



HAL
open science

Étude descriptive de l'impact de la prise en charge des plaies chroniques par un centre plaie et cicatrisation sur le médecin généraliste et son patient

Guillaume Barthelat

► To cite this version:

Guillaume Barthelat. Étude descriptive de l'impact de la prise en charge des plaies chroniques par un centre plaie et cicatrisation sur le médecin généraliste et son patient. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01451861

HAL Id: dumas-01451861

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01451861v1>

Submitted on 1 Feb 2017

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.

Université de Nice Sophia-Antipolis

Faculté de médecine

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : médecine générale

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice

Le jeudi 08 décembre 2016

Par **Guillaume BARTHELAT**

Né le 1^{er} juillet 1985 à Ambert (63)

**ÉTUDE DESCRIPTIVE DE L'IMPACT DE LA PRISE EN CHARGE DES
PLAIES CHRONIQUES PAR UN CENTRE PLAIE ET CICATRISATION
SUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET SON PATIENT.**

Devant les membres du jury :

Président du jury : **Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER**

Assesseurs : **Monsieur le Professeur Bernard CANIVET**

Monsieur le Professeur Nicolas CHEVALIER

Directeur de thèse : **Madame le Docteur Marie-Martine BONELLO-FARAILL**

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. ALBERTINI Marc	M. HARTER Michel
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BATT Michel	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. OLLIER Amédée
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. SERRES Jean-Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GILLET Jean-Yves	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GRELLIER Patrick	M. ZIEGLER Gérard
M. GRIMAUD Dominique	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. PHILIP Patrick
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais
Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DARMON David Médecine Générale
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine générale
 M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
 M. PAPA Michel Médecine Générale
 M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M. BALDIN Jean-Luc Médecine Générale
 Mme CASTA Céline Médecine Générale
 Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
 M. BROCKER Patrice Médecine interne Option Gériatrie
 M. CHEVALLIER Daniel Urologie
 Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
 M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
 M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
 M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
 M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
 M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

REMERCIEMENTS

A mon jury de thèse,

Pr Philippe HOFLIGER, Président du jury,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci de m'avoir permis de réaliser ce travail ainsi que votre soutien au cours de mon cursus universitaire en tant qu'interne. A vos côtés, j'ai pu côtoyer le difficile exercice de médecin généraliste d'un point de vue professionnel, mais surtout d'un point de vue relationnel avec les patients. Vous resterez pour moi une référence et j'espère que nos relations perdureront. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Pr Bernard CANIVET,

Je vous remercie d'avoir participé à l'élaboration de ce travail qui me tient à cœur. Votre œil, votre expertise et votre intérêt pour ce sujet m'honorent. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Pr Nicolas CHEVALIER,

Vous me faites l'honneur et la gentillesse de participer à ce jury de thèse. Votre travail et vos connaissances sur ce sujet m'ont été précieuses. Veuillez croire en mes sincères remerciements.

Dr Marie-Martine BONELLO-FARAILL, directeur de thèse

Acceptez mes sincères remerciements pour votre soutien inébranlable, depuis notre première rencontre et tout au long de ce travail de thèse. Ensemble nous avons monté ce projet et vous m'avez permis de toujours maintenir le cap. Je voulais souligner votre patience à toute épreuve devant mes « mauvais jours », mais aussi votre professionnalisme et votre rapport avec les patients, vous resterez un exemple pour moi. Votre aide a été déterminante dans la réalisation de ce projet. J'espère que nous continuerons à rester en relation d'une manière professionnelle mais aussi personnelle. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

A tous ceux qui ont participé,

Merci au Dr Catherine MAILLET, chef du service plaie et cicatrisation à l'Hôpital Privé Gériatrique Les Sources. Vous avez permis l'élaboration de ce projet, mais vous avez aussi su m'apprendre énormément dans le domaine des plaies chroniques et de la cicatrisation. Veuillez accepter ma reconnaissance.

Je tiens à remercier chaque membre du « staff du mercredi soir » : Docteur Evelyne BERNARD, Docteur Dominique FAULQUES, Docteur François PARIZOT, Docteur Pierre-Franck PLANCHARD et Brigitte SCAVINER. Chacun vous m'avez apporté votre expérience et vos connaissances pour aider les patients mais aussi dans un souci d'apprentissage. Egalement merci pour votre soutien dans les moments difficiles.

Je suis reconnaissant envers l'HPGS et plus particulièrement les équipes avec qui j'ai travaillé (IDE, AS, ASH, diététicienne, secrétaire, interne). Nous avons appris ensemble à nous connaître et surtout à travailler efficacement et dans l'intérêt des patients. Sans ce travail d'équipe au quotidien, nous n'aurions pas pu atteindre notre objectif. Gardez votre sérieux et votre enthousiasme. Merci pour votre soutien indéfectible.

Merci à tous les médecins que j'ai croisé au cours de ma formation et qui n'ont pas hésité à partager leurs connaissances, tout particulièrement le Docteur Nathalie MONTAGNE et le Docteur Christophe PERRIN, qui ont été de véritables « boosters ». Je remercie les Docteurs SALVIETTI, BARISIC et DOMEREGO pour leur souci de transmission des savoirs et pour leur amitié.

Je tiens à remercier tous les patients et les médecins généralistes qui ont participé avec enthousiasme à ce projet.

A ma famille,

Maman, papa, vous êtes indissociables. Votre présence et votre soutien à chaque étape de ma vie m'ont permis d'atteindre des sommets. Il est certain que sans vous, je ne serai jamais arrivé à devenir ce que je suis aujourd'hui. Vous avez su m'aider et me pousser vers l'avant, tout en respectant chacun de mes choix. Tous les deux, vous êtes un modèle de force et de dignité pour moi. J'espère en avoir hérité en partie. Tu n'as pas pu être à mes côtés tout le long de l'élaboration de cette thèse, mais je n'ai jamais été seul car papa a su m'accompagner comme si vous étiez deux. Ce jour du 8 décembre 2016 est fortement symbolique pour vous deux et j'espère ne pas vous décevoir.

Merci Ninice (je ne peux pas t'appeler Marion, je ne le fais presque jamais). Tu as toujours été là pour moi et tu le seras toujours. Ma confiance en toi est sans limite et ton aura de grande-sœur est indispensable à mes yeux. Ton rêve de « voir ton frère jouer au tennis dans la télévision » est fichu depuis ce jour où je vais devenir médecin. Poursuivons nos week-ends et nos vacances ensemble. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec Elsa dont je suis fou et fan. Merci Elsa pour ta joie de vivre.

Merci Tatie, Gilles et Mélanie. Vous avez su me soutenir tout au long de mon cursus scolaire et universitaire. Mes séjours à Lyon ne sont que trop peu fréquents et j'espère pouvoir les multiplier. Mélanie, il te reste encore un peu de chemin dans ton parcours professionnel mais je sais que tu vas arriver à atteindre tes objectifs.

Merci aux Ticchioni, vous m'avez accueilli à Nice et l'acclimatation ne fut que plus douce. La ville de Nice nous rapproche c'est certain, mais l'histoire a commencé bien avant avec les fameux Perlinpinpins roses et bleus et a marqué ma mémoire. Vous m'avez soutenu tout le long de mon internat. Je souhaite à mes 2 cousins niçois beaucoup de bonheur, de réussite et de continuer à me faire rire grâce à leur répartie inégalable. J'ai une pensée pour Lilou qui m'a fait partager quelques-uns de ses souvenirs et qui m'a toujours porté un grand intérêt.

Merci à Paulette et à Jacques, votre soutien régulier et sans faille m'a permis d'avancer dans la bonne direction.

Je pense aussi à mes grands-parents ainsi qu'à la Tantine, vous m'avez tous transmis votre amour et vos valeurs. Bien sûr, ma grand-mère maternelle restera la personne la plus extraordinaire par son intelligence, sa bienveillance et son courage, que je connaisse.

A mes amis,

Merci à toi Coco, notre amitié est indéfectible malgré nos différences de caractère et c'est en cela que notre relation est si forte. Elle a commencé à la fac de manière totalement spontanée, elle est devenue indestructible. Tu as toujours été derrière moi pour tenter de me faire apprendre des cours qui n'arrivaient pas à rentrer, grâce à tes soirées révisions-pizzas. On a tellement rit ensemble à partir de rien. Je sais qu'on partagera encore beaucoup de moments identiques. Je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta vie future. Merci à Babeth, Gilles, Amandine, Romuald, Emilie, toutes ces personnes qui sont si chères à ton cœur et qui désormais font partie de ma vie.

Ma Chacha, ma binôme d'anglais préférée. Ta franchise et ta bienveillance à mon égard ont toujours beaucoup compté pour moi. Nous avons vécu des années de fac merveilleuses ensemble. Je sais qu'on ne se lâchera jamais, malgré tous tes voyages au bout du monde et je compte bien te suivre de temps en temps. Tu pourras toujours compter sur moi. Continue à être cette femme spontanée, intelligente et altruiste.

Merci Julietta, tu es mon exemple d'assiduité et de persévérance. Tu connais le respect immense que je te porte. Tu as tout mis en œuvre pour obtenir ce que tu voulais, tu le mérites tellement. Derrière ce chirurgien exceptionnellement douée, je sais qu'il y a ma Julietta, la fille timide, rigolote, toujours prête à faire une juliettade, avec un coup droit de l'espace et qui doit travailler son jeu de jambes. On sera toujours là l'un pour l'autre.

Je te remercie Julie (ma colocataire) pour ta présence tout au long de l'internat. Nous sommes devenus bien plus que de simples colocataires, on a réussi à construire une relation unique, basée sur la complicité et la confiance. Nous allons nous séparer mais je souhaite conserver ce lien avec toi. Je te souhaite plein de bonheur et de réussite.

Merci à mes amis d'enfance d'Ambert (Gus, Marion, Xelap et Doudoune), on se connaît par cœur. On se voit peu mais à chaque fois on retrouve nos complicités et nos habitudes. On a construit ce lien dès l'école maternelle (voire plus tôt encore pour certains) et il est indéfectible. On peut être fier de ce que nous sommes devenus.

Merci à ma 3^e Julie (alias la fouine) !!! On a travaillé ensemble puis nous sommes devenus amis très rapidement. Merci de toujours m'avoir redonné le sourire dans le service quand j'avais un petit coup de blues. On ne travaille plus ensemble mais on continue de rigoler. Je te souhaite plein de bonheur dans ta nouvelle vie professionnelle et amoureuse.

Merci à tous mes amis niçois que j'ai rencontré au cours de mes stages d'internes. Elsa et Dan, vous êtes un exemple pour moi que ce soit d'un point de vue professionnel mais aussi dans votre relation. Je vous souhaite plein de bonnes choses avec le petit Ethan. Merci à Boudinette pour ta joie de vivre et ta spontanéité. Merci à Carol-Ann et Adrian pour vos conseils de voyage et de manga. Merci à Sophie pour nos fous rires et nos parties intenses de padel. Merci à Eva, tu m'as tout appris de la pédiatrie (tu as encore du boulot).

Je remercie tous mes amis du TCNG. Brandon, Audrey, Mathieu, Val et Greg, vous avez toujours su mettre une bonne ambiance sur et en dehors des courts, essentielle à mon relâchement et donc à mon bien-être après les journées de travail. Merci pour cette bonne humeur permanente.

Merci aux amis de mes parents, Sylvie et Marco, Ginou et Jean-Jean, Colette et Babi, François, pour votre présence si importante à mes yeux et votre soutien en toutes circonstances.

TABLEAU DES ABREVIATIONS

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPC : Centre Plaie et Cicatrisation

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPGS : Hôpital Privé Gériatrique les Sources

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IWGDF : International Working Group on the Diabetic Foot

LPP : Liste des Produits et Prestations

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

NSP : Ne Sait Pas

PRF : Platelet Rich Fibrin

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TPN : Traitement des plaies par Pression Négative

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	14
II. MATERIEL ET METHODE	17
1. Présentation générale	17
2. Caractéristiques de la population	17
3. Le questionnaire destiné aux médecins	19
4. Le questionnaire destiné aux patients	20
III. RESULTATS	21
1. Caractéristiques de la population étudiée	21
a) La population elle-même	21
b) La plaie dans la population	24
c) Le séjour au CPC	28
2. Résultats de l'enquête auprès des médecins	31
a) Données générales	31
b) Réponses au questionnaire	32
3. Résultats de l'enquête auprès des patients	38
a) Données générales	38
b) Réponses au questionnaire	38
4. Analyses en sous-groupe	45
a) Les sous-groupes suivant le sexe	45
b) Les sous-groupes suivant la provenance	47
c) Les sous-groupes suivant l'autonomie	50
d) Les sous-groupes suivant les antécédents	53
e) Les sous-groupes suivant l'état de dénutrition	55
f) Dans le sous-groupe « patients décédés »	58
g) Les sous-groupes suivant le type de plaie	59
h) Les sous-groupes suivant l'ancienneté de la plaie	64
i) Les sous-groupes suivant le stade de l'infection de la plaie	68
j) Les sous-groupes suivant le stade de cicatrisation de la plaie	72
k) Les sous-groupes suivant l'évolution des douleurs	75
l) Les sous-groupes suivant la confiance dans son état de santé	76

IV. DISCUSSION	77
1. Analyses des résultats centrées sur l'objectif principal	77
a) Impact de la prise en charge de la plaie par le centre sur le médecin généraliste	77
b) Impact de la prise en charge de la plaie par le centre sur le patient	81
2. Analyses des résultats : objectifs secondaires	85
a) Caractéristiques de la population étudiée	85
b) Les attentes des médecins envers le CPC	91
c) Des problèmes émergents	91
3. Limites méthodologiques de l'étude	94
a) Délai de cicatrisation	94
b) Difficulté de comparer la prise en charge libérale et celle du centre	94
4. Les points forts	95
a) Le nombre de patients	95
b) Le nombre de médecins	95
c) Le nombre de données récoltées	95
V. CONCLUSION	96
ANNEXES	98
1. Définitions et classification des plaies chroniques	98
2. Définition de la qualité de vie	100
3. Les différentes techniques de cicatrisation	101
4. Les niveaux de structure	104
5. Présentation du CPC	107
6. Les différents centres plaie et cicatrisation en France	111
7. Courrier de présentation de la thèse envoyé au médecin généraliste	113
8. Questionnaire médecin	114
9. Questionnaire patient	116
10. DU plaie et cicatrisation à Nice	118
BIBLIOGRAPHIE	119
SERMENT D'HIPPOCRATE	123

I. Introduction

Les plaies chroniques sont définies comme des plaies qui n'ont pas cicatrisé au bout de 4 à 6 semaines, selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (1). Tous les types de plaies peuvent devenir « chroniques » que ce soient les ulcères veineux, artériels ou mixtes, les escarres, les maux perforants plantaires et d'autres plaies plus rares (angiodermites nécrotiques, plaies cancéreuses) (annexe 1).

Cette pathologie touche principalement les populations âgées, la prévalence des plaies augmentant nettement à partir de 65 ans. En France, particulièrement dans le département des Alpes-Maritimes comme dans les pays occidentaux, la population est vieillissante. D'après les chiffres de l'INSEE, la proportion des gens âgés de plus de 65 ans dans les Alpes-Maritimes a augmenté de 2% entre 1990 et 2014 (de 20.7% à 22.7%) (2) et la proportion nationale des personnes âgées de plus de 65 ans est de 18.2% en 2014 (3).

D'un point de vue épidémiologique, nous disposons de données concernant les ulcères veineux, les plaies du patient diabétique, les escarres :

- L'HAS estime la prévalence des ulcères veineux entre 0.0045 et 0.63% dans la population générale. La prévalence des ulcères veineux augmente avec l'âge de la population (0,1 % pour les patients âgés de moins de 60 ans ; 0,4 % pour les patients de 60 à 70 ans ; plus de 2 % pour les patients de plus de 80 ans) (4).
- L'incidence annuelle des plaies dans la population de patients diabétiques (4.4% de la population générale) (5) est de 2% (6) et 1% des personnes diabétiques subissent une amputation du membre inférieur (6). Le diabète est la principale cause des amputations non traumatiques.
- L'étude PERSE, observant tous les 10 ans, une population de patients porteurs d'escarres, rapporte une prévalence de 8.1% d'escarres dans les services hospitaliers et dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), en France, en 2014 (7).

La prise en charge des plaies chroniques est un enjeu économique important. En 2011, l'Assurance Maladie estime ce coût à près de 1 milliard d'euros (965 millions d'euros), uniquement pour les soins de ville (soins de médecins, d'auxiliaires, produits de la Liste des Produits et Prestation (LPP), médicaments). Ce chiffre ne comprend ni les frais d'hospitalisations ni les transports, et ne concerne que les frais engagés pour les escarres, les ulcères veineux et mixtes. Il sous-estime les frais réels liés aux plaies chroniques toutes confondues.

Il apparaît que les postes de dépenses les plus importants sont représentés par les soins infirmiers (437 millions d'euros soit 45.3%) et par les pansements, compresses et dispositifs de la LPP (301 millions d'euros soit 31.2%) (8).

En outre, les plaies ont des répercussions multiples pour le patient et ce, dans des domaines diverses : physique, psychologique et social.

Dans la littérature, les symptômes et plaintes associés aux plaies ont été recensés et chiffrés.

Les patients souffrant d'un ulcère veineux se plaignent de douleurs dans 80% des cas, d'un exsudat dans 75% des cas, de dépression et d'insomnie dans 65% des cas et de l'odeur du pansement ou de la plaie dans 56% des cas (9). Ces facteurs aggravent l'état dépressif engendré par la diminution de l'autonomie, la perte de l'estime de soi, la multiplication des soins et rendez-vous, qui peut conduire au décès du patient. Tout ceci engendre des changements importants du mode de vie des patients et génère un conflit avec leur style de vie, leurs priorités et leurs habitudes (21).

En 2006, l'HAS insiste et recommande l'évaluation et l'anticipation des douleurs induites par les plaies, symptômes les plus fréquemment associés aux plaies responsables d'un isolement social et d'une dépression (4).

Dans ce contexte, le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge des plaies de ses patients, en coordonnant les soins, les examens complémentaires et les interventions des spécialistes.

Ce travail est fastidieux, chronophage pour le médecin et le patient. L'insuffisance de formation pour le traitement des plaies chroniques freine leur prise en charge. Des études françaises montrent les lacunes des médecins généralistes dans ce domaine, mais aussi leur forte demande de formations spécifiques (10,11).

C'est ainsi que dans le cursus d'un médecin généraliste, la formation à la prise en charge des plaies est réduite : le programme du concours national classant de l'internat comporte 3 items dédiés aux plaies chroniques : item 137 (ulcère de jambe), item 50 (complications liées à l'immobilité) et item 233 (diabète sucré de types 1 et 2 de l'adulte et de l'enfant).

Aucune formation initiale spécifique à la prise en charge des plaies et à la cicatrisation n'existe au cours de l'internat, hormis en dermatologie et chirurgie plastique (modules spécifiques).

Un Diplôme Universitaire (DU) « plaies, brûlures cicatrisation » est proposé aux médecins, sur la base du volontariat. C'est une réelle formation basée sur la pluridisciplinarité (chirurgie vasculaire orthopédique, infectiologie, diabétologie, nutrition, médecine physique, ...). A la faculté de médecine de Nice, ce DU est dirigé par le Professeur Dumontier et le Docteur Chignon-Sicart (annexe 10).

