27. Cicat-LR. Catalogue de formation : devenir référent plaie. [En ligne] Réseau Cicat-LR. Montpellier. 2013. p. 20 Disponible à partir de : < [http://www.cicat-lr.org/gallery\\_files/site/1533/1534/5093/5095/5300/5419.pdf](http://www.cicat-lr.org/gallery_files/site/1533/1534/5093/5095/5300/5419.pdf)> [Consulté le 15/01/2016]
28. Office des Professions du Québec. Loi 90 (2002, chap. 33) Loi modifiant les professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (sanctionnée le 14 juin 2002). [En ligne]. OPQ. Montréal. Juin 2002. Disponible à partir de : <http://www.ooaq.qc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi-90.pdf>
29. Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec (OIIQ). Une action concertée pour optimiser le traitement des plaies chroniques et complexes : cadre de collaboration

interprofessionnelle pour les ergothérapeutes, les infirmières et les professionnels de la physiothérapie. [En ligne] OIIQ. Québec. 2014. 23 p. Disponible à partir de : <[http://www.oiiq.org/sites/default/files/8403\\_ActionConcerteePlaiesChroniques.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/8403_ActionConcerteePlaiesChroniques.pdf)>

# ANNEXES

---

## Annexes papier

Script entretien

Résumé Français

Résumé Anglais

## Annexes numériques (CD-Rom dans la 3eme de couverture)

- Entretiens originaux retranscrits
- Haute Autorité de santé. Evaluation des pansements primaires et secondaires. Révision de la liste des produits et prestations remboursables. [En ligne]. HAS ; Saint Denis. Octobre 2007. pp. 28-30 pp.35-56
- Cour des Comptes. Chapitre 10 Dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée. In : Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014. CDC. Paris. Septembre 2014, 28 p.
- NOAILLAN F. Rôles de l'infirmière libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques : enquêtes menées en Charente en 2009-2010. [En ligne]. Thèse de doctorat de médecine. Poitiers : Université de Poitiers. 2012. 137 p.
- GOMEZ M.F. Enquête sur la prise en charge des plaies chroniques en médecine de ville à Saint-Etienne. [En ligne]. Mémoire infirmier du Diplôme Universitaire Plaies et Cicatrisations. Saint Etienne : 2005. 30p.
- Agence Régionale de Santé. Programme régional de télé médecine. [En ligne] ARS Picardie. Projet régional de santé 2012-2017. Amiens. Décembre 2012.
- LIBERGE G. Évaluer les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques, et l'intérêt d'un outil de télémédecine dans cette prise en charge. Thèse de doctorat en médecine. Nantes : Université de Nantes. 2012. 75 p.
- Haute autorité de santé. Choix méthodologique pour le développement clinique des pansements. [En ligne]. HAS. Saint Denis. Décembre 2013. 58 p.
- FAUGA E. Prise en charge ambulatoire d'ulcères de jambe infectés : Revue de la littérature, évaluation de pratiques professionnelles et perspectives. [En ligne] Thèse de doctorat de médecine. Bordeaux : université de Bordeaux. 2014. 96 p.
- Agence Régionale de Santé Picardie. Plan régional de télé médecine. [En ligne] In Plan régional de santé 2012-2017. ARS Picardie. Amiens. Décembre 2012.

- Télé Santé Basse Normandie, Réseau TELAP, Réseau CICAT LR. Projet inter régional de télé médecine appliqué aux plaies DOMOPLAIES. [En ligne] TS BN France Février 2014. 21 p.
- Office des Professions du Québec. Loi 90 (2002, chap. 33) Loi modifiant les professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (sanctionnée le 14 juin 2002). [En ligne]. OPQ. Montréal. Juin 2002.
- Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec (OIIQ). Une action concertée pour optimiser le traitement des plaies chroniques et complexes : cadre de collaboration interprofessionnelle pour les ergothérapeutes, les infirmières et les professionnels de la physiothérapie. [En ligne] OIIQ. Québec. 2014. 23 p.

## SCRIPT ENTRETIEN

### 1°) Présentation de la personne interviewée

- Profession
- Age
- Profession
- Durée Expérience libérale
- Fréquence de prise en charge des plaies chroniques (/mois)

### 2°) La consultation pansement commune avec l'autre profession (médecin ou IDE)

- Détailler se déroule la consultation pansement type. Indiquer s'il y a plusieurs consultations très différentes et leurs particularités si elles existent: où, quand, comment Mode d'échange des informations, fréquence
- Décrire comment se déroule les changements de protocoles : initiative de qui, pourquoi le plus souvent, qui décide, mode d'échange des informations
- Qui prescrit le matériel pour la poursuite des soins ? (suivi classique et changement de protocole)?

### 3°) Cadre théorique

- Quelle est la formation dans le domaine des pansements (initiale et complémentaire) ? Est-ce qu'une formation complémentaire est envisagée ?
- Quels référentiels sont utilisés pour conforter les décisions ? Ecrits par quel auteur ?
- Ont-ils l'impression que leur prise en charge est efficace? Et Maîtrisée (théorie et pratique)?

### 4°) Relation entre les différents acteurs

- Comment qualifieraient-ils leur relation avec l'autre profession ?
- Sont-ils satisfaits ? Ont-ils confiance ? Comment l'améliorer ?

### 5°) Recours extérieur

- Existe-t-il ? Sous quelle forme ?
- Qui décide d'y avoir recours ?
- Quels type d'avis spécialisé pourrai-t-on créer pour améliorer ce recours ?



# RESUME

---

## **INTRODUCTION :**

Les plaies chroniques constituent un problème de santé publique en France. Médecins généralistes (MG) et infirmiers libéraux (IDEL) sont en première ligne dans ce suivi. Etant donné la très faible densité médicale en Picardie et notamment en dermatologues, la télé médecine est une piste proposée par l'ARS Picardie pour améliorer le suivi de ces plaies chroniques.

## **METHODE :**

Etude qualitative du suivi des plaies chroniques par entretiens semi dirigés auprès des MG et d'IDEL dans l'Oise. Analyse qualitative de leur organisation, de leurs relations, de leurs rapports avec les autres acteurs du suivi (spécialistes, laboratoires) et des voies d'améliorations possibles.

## **RESULTATS :**

7 MG et 5 IDEL ont participé et se disaient globalement satisfaits de leurs relations. Les décisions liées au suivi des plaies chroniques étaient majoritairement le fait des IDEL. La trop faible fréquence de réévaluation était reprochée aux MG ainsi qu'une volonté bien mince d'investissement dans le suivi. Les deux professions soulignent un manque criant de formation et c'est un des points d'amélioration souhaité par les IDEL. Le recours aux spécialistes était peu utilisé en raison de délais de rendez-vous trop longs et l'industrie pharmaceutique s'engouffrait dans ce vide auprès les IDEL. La télé médecine suscitait un certain intérêt mais soulevait beaucoup d'inquiétudes.

## **CONCLUSION :**

Les participants se disaient globalement satisfaits tout en souhaitant mieux communiquer et se rencontrer davantage. Les recours extérieurs étaient compliqués par un délai de rendez-vous jugé trop long chez les spécialistes. MG et IDEL ne se montraient pas fermés vis à vis de la télé médecine pour y pallier.

**Mots clefs :** Plaies chroniques, soins primaires, relation, infirmiers libéraux, médecins généralistes, télé médecine

# ABSTRACT

---

## **INTRODUCTION:**

Chronic wounds represent a major public health concern in France. General practitioners (GPs) and district nurses are in the front line of the aftercare. Given the very low medical density in Picardie, particularly in the department of dermatology, ARS Picardie (Regional health office) suggests a telemedicine project to improve chronic wounds care.

## **METHOD:**

Qualitative study of chronic wounds monitoring with semi structured interviews by GPs and district nurses in the department of Oise. Qualitative analysis of their organizations, relationships and links with other participants in the aftercare (specialists, laboratories) and of the possible ways of improvement.

## **RESULTS:**

7 GPs and 5 district nurses joined the project. They were generally satisfied with their relationships. Decisions related to chronic wounds care were mostly left to district nurses. GPs were reproached with an insufficient frequency of reevaluation and a poor commitment in the aftercare. Both parts highlight a glaring lack of practical knowledge, which should be improved according to the nurses. Specialists were rarely resorted to, due to long appointments delays and the pharmaceutical industry took advantage of this opportunity. Telemedicine aroused interest but raised many technical concerns.

## **CONCLUSION:**

Participants were generally satisfied but also expressed their desire to reach better communication and meetings frequency. Long deferments for specialist's appointments made their resort difficult. General practitioners and district nurses were quite open to telemedicine to improve it.

**Key words:** Chronic wounds, primary care, relationship, district nurses, general practitioners, telemedicine.