Dès 2006, l'HAS, consciente de cette carence, préconise la création de « centres plaies et cicatrisation » (CPC).

Les études d'évaluation des retombées des soins délivrés au sein de ces centres témoignent d'une amélioration clinique et d'un intérêt économique (4) résultant :

- d'une meilleure formation continue des personnels soignants,
- d'un accès facilité à un avis d'expert,
- de l'utilisation de référentiels validés,
- du développement de programmes d'éducation des patients.

Ces constatations sont renforcées par le rapport du 11 juillet 2013 de l'Assurance Maladie, intitulé « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : proposition de l'Assurance Maladie pour 2014 ». Il s'appuie sur des principes adoptés par d'autres pays (8). Ces centres ont un rôle

clé dans la coordination, la centralisation d'information sur les plaies et le monitoring. L'Assurance Maladie estime donc que de tels centres pourraient diminuer de 23 % le temps de cicatrisation, diminuer de 5% le taux de récurrence et diminuer le coût des soins en ville de 82 millions d'euros (8).

Ils n'ont pas pour but de remplacer le médecin généraliste, mais plutôt de s'inscrire dans le parcours de soins. Les médecins généralistes, prescripteurs, restent le lien entre la médecine hospitalière et le patient. Ainsi, ces centres constituent une aide précieuse pour tous les soignants et le patient.

Déjà, dans les années 80, les premiers centres dédiés aux ulcères veineux apparaissent au Royaume-Uni, « Community clinics for legs ulcer ». Des études ont montré que ces centres amélioraient le taux de guérison, la qualité de vie des patients, diminuaient le temps de cicatrisation, le taux de récurrence et les coûts de prise en charge. C'est dans ce contexte que l'HAS recommande la création de CPC en France (4). Les premiers centres français ont été créés dans les années 90. Le territoire est inégalement couvert par ces centres (Toulouse, Bordeaux, Libourne, périgueux, Cahors, Poitiers, Roubaix, Dax, annexe 6). Ils ne proposent pas les mêmes offres de soin (consultation, hôpital de jour, hospitalisation conventionnelle...).

En 2011, le Groupe International de Travail sur le Pied Diabétique (IGWDF) propose une classification des centres de prise en charge des ulcères et des maux perforants plantaires chez les diabétiques. Cette classification (annexe 4) peut être reprise pour n'importe quel type de centre dédié à la plaie chronique et complexe (14) :

- Le centre de niveau 1 propose une équipe composée d'un médecin avec une IDE et assure la prévention et le dépistage.
- Le centre de niveau 2 propose une équipe composée d'un médecin, un chirurgien, une IDE, un podologue et assure la prévention, le traitement et l'éducation du patient.
- Le centre de niveau 3 propose une équipe composée de médecins spécialistes (diabétologue, chirurgien vasculaire, radiologue, dermatologue, infectiologue, bactériologue) d'IDE, de podologue, de podo-orthésiste ... et assure le diagnostic, le traitement mais aussi l'enseignement aux autres professionnels de santé (journée de formation, publications). Tous les types de traitements sont accessibles.

C'est sur ce modèle et à partir de ces expériences qu'un centre pluridisciplinaire dédié à la plaie a été développé, dans l'enceinte de l'Hôpital Privé Gériatrique les Sources (HPGS), sous l'impulsion et la direction du Docteur Catherine Maillet (gériatre, DU plaie et cicatrisation).

Il comprend un service de court séjour de médecine, une unité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de consultations. Différentes techniques de cicatrisation sont utilisées (annexe 3). La prise en charge multidisciplinaire avec une réunion de concertation pluridisciplinaire hebdomadaire est à la base du fonctionnement de ce centre (annexe 5).

L'objectif principal de cette étude est de connaître l'impact de la prise en charge proposée dans ce service sur l'exercice du médecin généraliste et la santé de son patient, dans le cadre de la prise en charge d'une plaie chronique et complexe.

II. Matériel et méthode

1. Présentation générale

Cette étude visant à connaître l'impact de la prise en charge proposée dans ce service sur l'exercice du médecin généraliste et la santé de son patient, dans le cadre de la prise en charge d'une plaie chronique et complexe, est une étude descriptive, monocentrique, menée sur une population constituée des patients hospitalisés au centre plaie et cicatrisation (CPC) de l'HPGS entre janvier et novembre 2015 (première année de fonctionnement du centre).

L'étude s'est déroulée en trois étapes :

- Première étape : recueil des données épidémiologiques et démographiques des patients.
- Deuxième étape : enquête auprès des médecins généralistes des patients concernés.
- Troisième étape : enquête auprès des patients après le retour au domicile.

De cette étude, des objectifs secondaires ont émergé et ont fait l'objet d'une analyse :

- Préciser les caractéristiques d'une population souffrant de plaie chronique.
- Connaître les besoins des médecins traitants vis-à-vis du centre plaie et cicatrisation et proposer des améliorations
- Evaluer l'amélioration de la qualité de vie de ces patients après un séjour au CPC.

2. Caractéristiques de la population

La sélection a porté sur les patients hospitalisés, entrés dans le service dans la période du 31.12.14 au 23.04.15, puis, du 01.09.15 et le 30.11.15, afin d'obtenir un échantillon suffisant.

Un changement de logiciel d'exploitation des dossiers médicaux, au sein du CPC, rendant difficile le recueil des données, a exclu les patients hospitalisés durant la période de mai à août 2015.

Initialement, 2 groupes de patients (groupe 1 de décembre 2014 à avril 2015 ; groupe 2 de septembre à novembre 2015) sont constitués. Ces 2 échantillons différents par leur nombre, leurs données épidémiologiques sont réunis en un seul groupe.

En cas d'hospitalisations multiples, seul le séjour initial est concerné pour des raisons statistiques.

Le recueil des données est réalisé par une seule et même personne, à partir des dossiers informatisés des patients.

Les critères d'analyses retenus sont :

- Le type de plaie (seule la plaie principale ayant un retentissement et motivant l'hospitalisation dans le cas de plaies multiples).
- Le sexe.
- L'âge.
- La durée du séjour (nombre de jours).
- La provenance.
- Le degré d'autonomie.
- L'ancienneté de la plaie (nombre de jours).
- Les comorbidités / antécédents.
- Les examens complémentaires antérieurs à l'hospitalisation.
- Les traitements antalgiques antérieurs à l'hospitalisation.
- Les traitements antalgiques à la sortie de l'hospitalisation.
- L'évaluation de la dénutrition selon la définition de l'HAS (13) : 1 seul critère suffit,
 - perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois
 - indice de masse corporelle : $IMC < 21$
 - albuminémie < 35 g/l
 - MNA global < 17 (Mini Nutritional Assessment).
- L'antibiothérapie instaurée lors de l'hospitalisation.
- Le mode de sortie : retour à domicile, demande d'Hospitalisation à Domicile (HAD), poursuite des soins en SSR.
- Le stade de l'infection de la plaie : plaie contaminée, colonisée, infectée ou ostéite (annexe1).
- Le geste chirurgical nécessaire lors de l'hospitalisation : parage de la plaie, angioplastie, pontage, stomie de décharge, résection osseuse.
- La réalisation d'une biopsie osseuse ou cutanée.

Le recueil des données a été réalisé à partir des dossiers d'hospitalisation de chaque patient et traité par le logiciel EXCEL®.

3. Le questionnaire destiné aux médecins (annexe 7 et 8)

Un questionnaire est adressé par voie postale aux médecins traitants des patients sélectionnés.

Chaque médecin reçoit pour chaque patient une enveloppe comportant un « kit » :

- Une fiche de présentation de l'étude (objectif, intérêt) sur laquelle sont précisées l'identité du patient concerné, la date de naissance, les dates d'entrée et de sortie du CPC et le type de plaie (1 feuille recto).
- Un questionnaire (1 feuille recto-verso).
- Une enveloppe pré-timbrée pour le retour de la réponse.

Un médecin peut recevoir autant de kits que de patients adressés.

Les envois sont réalisés entre janvier et février 2016.

Aucune date de retour de l'enquête n'a été imposée.

En l'absence de retour des courriers en avril 2016, les médecins non répondants ont été contactés par téléphone pour préciser l'objectif de l'étude et proposer un numéro de fax ou une adresse électronique, facilitant la réponse.

Le questionnaire comporte 8 questions :

- 6 questions à choix multiples.
- 2 questions ouvertes permettant au médecin de s'exprimer au sujet du CPC.

Il a pour objectif de préciser :

- Le parcours de soins du patient organisé par son médecin traitant (avis spécialisés, examens effectués, protocoles de soin instaurés avant l'hospitalisation du patient).
- L'apport du centre à la pratique de la médecine générale.
- Les améliorations à prévoir pour le CPC.

Le recueil des données a été réalisé par la même personne et traité par logiciel EXCEL®.

4. Le questionnaire destiné aux patients (annexe 2 et 9)

Un questionnaire visant à évaluer l'évolution de la qualité de vie des patients après hospitalisation est proposé au cours d'un entretien téléphonique.

Le questionnaire a été élaboré à partir du NHP (4), questionnaire référent dans l'évaluation du bien-être chez les patients porteurs d'un ulcère du pied diabétique et adaptés à notre population. Toutes les questions du test NHP n'ont pas été retenues car elles demandent une trop grande attention et concentration et ne concerne qu'un seul type de plaie. Il est volontairement court (5 à 10 minutes) facilitant l'entretien pour le patient et l'investigateur.

Il est anonyme.

10 items ciblant les problèmes majeurs suivants :

- L'état actuel de la plaie.
- L'état de santé général.
- Les douleurs au niveau de la plaie.
- L'autonomie et les activités.
- L'humeur et le ressenti du patient.
- Le sommeil.

L'entretien a lieu à distance de l'hospitalisation ; les patients ont été contactés entre janvier et mars 2016, soit entre 3 et 13 mois après leur hospitalisation. L'enquête téléphonique se déroule en semaine de 10h à 17h. Plusieurs relances ont été effectuées. La dernière relance est réalisée le 15 mars 2016.

L'entretien est assuré par la même personne. Si le patient n'est pas en mesure de répondre, une personne référente est interrogée (parent, ami, IDE ...) et dans ce cas, les questions pour lesquelles l'avis personnel du patient est sollicité sont supprimées.

Le patient est informé de l'objectif de ce questionnaire dès le début de l'entretien.

Le recueil des données a été réalisé par la même personne et traité par logiciel EXCEL.

III. Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée (tableau 1)

La population comporte 155 patients, 62 hommes (40%) et 93 femmes (60%), dont la moyenne d'âge est de 80.30 ans.

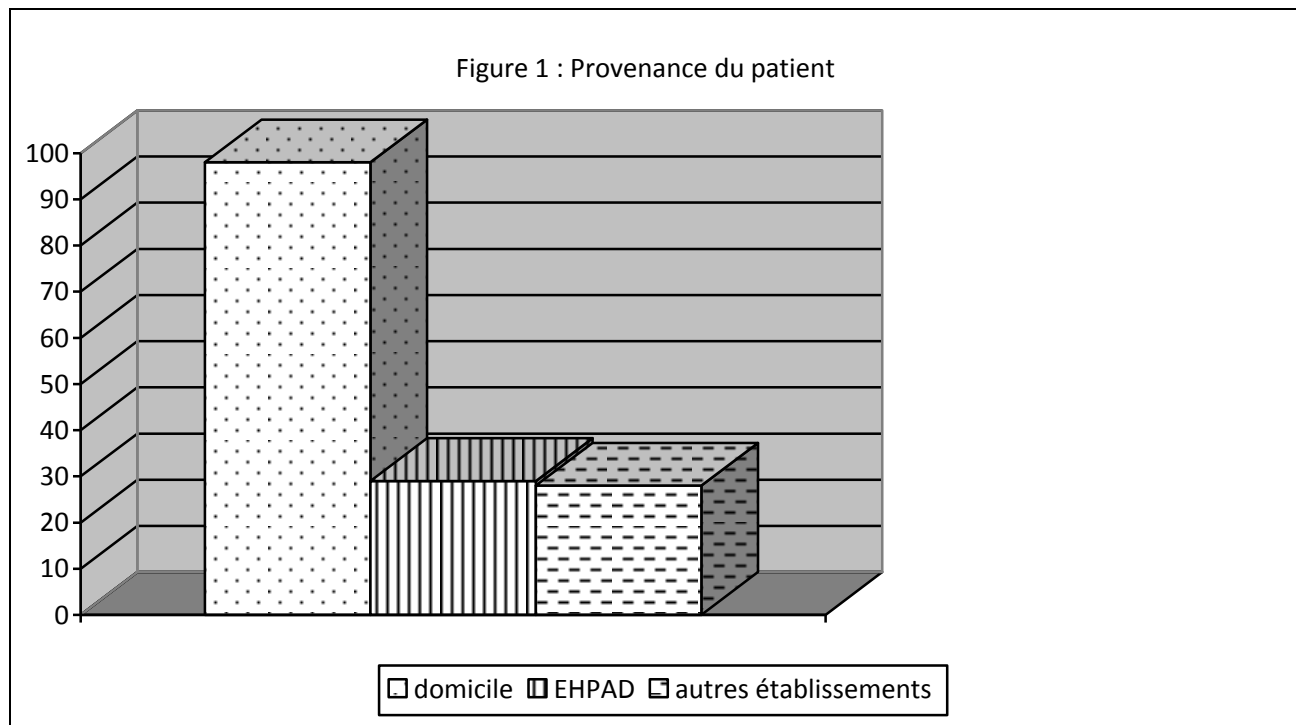
a) La population elle-même

- La provenance des patients (fig.1)

On répertorie 3 types de provenance :

- Le domicile.
- Des autres structures hospitalières (clinique, CHU, SSR).
- Des EHPAD.

98 patients viennent du domicile (63.23%), 29 d'un EHPAD (18.71%) et 28 d'un autre établissement (18.06%).

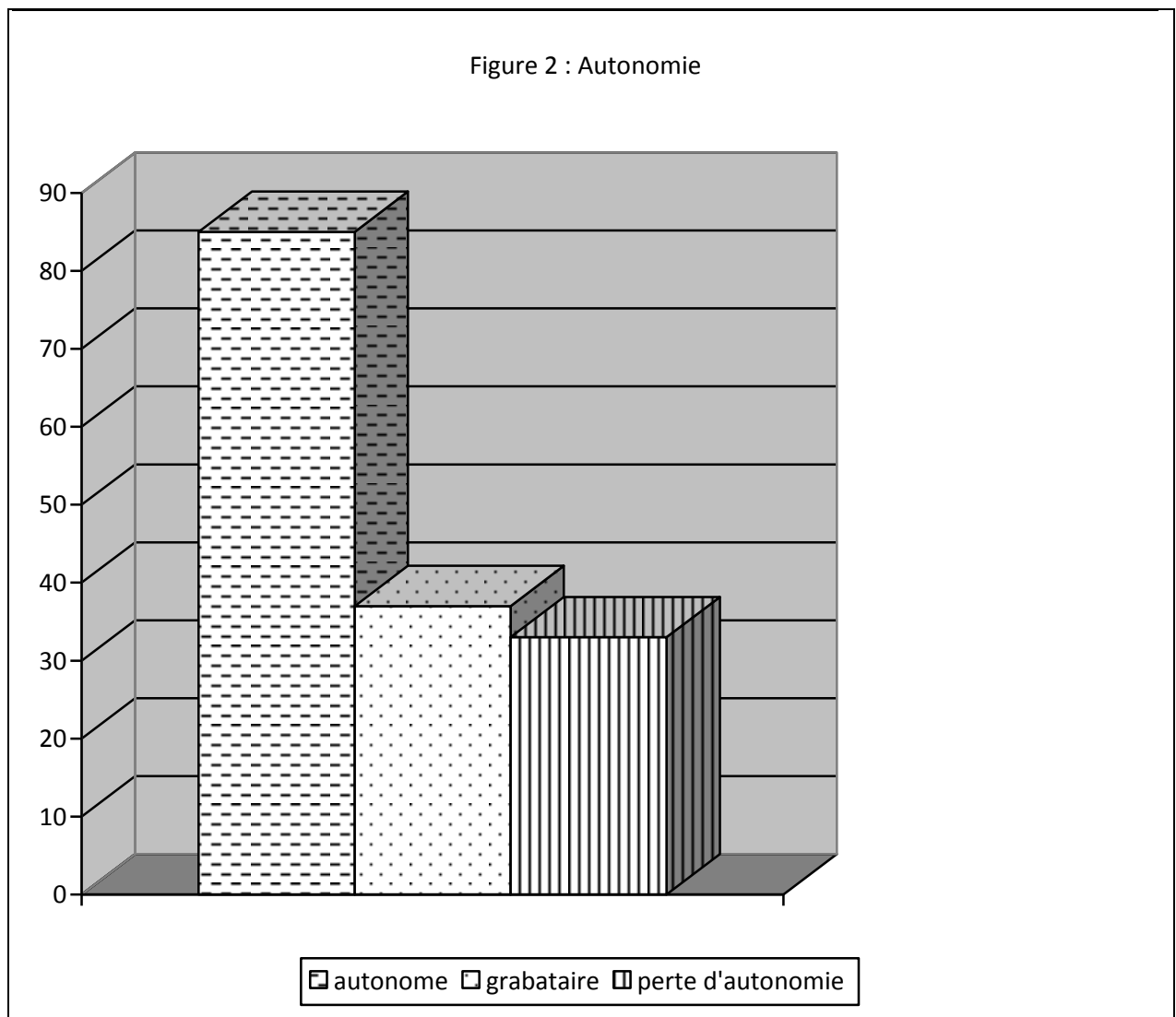


- L'autonomie des patients (fig.2)

Trois critères concernant le degré d'autonomie sont retenus :

- Patient autonome.
- Patient grabataire.
- Patient en perte d'autonomie (troubles de la marche, aide à la toilette, ménage et habillage).

Ainsi les patients se répartissent en : 85 patients autonomes (54.84%), 37 grabataires (23.87%) et 33 en perte d'autonomie (21.29%).



- Evaluation de la dénutrition

Selon la définition de l'HAS (13), 59 patients (38.06%) sont dénutris.

- Antécédents des patients (fig.3)

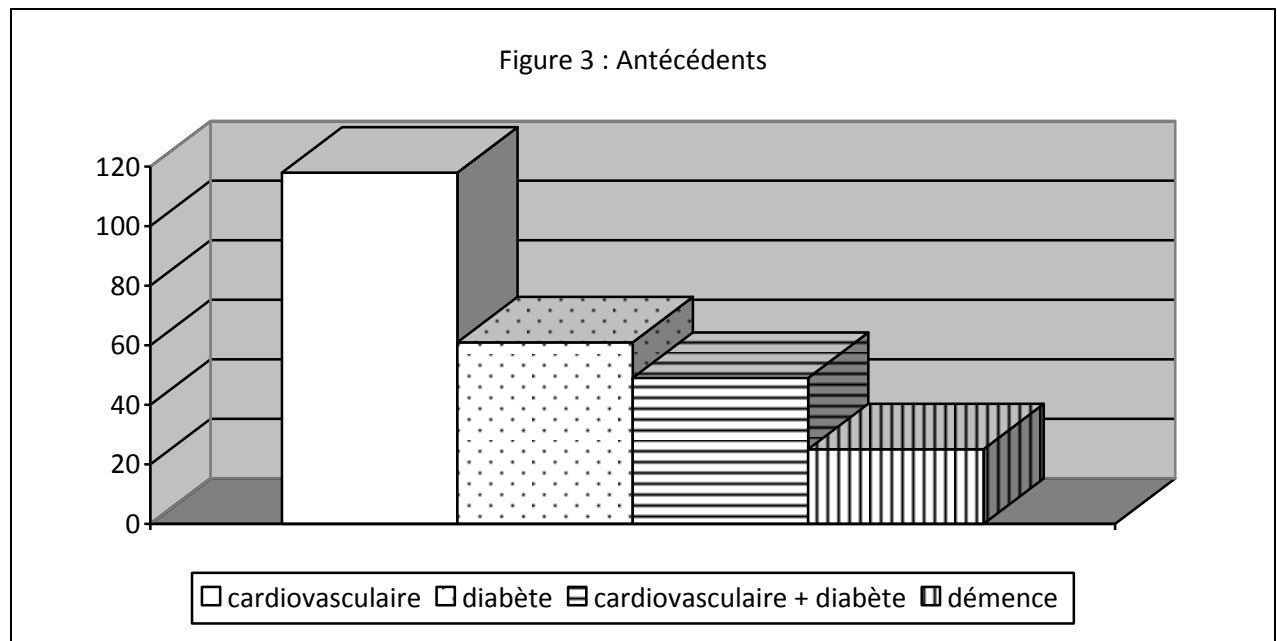
Dans cette étude, les différents antécédents sont classés en quatre catégories opportunes pour l'analyse de la population :

- Antécédents cardiovasculaires (HTA, AOMI, AVC, cardiopathie ischémique).
- Antécédent de diabète.
- Antécédent cardiovasculaire et de diabète.
- Antécédent de troubles cognitifs pouvant évoluer vers la démence.

Un même patient peut donc se retrouver dans plusieurs catégories et certains patients dans aucune d'elle.

Ainsi, les patients se répartissent en :

- 118 patients avec au moins un antécédent cardiovasculaire (76.13%).
- 61 patients diabétiques (39.35%).
- 49 patients présentant un antécédent cardiovasculaire associés à un diabète (31.61%).
- 25 patients avec des troubles cognitifs (16.13%).

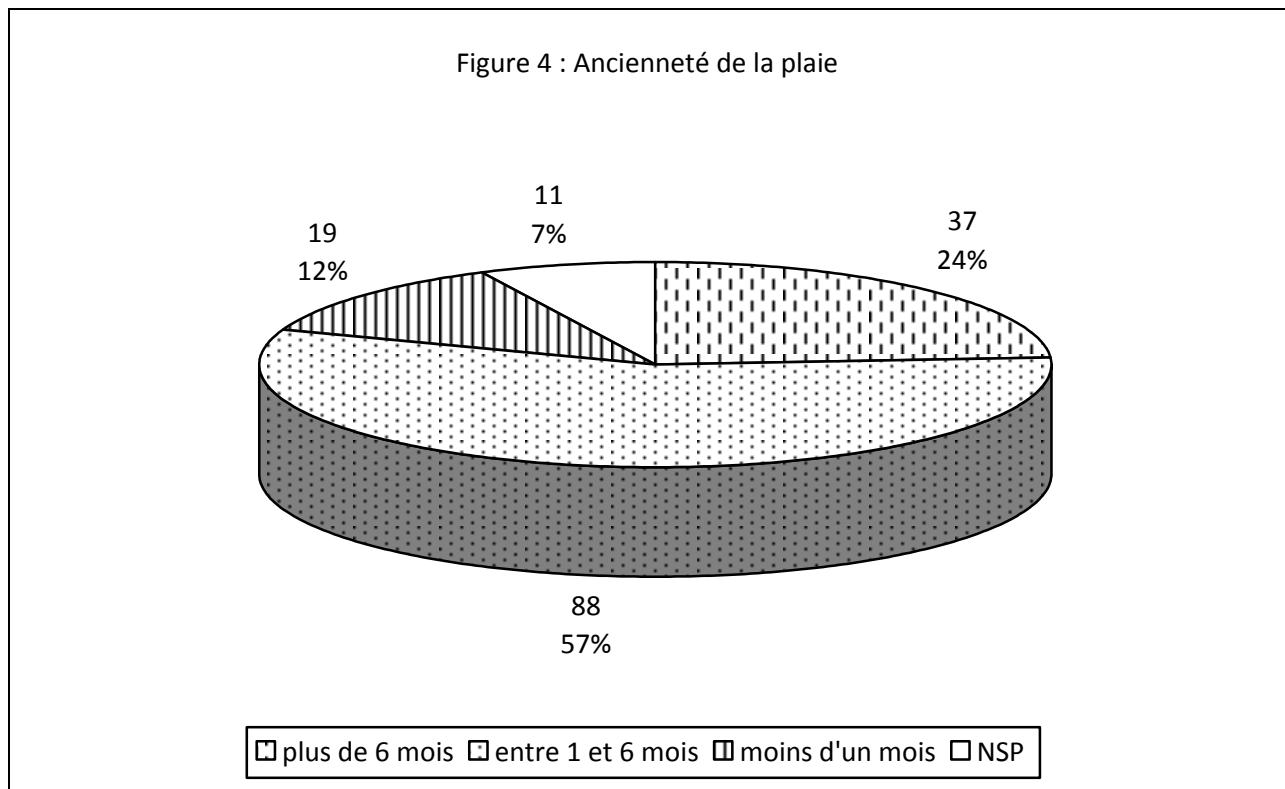


b) La plaie dans la population

- Ancienneté de la plaie (fig.4)

Elle est en moyenne de 328.5 jours, soit près de 11 mois.

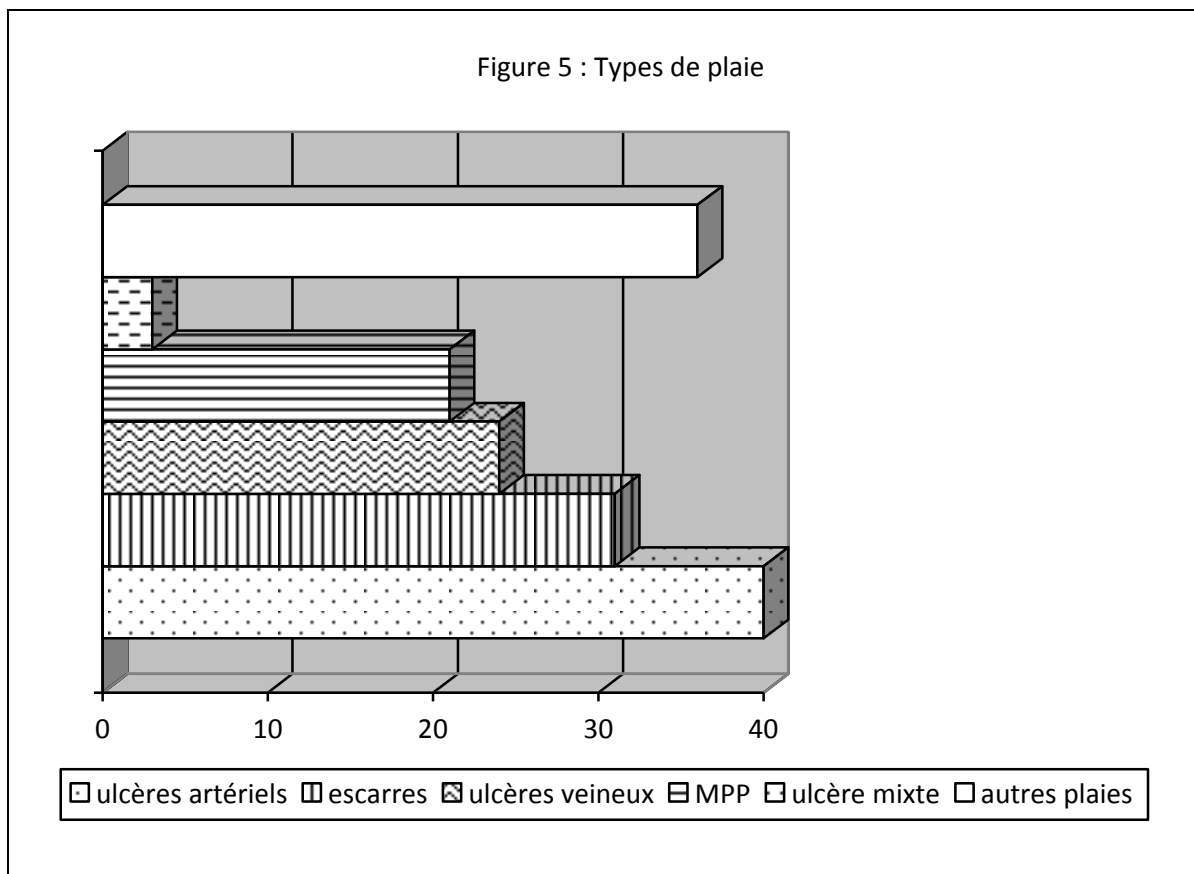
Parmi ces plaies, 37 plaies (23.87%) datent de plus de 6 mois, 88 (56.77%) datent de 1 à 6 mois, 19 (12.26%) datent de moins d'un mois et 11 (7.10%) ne sont pas datables.



- Le type de plaie (fig.5)

Pour l'échantillon de patients étudié, les chiffres sont les suivants :

- 40 ulcères artériels (25.81%)
- 31 escarres (20.00%)
- 24 ulcères veineux (15.48%)
- 21 maux perforants plantaires (13.55%)
- 36 autres types de plaies (23.23%)
 - 11 plaies post-traumatiques (7.10%)
 - 8 plaies post-amputation (5.16%)
 - 5 angiodermites nécrosantes (3.23%)
 - 12 autres plaies (7.74%)
- 3 ulcères mixtes (1.94%)

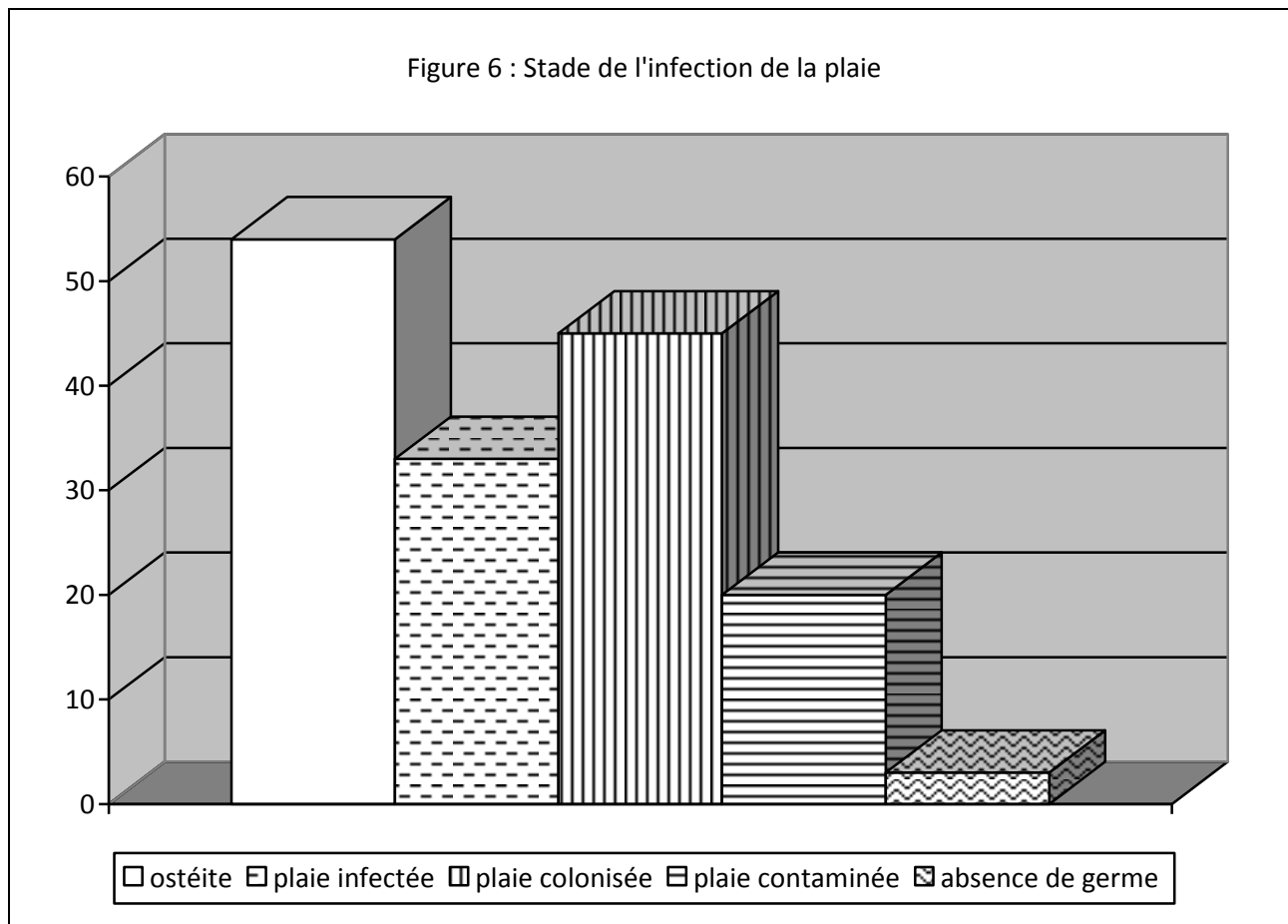


- Evaluation du stade de l'infection de la plaie (fig.6)

Le stade d'infection de la plaie décrit au cours du séjour est :

- Ostéite.
- Plaie infectée.
- Plaie colonisée.
- Plaie contaminée.
- Absence de germe.

Ainsi on retrouve 54 ostéites (34.84%), 33 plaies infectées (21.29%), 45 colonisées (29.03%), 20 contaminées (12.90%) et 3 sans germe (1.94%).



- Examens complémentaires réalisés avant l'hospitalisation (fig.7)

Dans cette population :

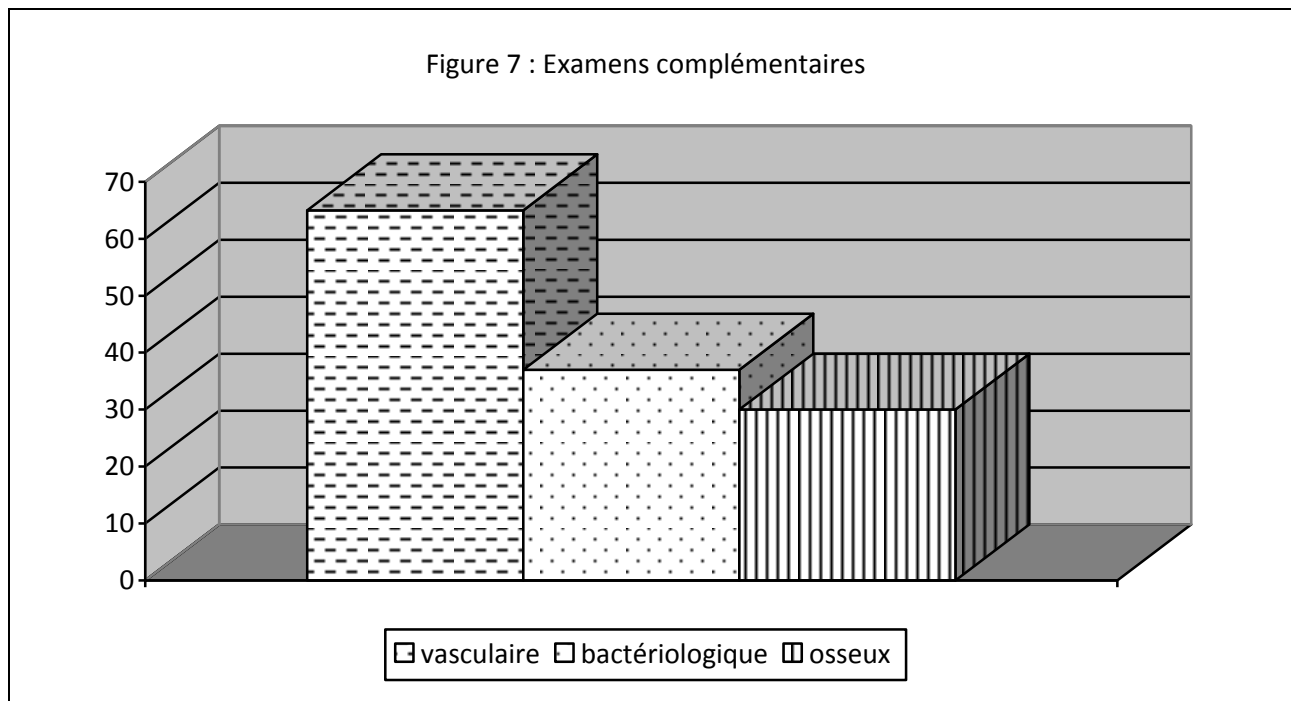
- 89 patients ont réalisé au moins un examen complémentaire en lien avec leur plaie avant leur hospitalisation (57.42%)
- 66 patients n'ont réalisé aucun examen complémentaire en lien avec leur plaie avant leur hospitalisation (42.58%)

Les examens complémentaires à visée diagnostique réalisés avant le séjour ont été répertoriés et classés ainsi :

- Examen vasculaire (doppler artériel, veineux des membres inférieurs, artériographie).
- Examen bactériologique (prélèvement de la plaie, biopsie).
- Examen d'imagerie osseuse (radiographie, TDM, IRM, scintigraphie osseuse).

Les résultats sont les suivants :

- 65 patients ont pratiqué un examen complémentaire à but vasculaire (41.94%).
- 37 patients ont bénéficié d'un prélèvement bactériologique (23.87%).
- 30 patients ont pratiqué un examen d'imagerie osseuse (19.35%).



c) Le séjour au CPC

- Durée de séjour au CPC

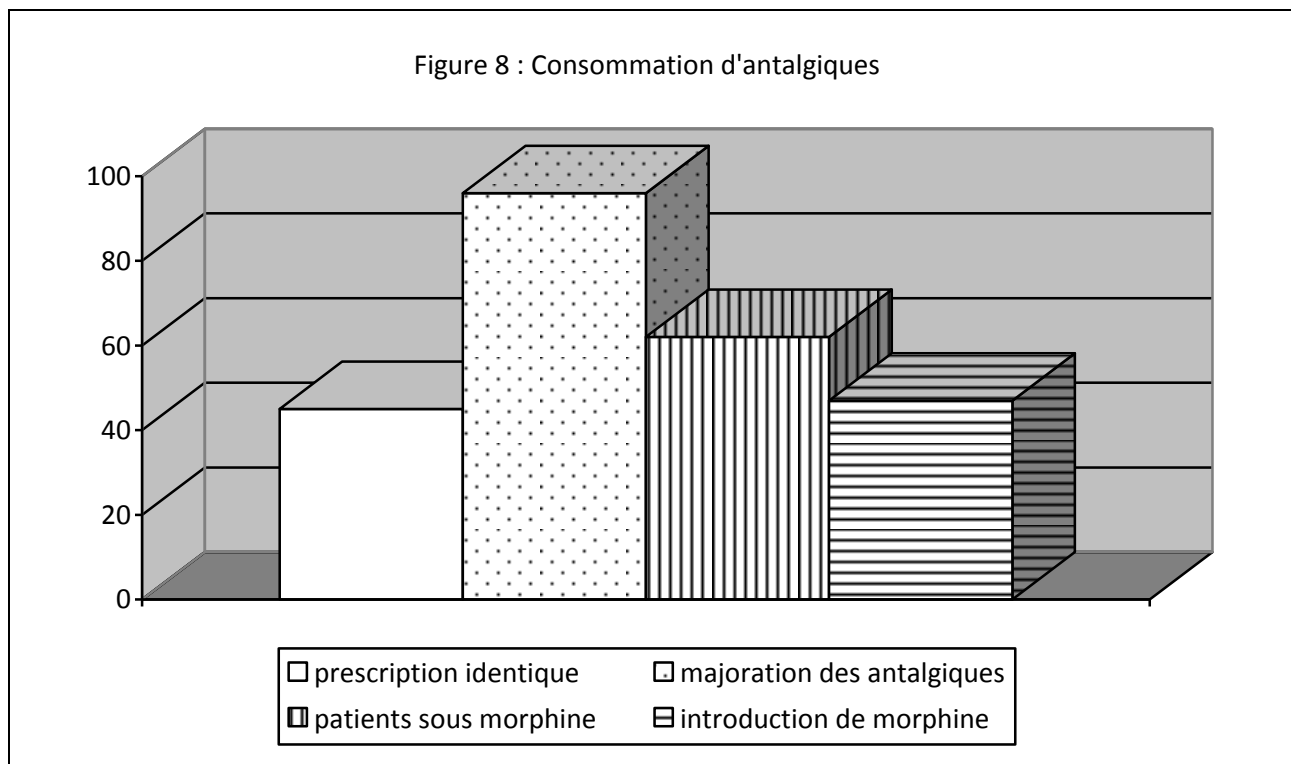
En moyenne, on retrouve une durée de séjour égale à 13.4 jours.

- Consommation d'antalgique (fig.8)

4 critères ont été retenus pour l'évaluation de la consommation d'antalgiques :

- Majoration du palier antalgique au cours de l'hospitalisation (palier 1 → palier 2 ou palier 2 → palier 3).
- Prescription identique entre l'entrée et la sortie du patient pour les antalgiques.
- Le nombre de patients sous morphiniques à la sortie du service.
- Introduction d'un morphinique dans le service.

Ainsi, pour 96 patients, le palier antalgique est augmenté (61.94%), 45 sortent du service avec la même prescription antalgique (29.03%), 62 sont sous morphine dans le service (40.00%) et les morphiniques sont introduits pour 47 patients, au cours du séjour (30.32%).

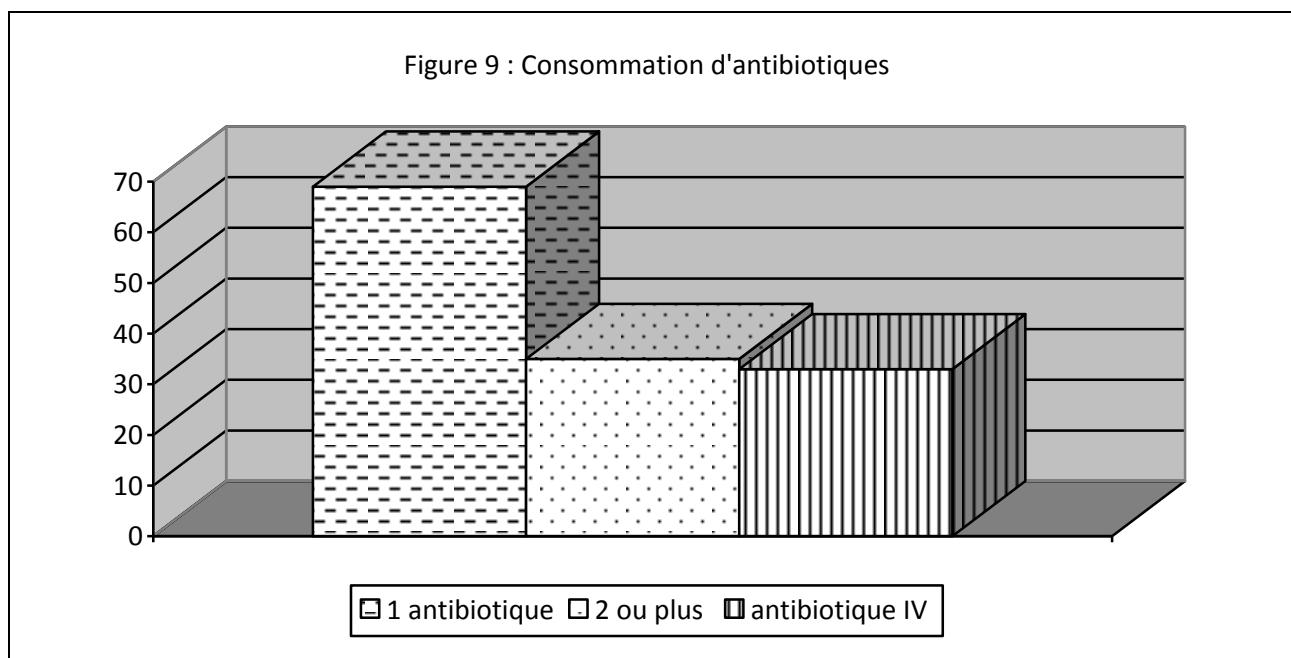


- **Consommation d'antibiotiques (fig.9)**

3 critères concernant la consommation des antibiotiques sont retenus :

- La prescription d'au moins un antibiotique au cours de l'hospitalisation.
- La prescription d'une bi-antibiothérapie (ou plus) au cours de l'hospitalisation.
- La prescription d'une antibiothérapie intraveineuse.

Ainsi, 69 patients ont bénéficié d'une antibiothérapie au cours du séjour (44.52%). Pour 35 d'entre eux une double antibiothérapie (ou plus) a été nécessaire (22.58%). Le recours à la voie veineuse est indiqué pour 33 patients (21.29%).



- **Nombre de plaies nécessitant un geste chirurgical**

Les gestes chirurgicaux non réalisables en ambulatoire sont :

- Parage chirurgical de la plaie avec ou sans anesthésie locale.
- Parage chirurgical au bloc opératoire sous anesthésie générale.
- Colostomie de décharge (escarres sacrées).
- Geste de revascularisation : angioplastie transluminale percutanée, pontage artériel, phlébectomie

Ainsi 30 patients ont bénéficié d'un geste chirurgical (19.35%).

- Nombre de biopsies

2 types de biopsie sont effectuées à visée diagnostique :

- La biopsie osseuse qui permet une analyse bactériologique et anatomopathologique, dans le cadre des ostéites.
- La biopsie cutanée qui permet une analyse anatomopathologique et assure le diagnostic dans le cadre de plaies complexes et inhabituelles.

11 biopsies sont effectuées, soit 7.10% des plaies ont nécessités la réalisation d'une biopsie.

- Mode de sortie (fig.10)

4 modes de sortie différents sont étudiés :

- Le retour à domicile, en EHPAD ou en Unité de Soins de Longue Durée (USLD).
- Le transfert dans un SSR, au sein de l'HPGS ou autre.
- Le transfert dans une autre structure hospitalière (cliniques, CHU), service de médecine ou de chirurgie.
- Le décès au cours de l'hospitalisation au sein du service plaie et cicatrisation.

77 patients sont retournés à leur domicile suite à leur hospitalisation (49.68%). On relève 54 transferts en SSR (34.84%) et 20 dans une autre structure hospitalière (12.90%). Il y a eu 4 décès au cours de l'hospitalisation dans le service (2.58%).

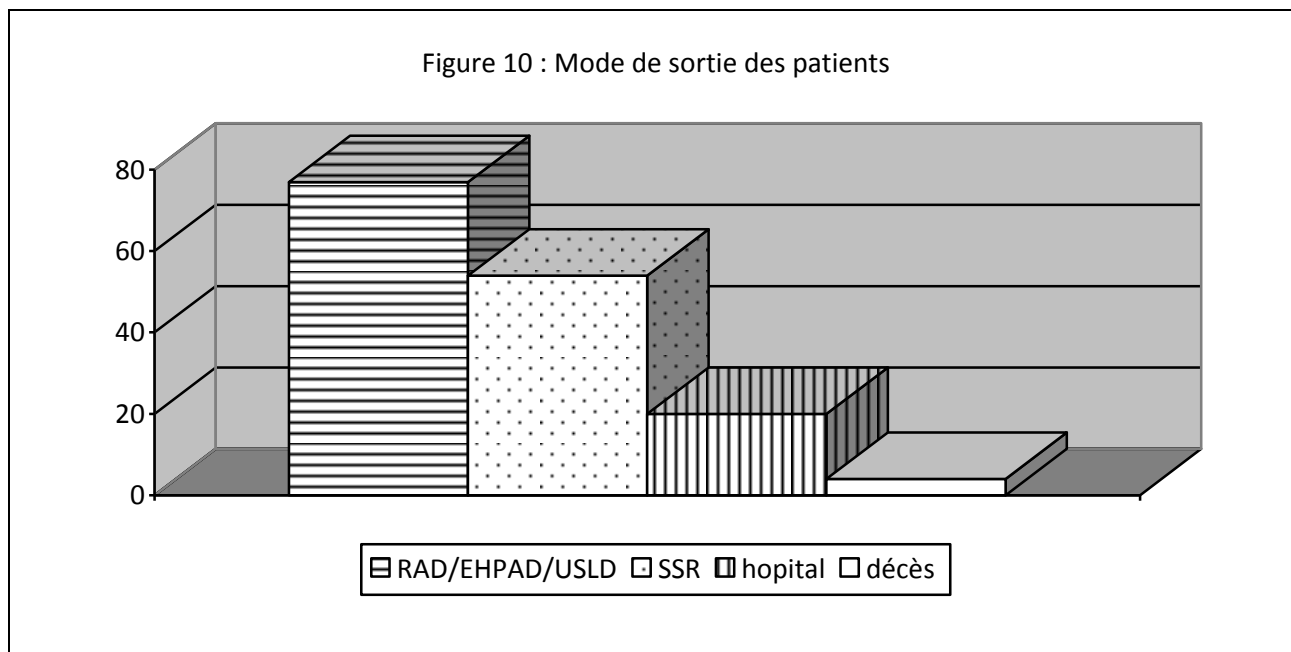


Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population

	Valeurs	Pourcentage
Nombre de patients	155	100
Sexe		
Hommes	62	40
Femmes	93	60
Moyenne d'âge	80.30	
Types de plaies		
Ulcères artériels	40	25.81
Escarres	31	20
Ulcères veineux	24	15.48
MPP	21	13.55
Autres types de plaies	39	25.17
Provenance des patients		
Domicile	98	63.23
EHPAD	29	18.71
Autres établissements	28	18.06
Autonomie des patients		
Autonome	85	54.84
Grabataire	37	23.87
Perte d'autonomie	33	21.29
Nombre de patients dénutris	59	38.06
Ancienneté de la plaie		
Plus de 6 mois	37	23.87
Entre 1 et 6 mois	88	56.77
Moins d'un mois	19	12.26
NSP	11	7.10
Stade de l'infection de la plaie		
Ostéite	54	34.84
Plaie infectée	33	21.29
Plaie colonisée	45	29.03
Plaie contaminée	20	12.90
Absence de germe	3	1.94

2. Résultat de l'enquête auprès des médecins (tableau 2)

a) Données générales

127 médecins sont concernés pour 155 patients (certains médecins ayant adressé plusieurs patients au CPC).

Sur les 155 questionnaires envoyés, 84 réponses (de 74 médecins) ont été obtenues, représentant un taux de participation à 54.19%.

b) Réponses au questionnaire (annexe 8)

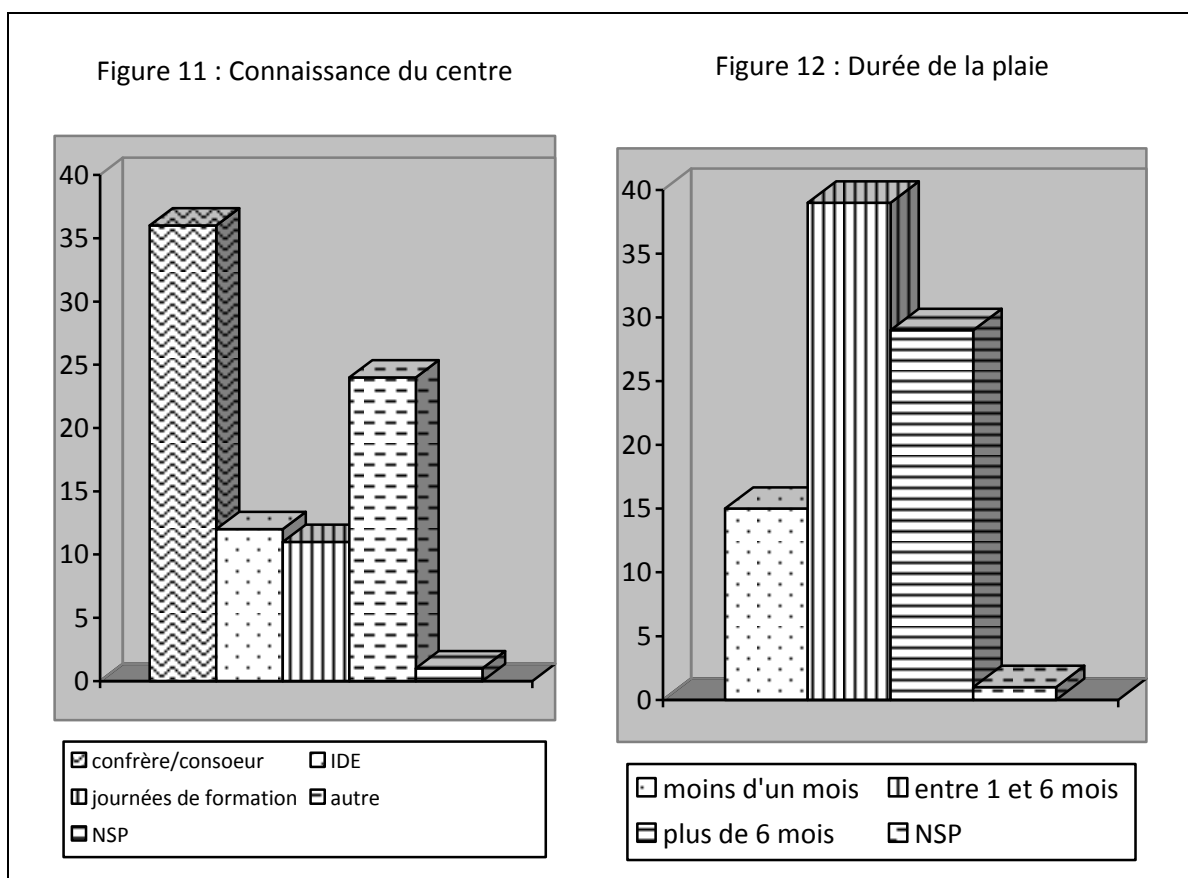
- 1^{ère} question : « Comment avez-vous connu le centre plaie et cicatrisation ? » (fig.11)

36 médecins (43%) déclarent avoir découvert le centre plaie et cicatrisation grâce à un confrère ou une consœur. Pour 12, le centre a été conseillé par un(e) IDE et 11 ont découvert le centre au moment des journées de formation.

Pour 24 médecins, le centre est découvert d'une autre façon (au moment de la réception du compte rendu par exemple).

- 2^e question : « Depuis combien de temps votre patient présente-t-il une plaie ? » (fig.12)

39 médecins (46%) déclarent que la plaie de leur patient est présente depuis 1 à 6 mois. Pour 29 elle est estimée à plus de 6 mois et pour 15, elle date de moins d'un mois.



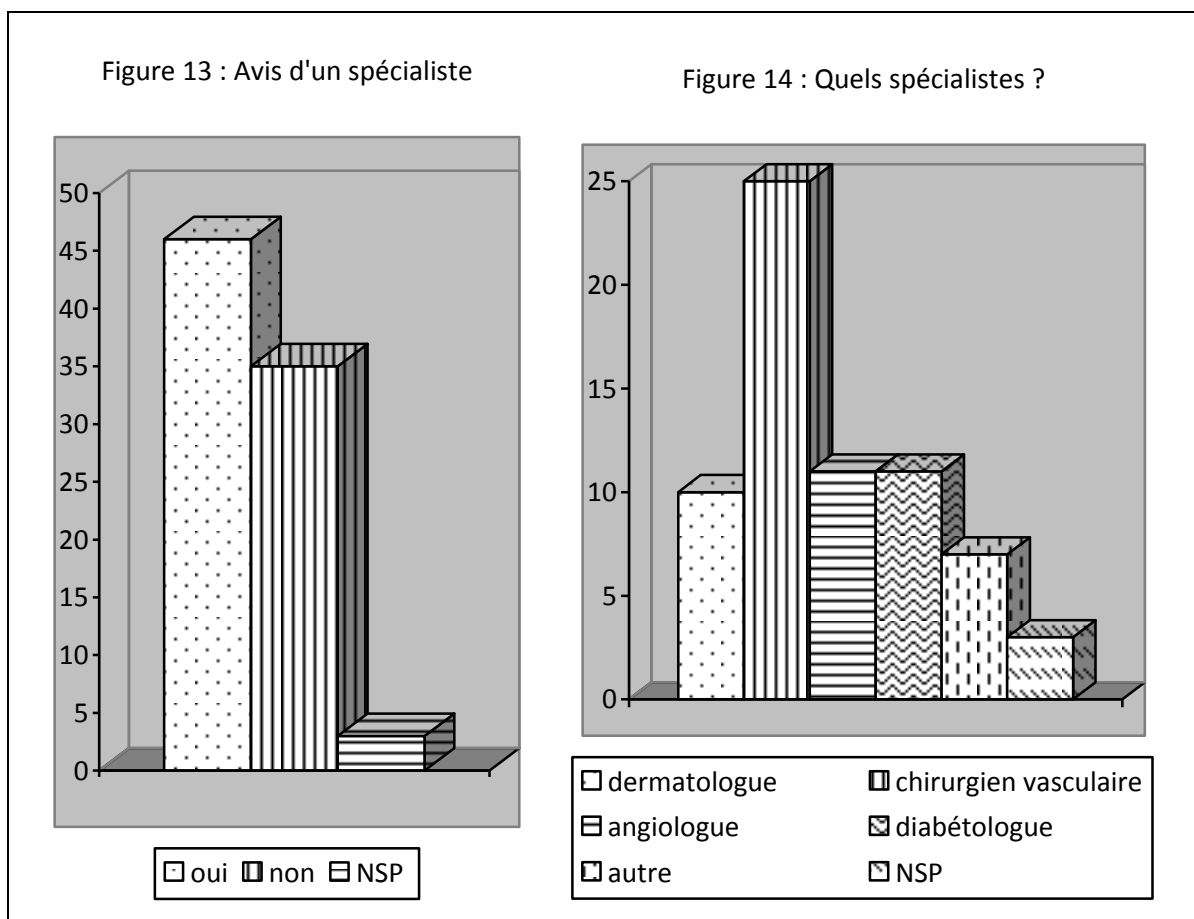
- 3^e question : « Le patient a-t-il bénéficié de l'avis d'un spécialiste avant de consulter au centre plaie ? » (fig.13)

46 médecins (54.76%) ont pris l'avis d'un spécialiste pour la prise en charge de la plaie de leur patient et 35 (41.67%) n'ont pas pris d'avis auprès d'un de leur confrère spécialiste.

- 4^e question : « Quel(s) spécialiste(s) a rencontré le patient ? » (fig.14)

Quand un avis spécialisé est demandé, il s'agit dans 38% des cas de l'avis en chirurgie vasculaire, dans 16% des cas de l'avis d'un angiologue, dans 16% des cas d'un avis en diabétologie, dans 15% des cas de l'avis d'un dermatologue et dans 10 % des cas de l'avis d'un autre spécialiste.

Pour cette question, plusieurs réponses sont possibles, le médecin généraliste pouvant demander l'avis de plusieurs spécialistes.



- 5^e question : « Un protocole de soins a-t-il été instauré avant son séjour au centre plaie (par le médecin généraliste ou par le médecin spécialiste) ? » (fig.15)

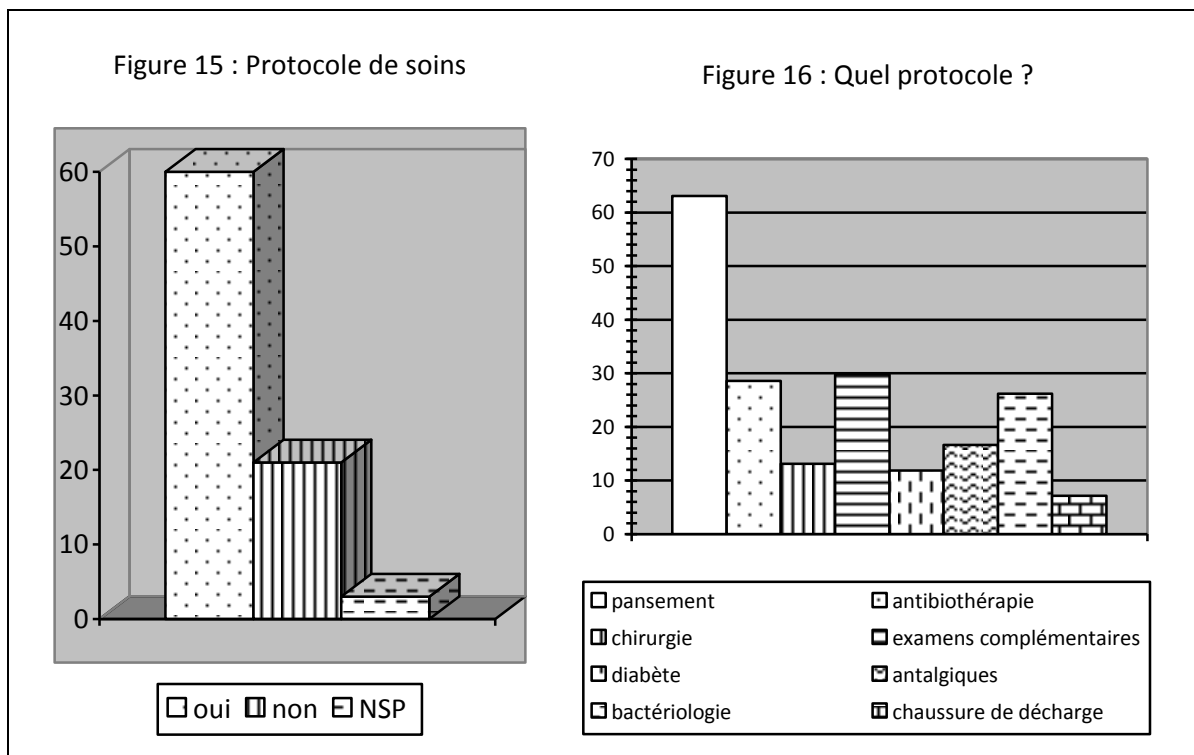
60 médecins (71%) déclarent qu'un protocole de prise en charge de la plaie de leur patient a été mis en place et pour 21 médecins, il n'y a eu aucun protocole.

- 6^e question : « Quel est ce protocole de soins (avant l'hospitalisation dans le centre) ? » (fig.16)

Quand un protocole est établi par un médecin, dans 63.10% des cas, il s'agit d'un protocole de pansement. Dans 29.76% il s'agit de la prescription d'examen complémentaires, dans 28.57%, de la mise en place d'une antibiothérapie, dans 26.19%, de la réalisation d'un prélèvement bactériologique, dans 16.67% de l'équilibre du traitement antalgique, dans 13.10% la réalisation d'un geste chirurgical, dans 11.90% de l'équilibre du diabète, dans 7.14% de la réalisation d'une chaussure de décharge.

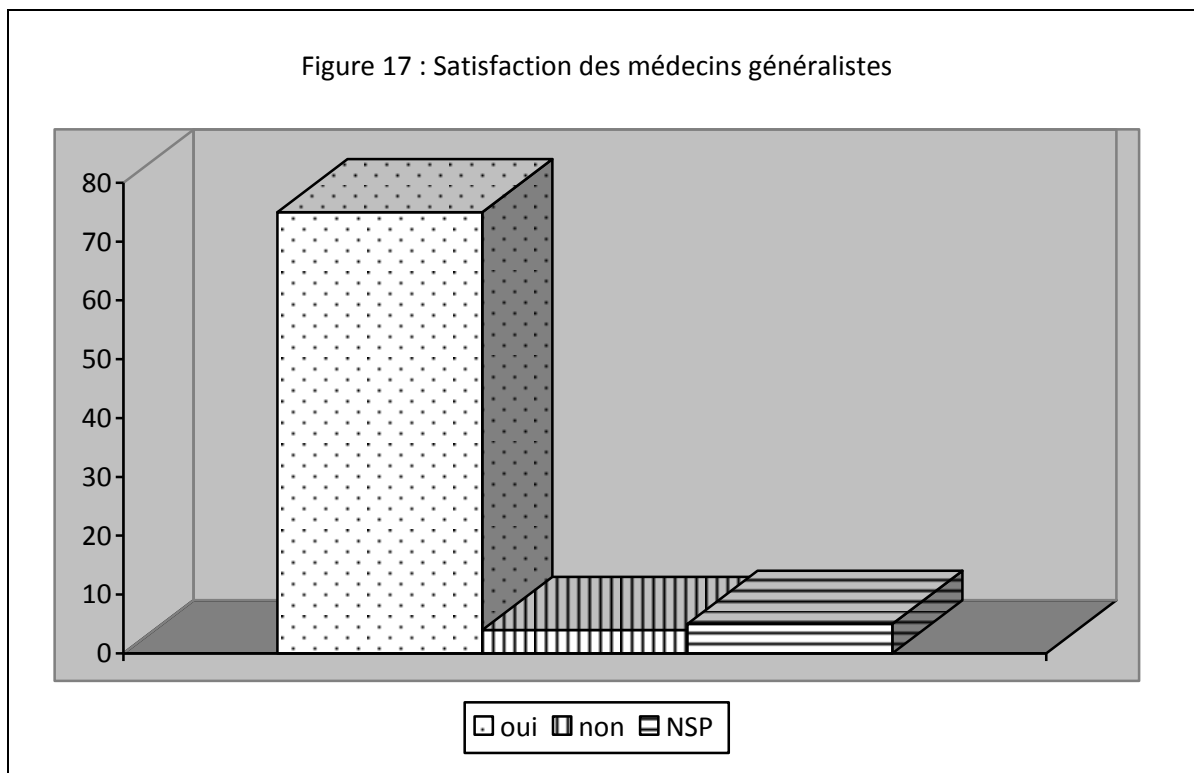
24 médecins généralistes ne se sont pas prononcés.

Pour cette question, plusieurs réponses sont possibles, le médecin généraliste pouvant réaliser plusieurs prescriptions.



- 7^e question : « Est-ce que l'ouverture du centre plaie vous a apporté une aide ? » (fig.17)

Pour 75 médecins (89%) le centre est une aide dans la prise en charge d'une plaie chronique et pour 4, ce centre n'a pas apporté l'aide souhaitée. 5 médecins ne se sont pas prononcés.



- commentaires de la 7^e question : « si l'ouverture du centre vous a apporté une aide, de quel ordre est-il ? » (fig.18)

16 médecins ont déclaré que le centre leur apporté un « avis spécialisé » important à leurs yeux, 14 médecins ont apprécié « une prise en charge globale du patient », 10 médecins la mise en place d'un « protocole établi et référent », 9 médecins le « suivi du patient », 8 médecins soulignent que le centre est une aide à la « prise en charge des situations compliquées ».

- 8^e question : « selon vous, quelles pourraient être les améliorations à apporter au centre plaie ? » (fig.18)

Ont été précisé :

- « le manque de communication entre le centre et les professionnels libéraux » pour 14 médecins
- les « délais trop longs pour obtenir une consultation ou une hospitalisation » pour 14 médecins
- la nécessité de « faire mieux connaître le service auprès des autres médecins généralistes » pour 5 médecins.

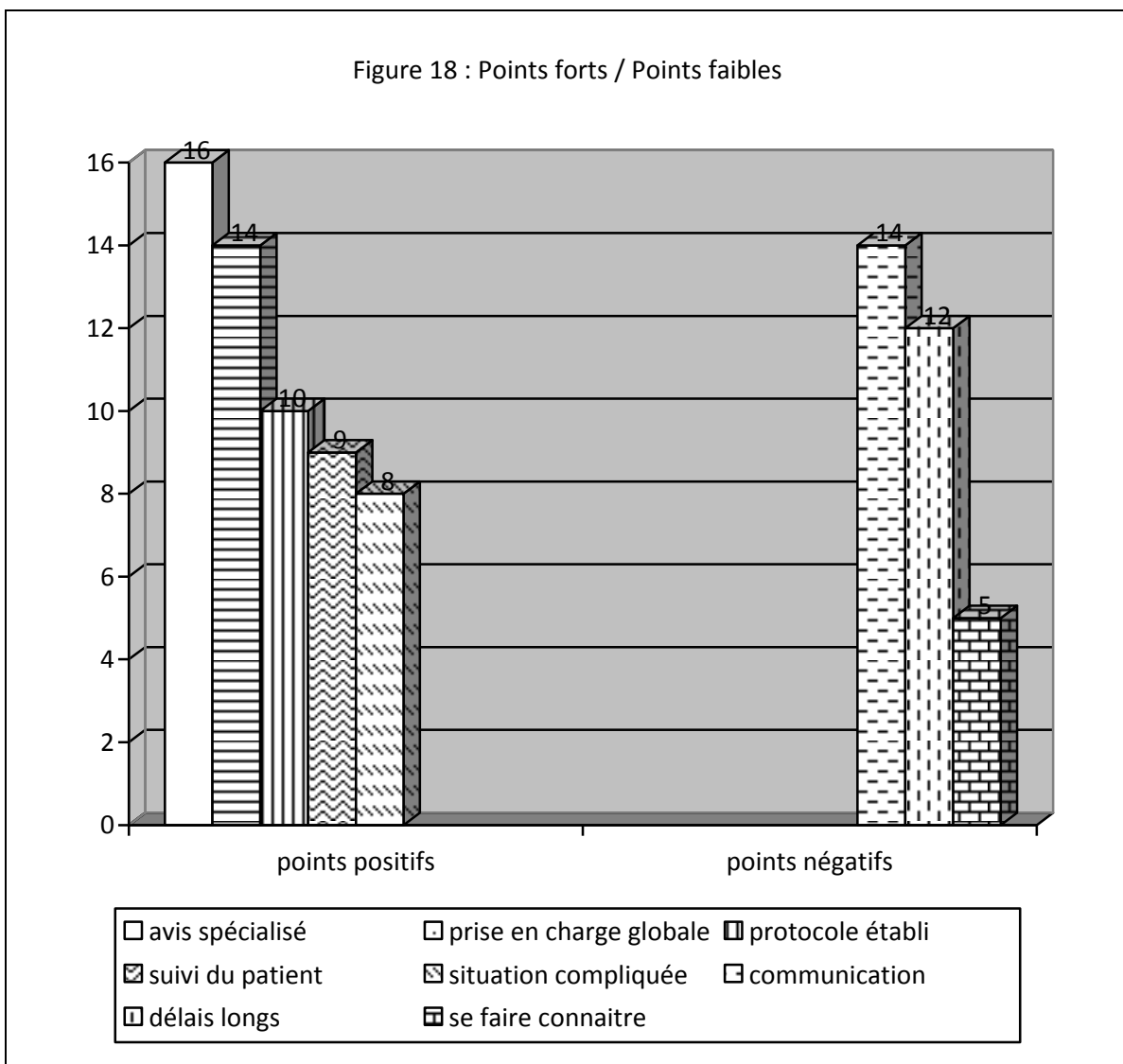


Tableau 2 : Récapitulatif du questionnaire médecin

	Valeurs	Pourcentage
Nombre de patients	155	100
Nombre de médecins interrogés	127	100
Nombre de réponses obtenues	84	54.19
Nombre de médecins ayant répondu	74	58.27
Présence de la plaie		
Plus de 6 mois	29	34.52
Entre 1 et 6 mois	39	46.43
Moins d'un mois	15	17.86
NSP	1	1.19
Avis d'un spécialiste		
Oui	46	54.76
Non	35	41.67
NSP	3	3.57
Quel spécialiste ?		
Chirurgien vasculaire	25	29.76
Angiologue	11	13.10
Diabétologue	11	13.10
Dermatologue	10	11.90
Autre	7	8.33
NSP	3	3.57
Protocole de soins		
Oui	60	71.43
Non	21	25.00
NSP	3	3.57
Quel protocole ?		
Pansement	53	63.10
Examens complémentaires	25	29.76
Antibiothérapie	24	28.57
Bactériologie	22	26.19
Equilibre du traitement antalgique	14	16.67
Geste chirurgical	11	13.10
Equilibre du diabète	10	11.90
Chaussure de décharge	6	7.14
NSP	24	28.57
Une aide pour le médecin généraliste		
Oui	75	89.29
Non	4	4.76
NSP	5	5.95

3. Résultat de l'enquête auprès des patients (tableau 3)

a) Données générales

Les entretiens téléphoniques ont permis de préciser :

- Le nombre de décès : 39 (25.16%).
- Le nombre de perdus de vue : 11 (7.10%).
- Et donc 105 questionnaires menés à terme (67.75%).

Tous les patients interrogés (ou leur proche) ont accepté de répondre au questionnaire. Aucun refus n'a été enregistré. Dans 28.57% des cas, un proche a répondu (troubles cognitifs, grabatisation, échange impossible).

Sur les 105 entretiens téléphoniques effectués : 75 (71.43%) ont été effectués avec le patient lui-même et 30 entretiens (28.57%) se sont déroulés avec une personne référente du patient.

b) Réponses au questionnaire (annexe 9)

- 1^{ere} question : « Où en est votre plaie ? » (fig.19)

51 patients auraient cicatrisé totalement (48.57%), 30 partiellement (28.57%), 9 estiment que la plaie n'a pas évolué (8.57%) et 4 plaies se seraient même aggravées (3.81%). 9 patients auraient cicatrisé totalement mais auraient une nouvelle plaie (8.57%) et 2 auraient cicatrisé partiellement avec l'apparition d'une nouvelle plaie (1.90%).

- 2^e question : « Depuis votre hospitalisation, comment décririez-vous votre état de santé général ? » (fig.20)

42 patients estiment avoir un meilleur état de santé (40.00%), 34 un moins bon état de santé général (32.38%), et 29 ne voient pas de différence (27.62%).

Figure 19 : Stade de la cicatrisation

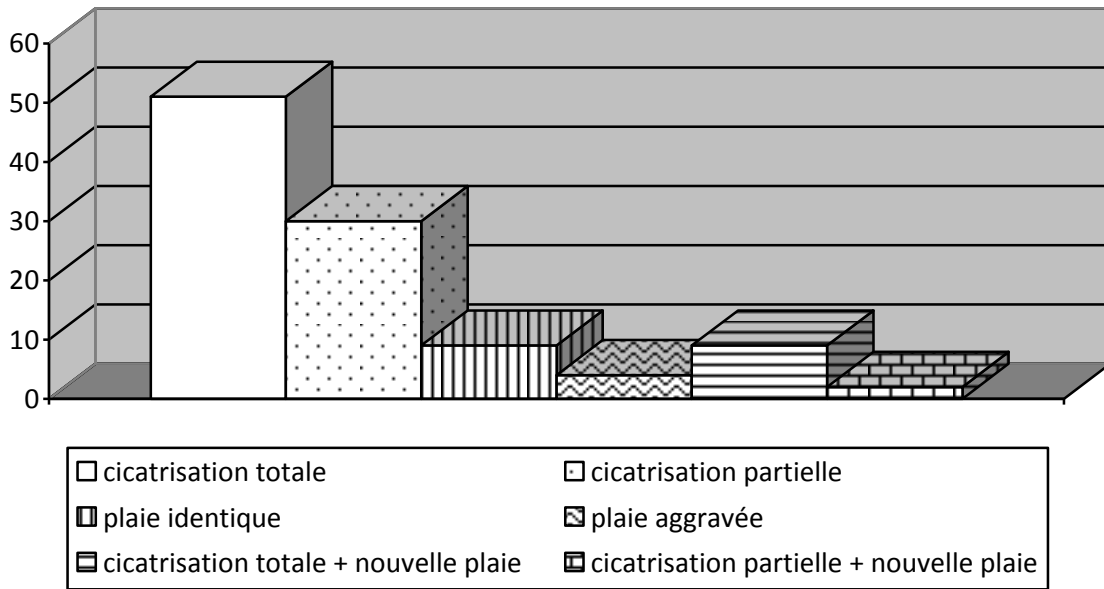
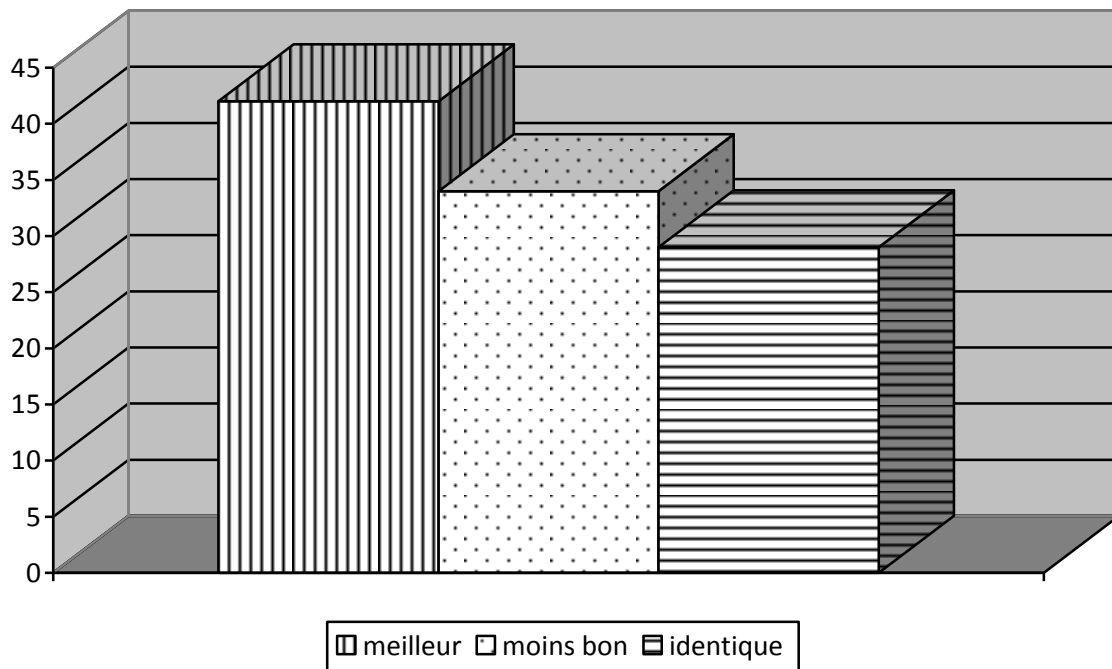


Figure 20 : Etat de santé général

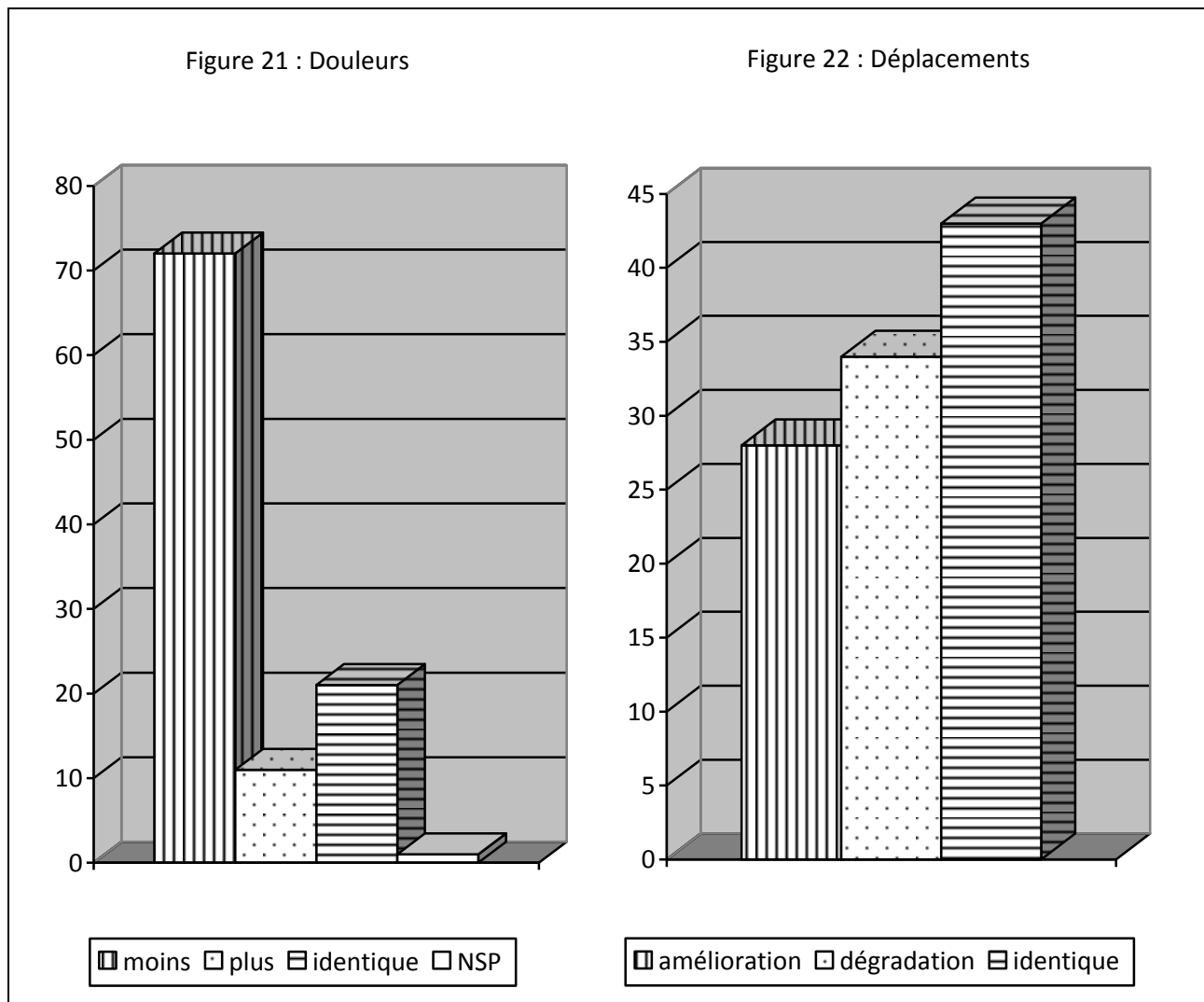


- 3^e question : « Depuis votre hospitalisation, comment ont évolué vos douleurs ? » (fig.21)

72 patients déclarent avoir moins de douleurs (68.57%), 11 en auraient plus (10.48%). Pour 21, les douleurs seraient identiques (20%) et un seul patient ne se prononce pas (0.95%).

- 4^e question : « Depuis votre hospitalisation, comment effectuez-vous vos déplacements ? » (fig.22)

28 patients estiment que leurs déplacements se sont améliorés (26.67%), 34 disent qu'ils sont plus difficiles (32.38%), 43 trouvent qu'ils sont identiques (40.95%). Tous les patients se sont exprimés.

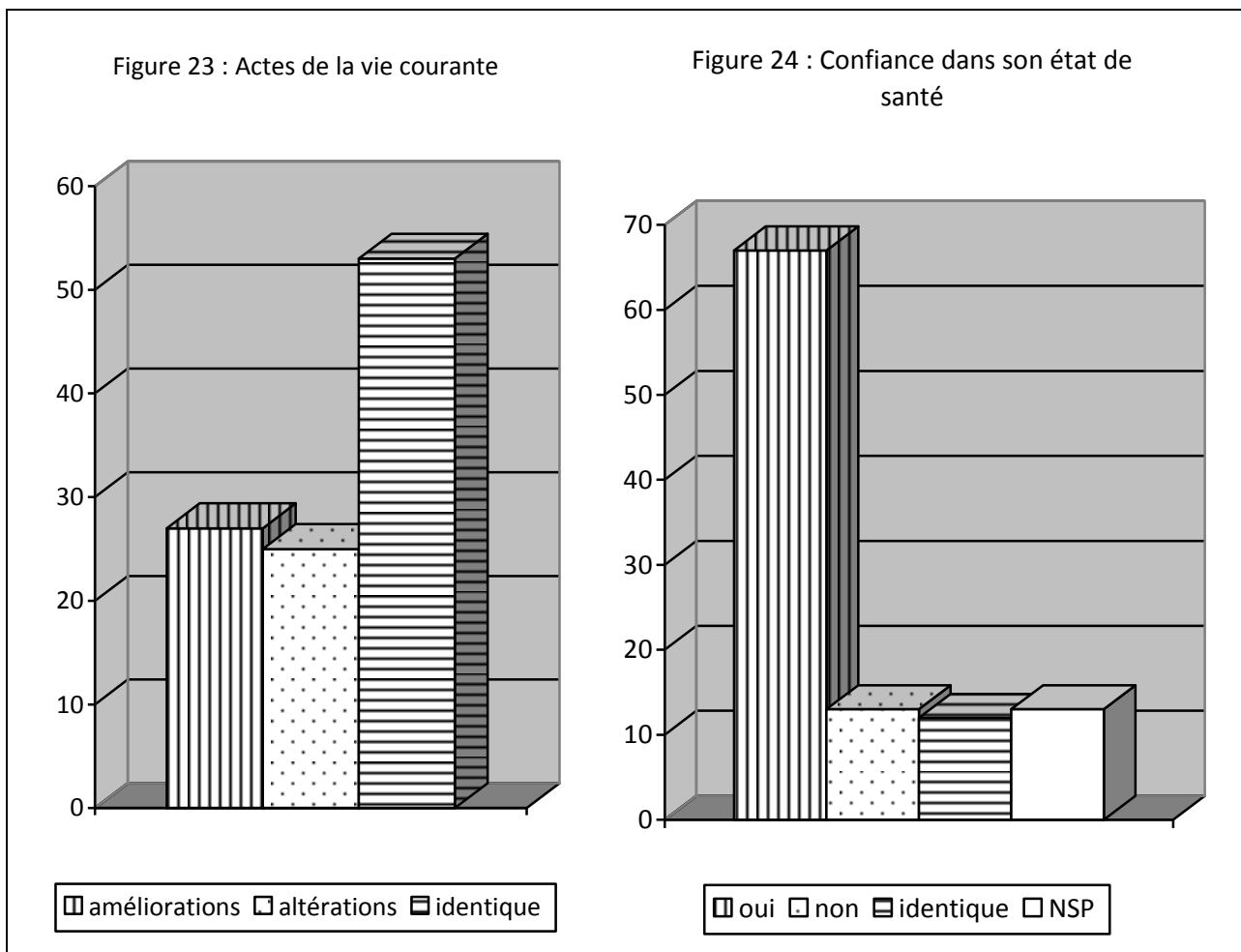


- 5^e question : « Depuis votre hospitalisation, comment effectuez-vous les actes de la vie courante (toilette, habillage, ménage...) ? » (fig.23)

27 patients estiment qu'ils ont plus de facilités avec les actes de la vie courante (25.71%), 25 rencontrent plus de difficultés (23.81%) et 53 n'ont pas noté de changement (50.48%). Tous les patients se sont prononcés.

- 6^e question : « Depuis votre hospitalisation, avez-vous confiance dans votre état de santé ? » (fig.24)

67 patients auraient confiance dans leur état de santé (63.81%) et 13 auraient perdu cette confiance (12.38%), 12 patients ne signalent aucun changement (11.43%). 13 n'ont pas répondu (12.38%).

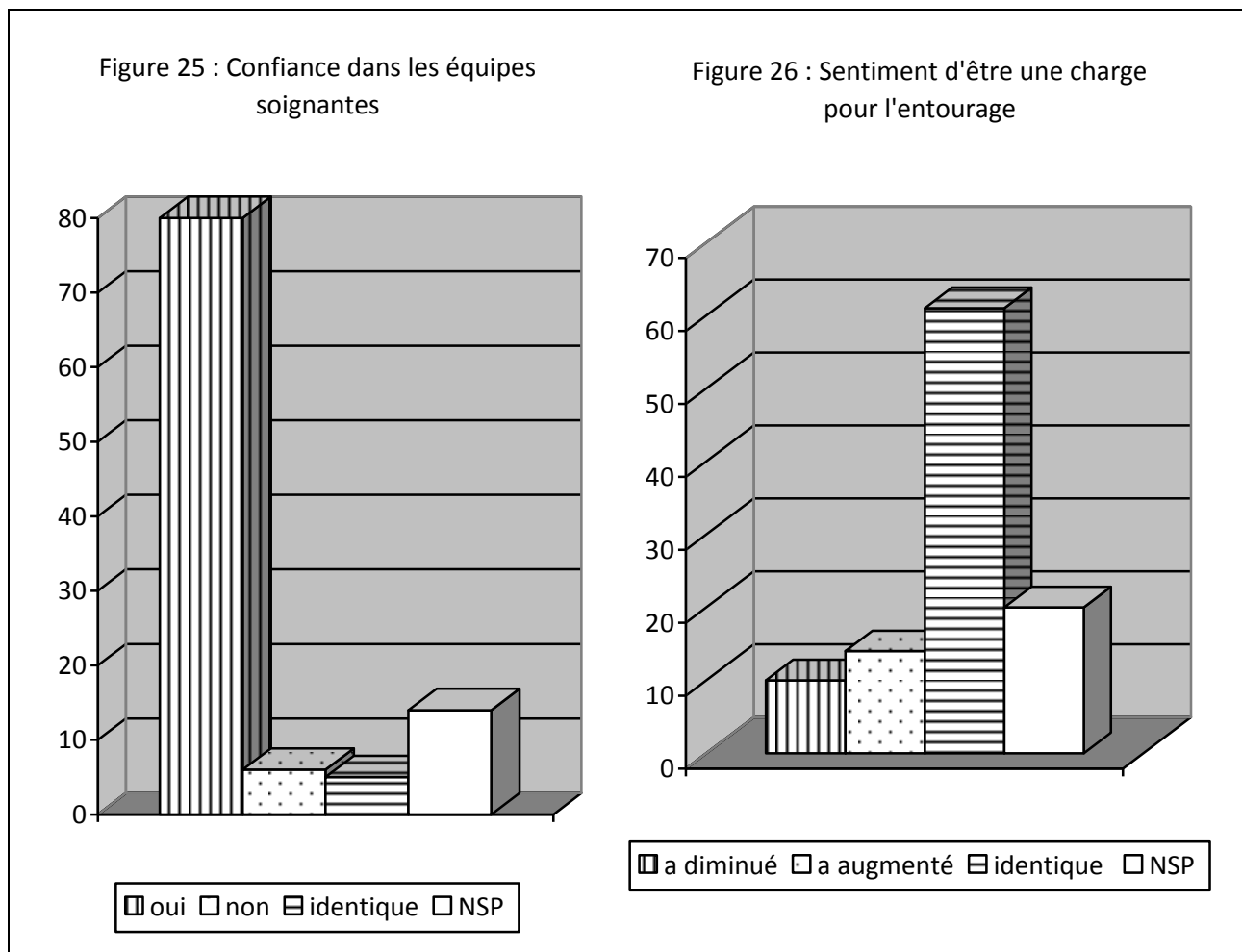


- 7^e question : « Depuis votre hospitalisation, avez-vous confiance dans les équipes soignantes ? » (fig.25)

80 patients déclarent avoir confiance dans les équipes soignantes (76.19%), 6 auraient vu leur confiance s'altérer (5.71%) et 5 patients ne signalent aucun changement (4.76%). 14 ne se prononcent pas (13.33%).

- 8^e question : « Depuis votre hospitalisation, comment à évoluer le sentiment d'être un charge pour votre entourage ? » (fig.26)

10 patients annoncent une diminution du sentiment d'être une charge pour leur entourage (9.52%), pour 14 ce sentiment aurait augmenté (13.33%) et pour 61 pour lesquels il n'y aurait pas de changement (58.10%). 20 patients n'ont pas répondu (19.05%).



- 9^e question : « Depuis votre hospitalisation, votre sommeil s'est-il amélioré ? » (fig.27)

24 patients déclarent avoir un meilleur sommeil (22.86%), 10 notent une dégradation (9.52%). Pour 65, il n'y aurait pas de modification (61.90%). 6 patients ne se sont pas prononcés (5.71%).

- 10^e question : « Depuis votre hospitalisation, comment ont évolué vos envies de loisirs (lecture, jeux, TV, rencontres avec des amis,...) ? » (fig.28)

26 patients auraient vu leurs loisirs augmentés (24.76%), 19 signalent une diminution des loisirs (18.10%), pour 48 il n'y a aucun changement (45.71%). 12 patients n'ont pas répondu à cette question (11.42%).

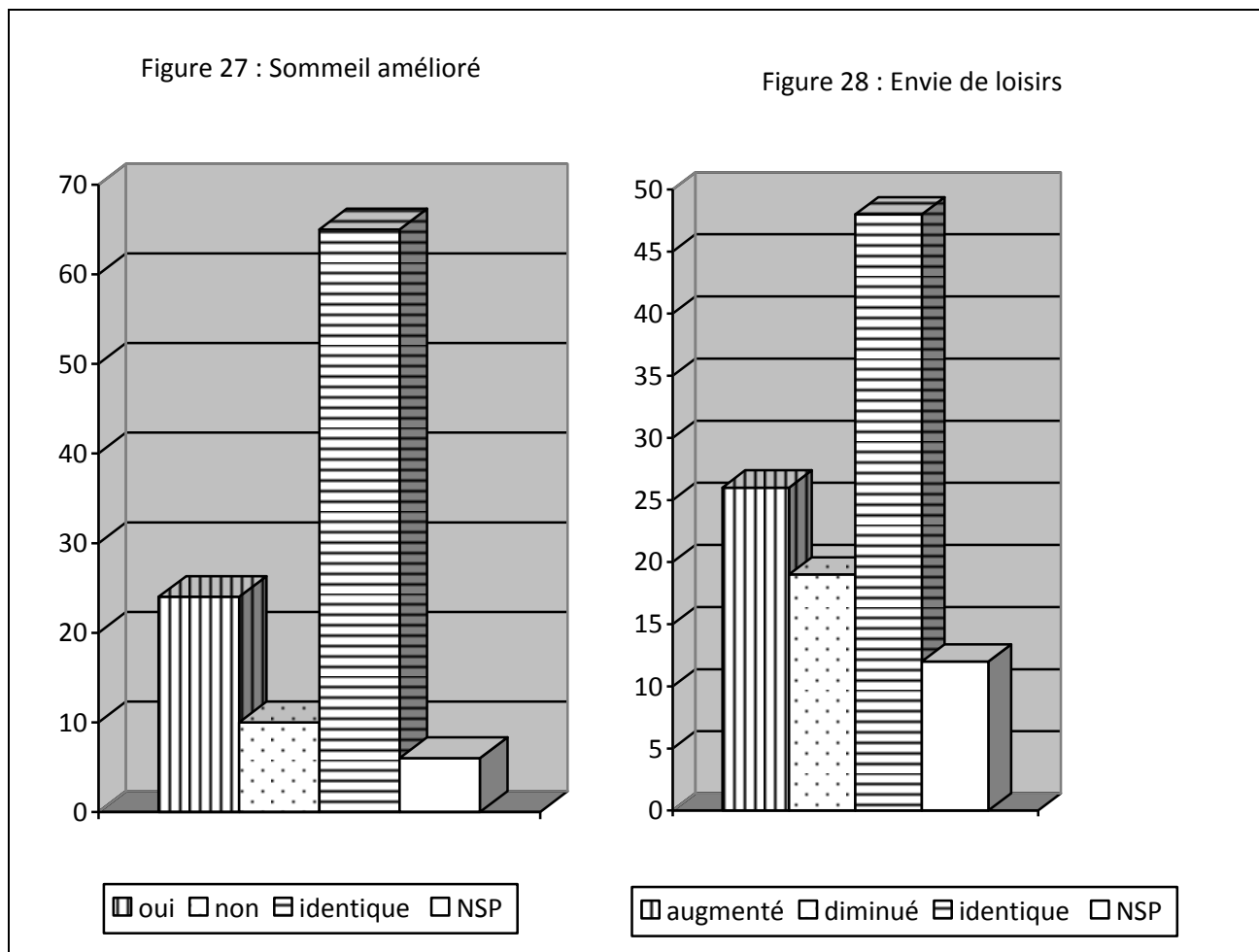


Tableau 3 : Récapitulatif du questionnaire patient

	Valeurs (n=)	Pourcentage
Nombre de patients	155	100.00
Nombre de patients interrogés	105	67.75
Nombre de décès	39	25.16
Nombre de perdus de vue	11	7.10
Stade de la cicatrisation de la plaie		
Totale	51	48.57
Partielle	30	28.57
Identique	9	8.57
Aggravée	4	3.81
Etat général		
Meilleur	42	40.00
Moins bon	34	32.38
Identique	29	27.62
Douleurs		
Diminuées	72	68.57
Augmentées	11	10.48
Identiques	21	20.00
NSP	1	0.95
Déplacements		
Plus faciles	28	26.67
Plus difficiles	34	32.38
Identiques	43	40.95
Confiance dans son état de santé		
Oui	67	63.81
Non	13	12.38
Identique	12	11.43
NSP	13	12.38
Confiance dans les équipes soignantes		
Oui	80	76.19
Non	6	5.71
Identique	5	4.76
NSP	14	13.33

4. Analyse en sous-groupe

a) Les sous-groupes suivant le sexe (tableau 4)

- Les hommes

Il s'agit de 62 patients dont la moyenne d'âge est de 74.3 ans (fig.29).

La répartition selon le type de plaie est : 15 maux perforants plantaires (24.19%), 13 ulcères artériels (20.97%), 9 escarres (14.52%), 7 ulcères veineux (11.29%), 7 plaies post-amputation (11.29%), 3 plaies post-traumatiques (4.84%), 2 angiodermes nécrosantes (3.23%), 2 ulcères mixtes (3.23%) et 4 autres types de plaies (fig.30).

On note 15 décès au moment de l'enquête (24.19%).

18 patients ont cicatrisé intégralement (38.30%), 13 partiellement (27.63%). Pour 2 patients, la plaie est identique (4.26%) et une plaie s'est aggravée dans ce groupe (2.13%) (fig.31).

15 hommes déclarent que leur état de santé général s'est amélioré (31.91%) et 11 patients qu'il s'est dégradé (23.40%).

- Les femmes

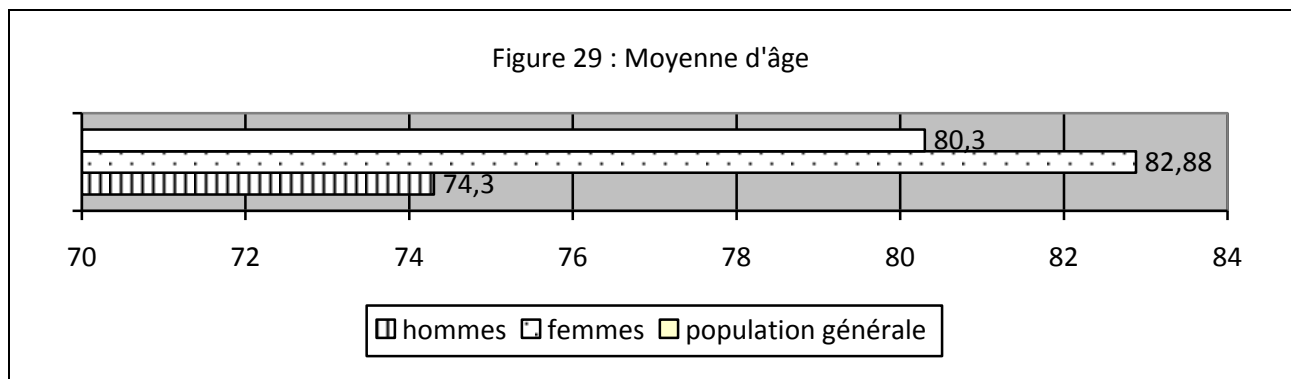
Il s'agit de 93 patientes dont la moyenne d'âge est de 82.88 ans (fig.29).

La répartition selon le type de plaie est : 27 ulcères artériels (29.03%), 22 escarres (23.66%), 16 ulcères veineux (17.20%), 6 maux perforants plantaires (6.45%), 9 plaies post-traumatiques (9.68%), 3 angiodermes nécrosantes (3.23%), 1 plaie post-amputation (1.08%), 1 ulcère mixte (1.08%) et 8 autres types de plaie (fig.30).

On note 24 décès dans ce groupe (25.81%).

33 patientes déclarent avoir une cicatrisation totale (47.83%), 17 partielle (24.64%). Pour 7 patientes, la plaie est identique (10.15%) et 3 plaies se sont aggravées (4.35%) (fig.31).

Pour 27 patientes, l'état général est amélioré (39.13%) et 23 estiment qu'il s'est dégradé (33.33%).



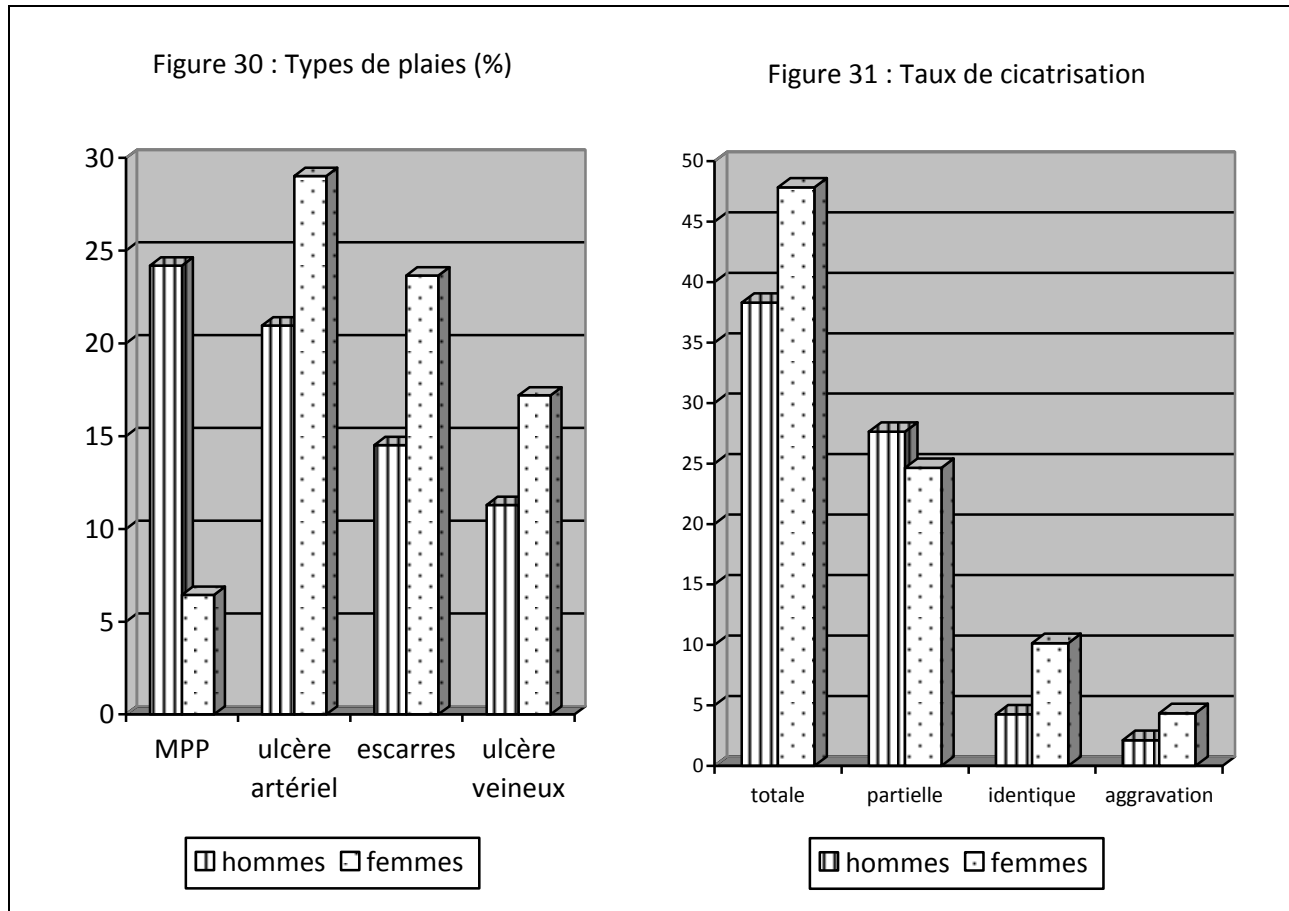


Tableau 4 : Récapitulatif des données en sous-groupe hommes/femmes

	Hommes (%)	Femmes (%)
Nombre de patients	62	93
Moyenne d'âge	74.3	82.88
Nombre de décès	15 (24.19)	24 (25.81)
Types de plaies		
MPP	15 (24.19)	6 (6.45)
Ulcères artériels	13 (20.97)	27 (29.03)
Escarres	9 (14.52)	22 (23.66)
Ulcères veineux	7 (11.29)	16 (17.20)
Stade de la cicatrisation		
Totale	18 (38.30)	33 (47.83)
Partielle	13 (27.63)	17 (24.64)
Identique	2 (4.26)	7 (10.15)
Aggravée	1 (2.13)	3 (4.35)

b) Les sous-groupes suivant la provenance du patient (tableau 5)

- Dans le sous-groupe « patients venant du domicile »

On retrouve 98 patients : 42 hommes et 56 femmes. La moyenne d'âge est de 79.38 ans (fig.32).

Dans ce groupe, on dénombre 67 patients autonomes (68.37%), 18 grabataires (18.37%) et 13 en perte d'autonomie (13.27%) (fig.33).

Les types de plaies rencontrés sont : 25 ulcères artériels (25.51%), 10 escarres (10.20%), 14 maux perforants plantaires (14.29%), 23 ulcères veineux (23.47%) (fig.34).

Le taux de dénutrition est de 33.67%, soit 33 patients (fig.36).

Le taux de décès dans ce groupe est de 22.45%, soit 22 décès (fig.36).

Il existe 36 patients avec une cicatrisation totale (47.37%), 17 avec une cicatrisation partielle (22.37%), 5 avec une plaie identique (6.58%) et 1 avec une plaie aggravée (1.31%) (fig.35).

24 patients déclarent une amélioration dans leur état de santé général (31.58%) et 25 une dégradation (32.89%) (fig.37).

- Dans le sous-groupe « patients venant d'un EHPAD »

On retrouve 29 patients : 7 hommes et 22 femmes. La moyenne d'âge est de 86.59 ans (fig.32).

Dans ce groupe, on dénombre 3 patients autonomes (10.34%), 16 grabataires (55.17%) et 10 en perte d'autonomie (34.48%) (fig.33).

Les types de plaies rencontrés sont : 9 ulcères artériels (31.03%), 15 escarres (51.72%), 2 maux perforants plantaires (6.90%), un ulcère veineux (3.45%) (fig.34).

Le taux de dénutrition est de 55.17%, soit 16 patients (fig.36).

Le taux de décès dans ce groupe est de 44.83%, soit 13 décès (fig.36).

Il existe 7 patients avec une cicatrisation totale (43.75%), 4 avec une cicatrisation partielle (25.00%), 1 avec une plaie identique (6.25%) et 3 avec une plaie aggravée (18.75%) (fig.35).

6 patients déclarent une amélioration de leur état de santé général (37.50%) et 4 une dégradation (25.00%) (fig.37).

Figure 32 : Moyenne d'âge

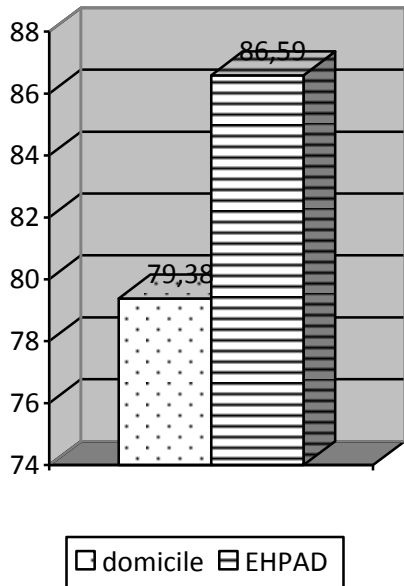


Figure 33 : Autonomie (%)

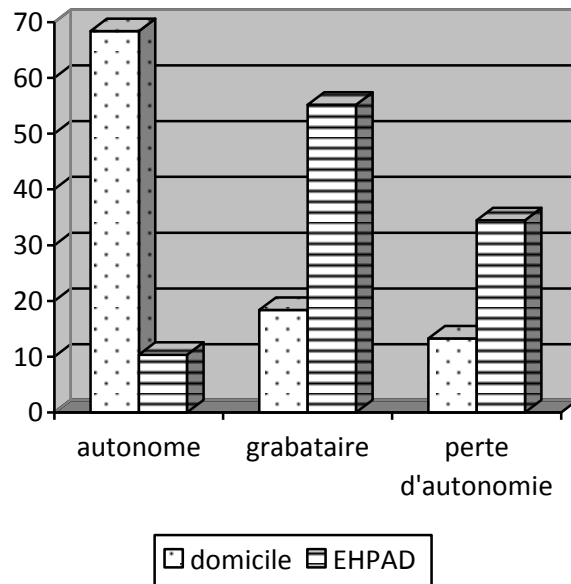


Figure 34 : Types de plaies (%)

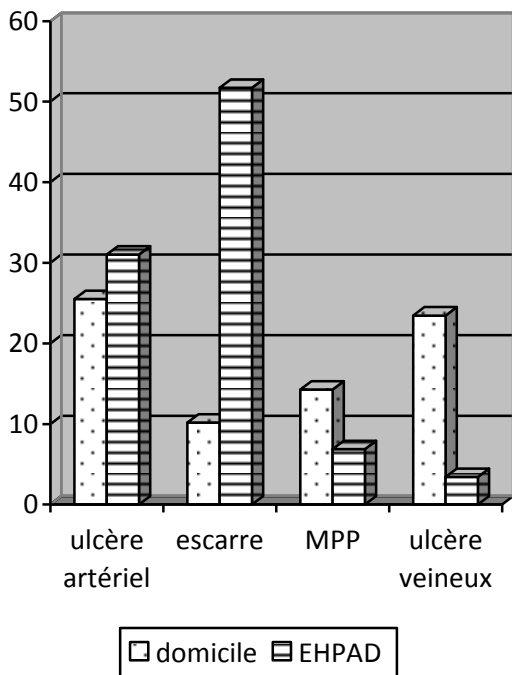
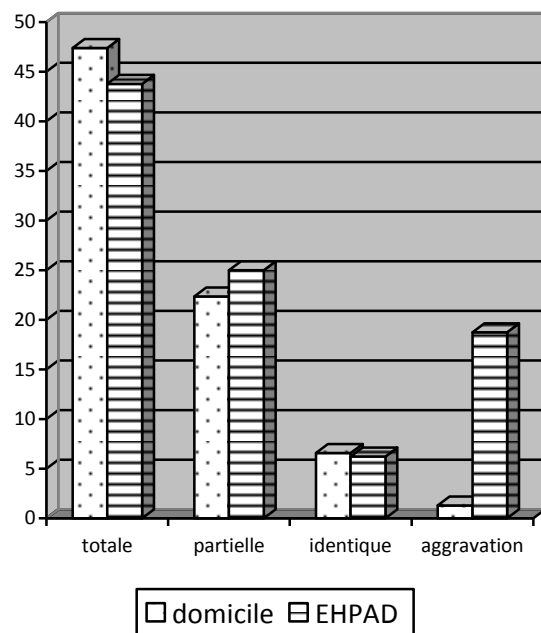


Figure 35 : Stade de la cicatrisation (%)



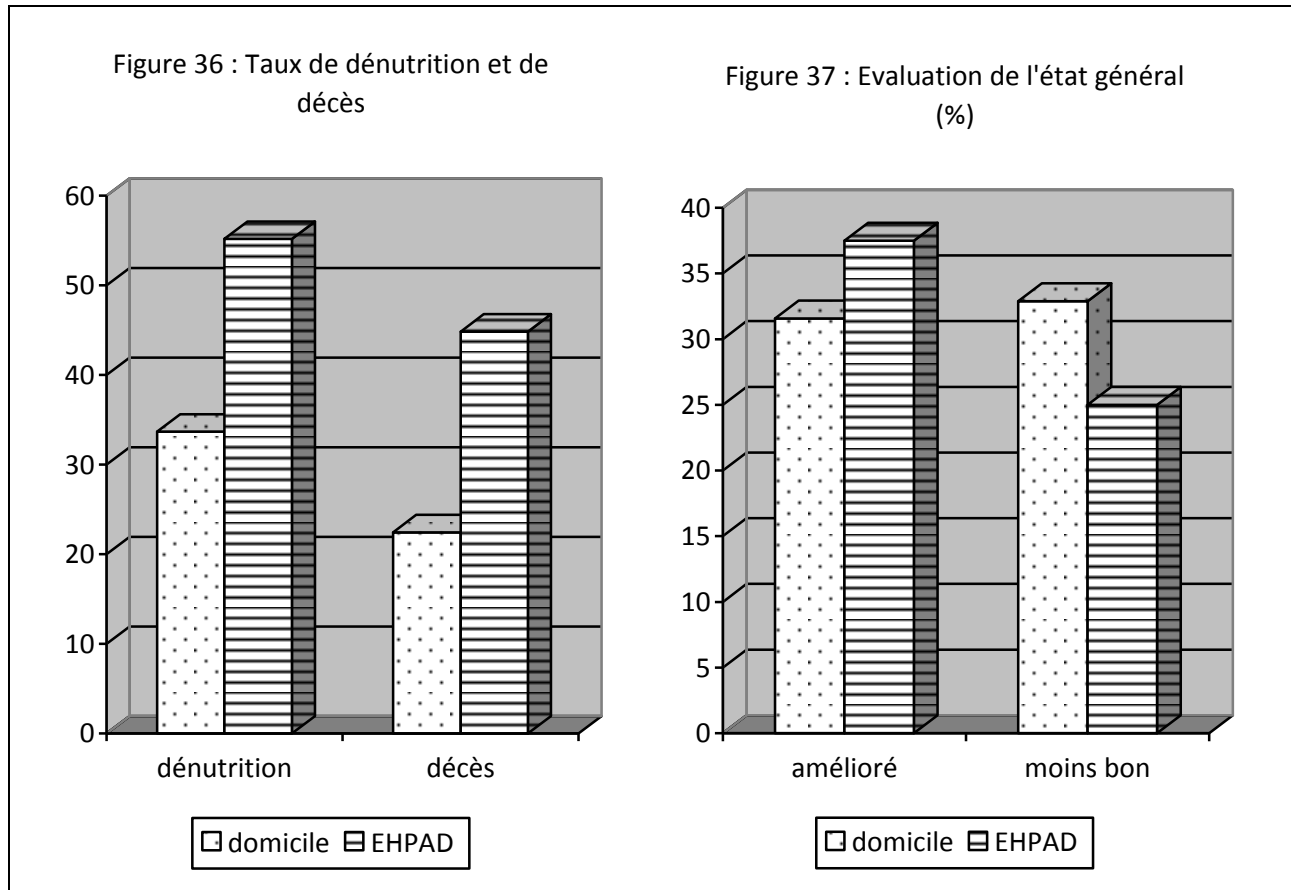


Tableau 5 : Récapitulatif des données des sous-groupes « domicile/EHPAD »

	Patients venant du domicile	Patient venant d'une EHPAD
Nombre de patients	98	29
Hommes	42 (42.86)	7 (24.14)
Femmes	56 (57.14)	22 (75.86)
Moyenne d'âge	79.38	86.59
Patients dénutris	33 (33.67)	16 (55.17)
Nombre de décès	22 (22.45)	13 (43.83)
Types de plaies		
Ulcère artériel	25 (25.51)	9 (31.03)
Escarre	10 (10.20)	15 (51.72)
MPP	14 (14.29)	2 (6.90)
Ulcère veineux	23 (23.47)	1 (3.45)
Stade de la cicatrisation		
Totale	36 (47.37)	7 (43.75)
Partielle	17 (22.37)	4 (25.00)
Identique	5 (6.58)	1 (6.25)
Aggravée	1 (1.31)	3 (18.75)

c) Les sous-groupes suivant l'autonomie (tableau 6)

- Dans le sous-groupe « patients autonomes »

Ce groupe est composé de 85 patients : 37 hommes et 48 femmes. La moyenne d'âge est de 76.84 ans (fig.38).

Les différents types de plaies rencontrés sont : 21 ulcères artériels (24.74%), une escarre (1.18%), 19 maux perforants plantaires (22.35%), 21 ulcères veineux (24.71%) (fig.39).

Le taux de dénutrition est de 23.53%, soit 20 patients (fig.40).

Le taux de mortalité est de 14.12% (12 patients décédés) (fig.40).

Les plaies ont cicatrisé complètement pour 33 patients (45.21%), partiellement pour 21 patients (28.77%). Elle est restée identique pour 5 patients (6.85%) et une plaie s'est aggravée (1.37%) (fig.41).

Pour l'état général, 25 patients déclarent avoir une amélioration (34.25%) et 22 patients se trouvent en moins bon état général (30.14%).

- Dans le sous-groupe « patients grabataires »

Ce groupe est composé de 37 patients : 16 hommes et 21 femmes. La moyenne d'âge est de 83.73 ans (fig.38).

Les différents types de plaies rencontrés sont : 10 ulcères artériels (27.02%), 22 escarres (59.46%), aucun mal perforant plantaire, aucun ulcère veineux (fig.39).

Le taux de dénutrition est de 67.57%, soit 25 patients (fig.40).

Le taux de mortalité est de 59.46% (22 patients décédés) (fig.40).

Les plaies ont cicatrisé complètement pour 7 patients de ce groupe (46.67%), partiellement pour 3 patients (20.00%). Elle est restée identique pour un patient (6.67%) et 2 plaies se sont aggravées (13.33%) (fig.41).

Pour l'état général, 4 patients déclarent avoir une amélioration (26.67%) et 5 patients se trouvent en moins bon état général (33.33%).

- Dans le sous-groupe « patients en perte d'autonomie »

Ce groupe est composé de 33 patients : 9 hommes et 24 femmes. La moyenne d'âge est de 85.36 ans (fig.38).

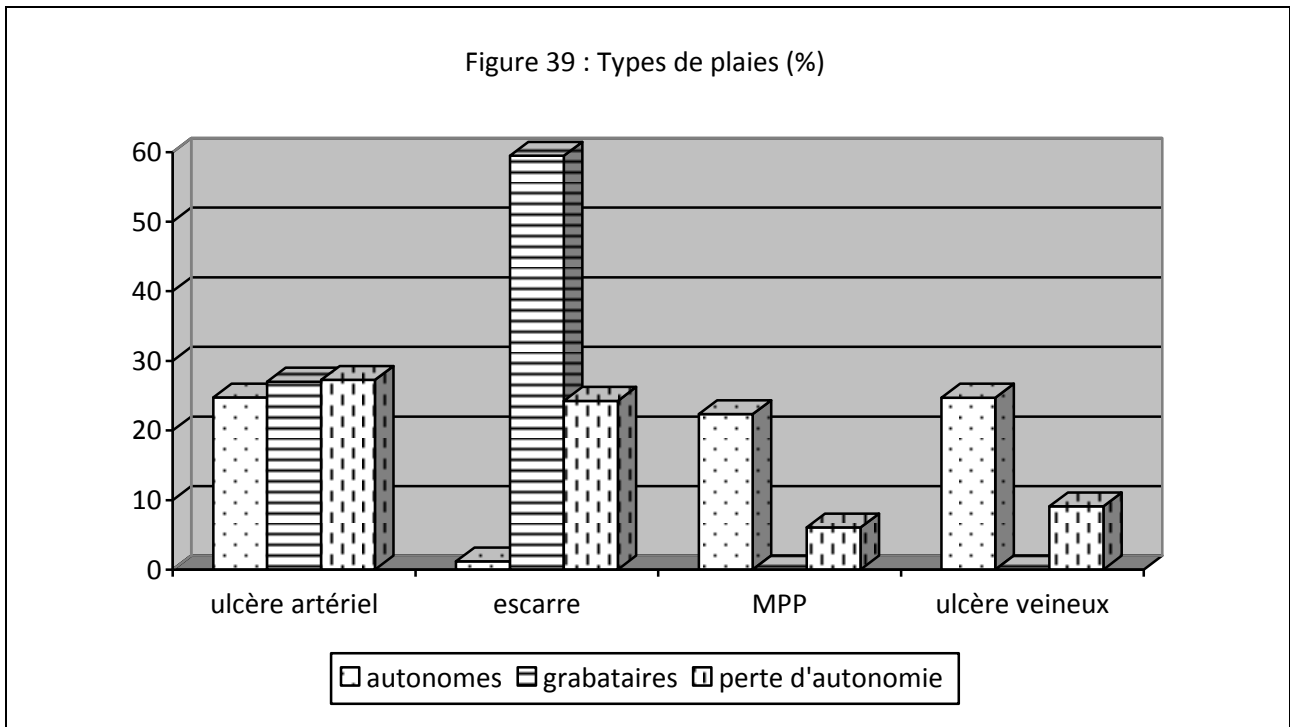
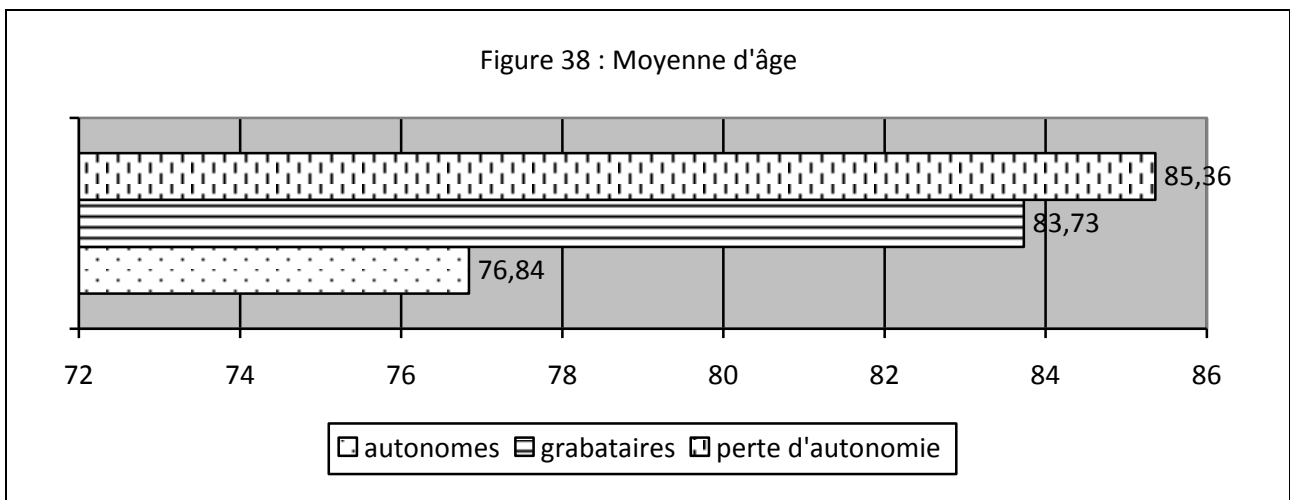
Les différents types de plaies rencontrés sont : 9 ulcères artériels (27.27%), 8 escarres (24.24%), 2 maux perforants plantaires (6.06%), 3 ulcères veineux (9.09%) (fig.39).

Le taux de dénutrition est de 45.45%, soit 15 patients (fig.40).

Le taux de mortalité est de 15.15% (5 patients décédés) (fig.40).

Les plaies ont cicatrisé complètement pour 11 patients de ce groupe (39.29%), partiellement pour 6 (21.43%). Elle est restée identique pour 3 patients (10.71%) et une plaie s'est aggravée (3.57%) (fig.41).

Pour l'état général, 13 patients déclarent avoir une amélioration (46.43%) et 7 s'estiment en moins bon état général (25.00%).



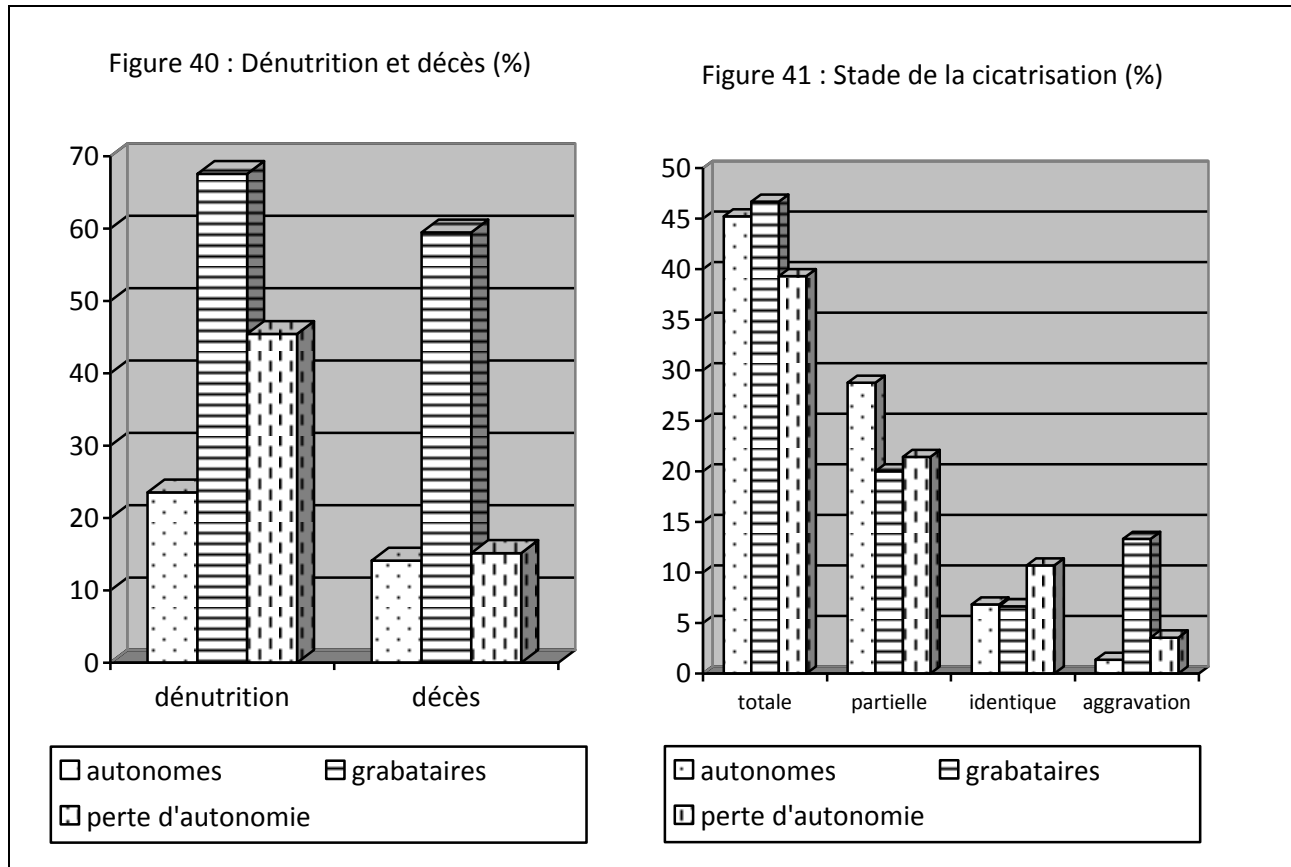


Tableau 6 : Récapitulatif des données des sous-groupes « autonomie du patient »

	Patients autonomes (%)	Patients grabataires (%)	Patients en perte d'autonomie (%)
Nombre de patients	83	37	33
Hommes	37 (44.58)	16 (43.24)	9 (27.27)
Femmes	48 (57.83)	21 (56.76)	24 (72.72)
Moyenne d'âge	76.84	83.73	85.36
Patients dénutris	20 (23.53)	25 (67.57)	15 (45.45)
Patients décédés	12 (14.12)	22 (59.46)	5 (15.15)
Types de plaies			
Ulcère artériel	21 (24.74)	10 (27.02)	9 (27.27)
Escarre	1 (1.18)	22 (59.46)	8 (24.24)
MPP	19 (22.35)	0	2 (6.06)
Ulcère veineux	21 (24.71)	0	3 (9.09)
Stade de cicatrisation			
Totale	33 (45.21)	7 (46.67)	11 (39.29)
Partielle	21 (28.77)	3 (20.00)	6 (21.43)
Identique	5 (6.85)	1 (6.67)	3 (10.71)
Aggravée	1 (1.37)	2 (13.33)	1 (3.57)

d) Les sous-groupes suivant les antécédents (tableau 7)

- Dans le sous-groupe des « patients diabétiques »

Ce groupe est composé de 61 patients : 27 hommes et 34 femmes. La moyenne d'âge est de 77.08 ans (fig.42).

On retrouve 49 patients présentant un antécédent cardiovasculaire associé (80.33%).

Le type de plaie rencontré est : 20 ulcères artériels (32.79%), 18 maux perforants plantaires (29.51%), 7 escarres (11.48%), 6 plaies post-amputation (9.84%), 3 ulcères veineux (4.92%) (fig.43).

Dans ce groupe, 39 patients sont autonomes (63.93%), 11 sont grabataires (18.03%) et 11 en perte d'autonomie (18.03%).

Le taux de dénutrition est de 31.15% (19 patients).

Le taux de décès est de 21.31% (13 patients).

On dénombre 29 ostéites (47.54%), 8 plaies infectées (13.11%), 17 plaies colonisées (27.87%), 5 plaies contaminées (8.20%) (fig.44).

La cicatrisation est totale pour 21 patients (43.75%), partielle pour 12 patients (25.00%) et identique pour 6 patients (12.50%). Une plaie s'est aggravée (2.08%) (fig.45).

Pour 19 patients, l'état de santé général s'est amélioré (39.58%) et il s'est dégradé pour 19 (39.58%).

- Dans le sous-groupe des patients « déments »

On retrouve 24 patients : 3 hommes et 21 femmes. La moyenne d'âge est de 86.92 ans (fig.42).

Le type de plaies rencontré est : 5 ulcères artériels (20.83%), 11 escarres (45.83%), aucun mal perforant plantaire, 1 ulcère veineux (4.17%) (fig.43).

Dans ce groupe, 3 patients sont autonomes (12.50%), 11 sont grabataires (45.83%) et 10 sont en perte d'autonomie (41.67%).

Le taux de dénutrition est de 62.50% (15 patients).

Le taux de décès est de 29.17% (7 patients).

On dénombre 9 ostéites (37.50%), 4 plaies infectées (16.67%), 5 plaies colonisées (20.83%), 4 plaies contaminées (16.67%) (fig.44).

La cicatrisation est totale pour 9 patients (37.50%), partielle pour 3 (17.65%) et 3 plaies se sont aggravées (17.65%) et elle est identique pour aucun patient (fig.45).

Pour 6 patients, l'état de santé général s'est amélioré (35.29%) et il s'est dégradé pour 5 (29.41%).

Figure 42 : Moyenne d'âge

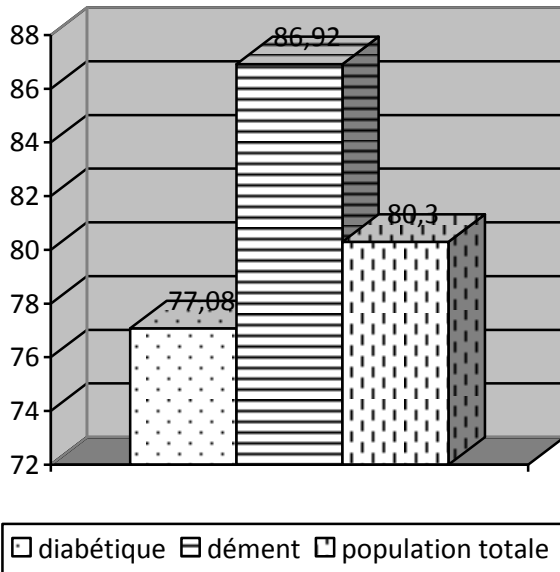


Figure 43 : Type de plaies (%)

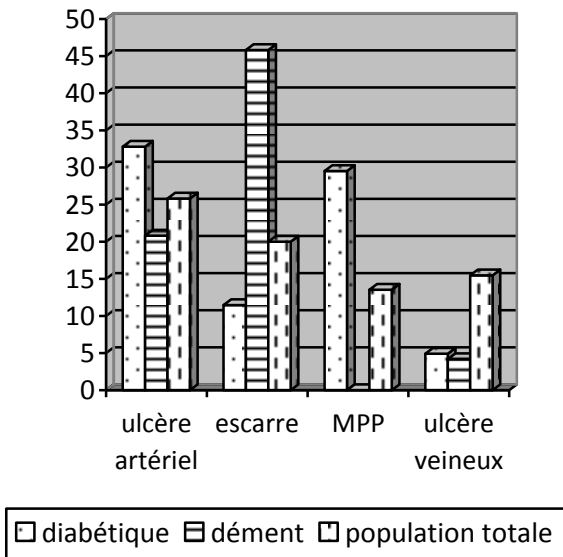


Figure 44 : Stade de l'infection de la plaie (%)

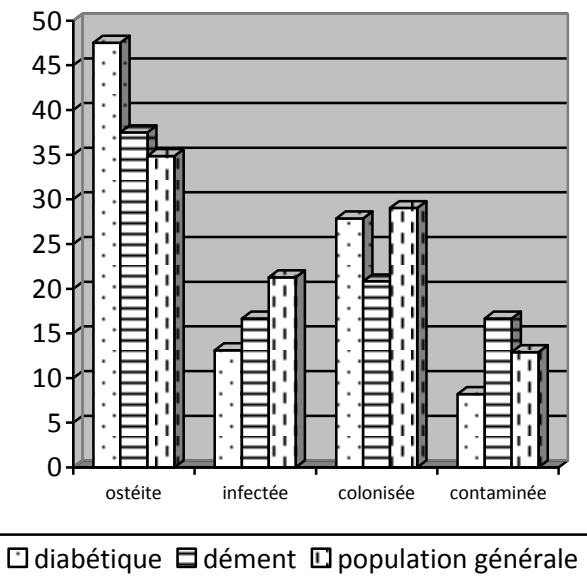


Figure 45 : Stade de la cicatrisation (%)

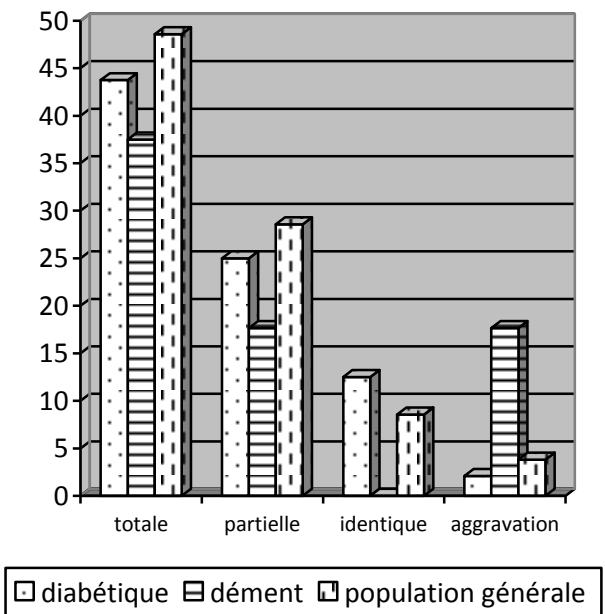


Tableau 7 : Récapitulatif des données des sous-groupes « diabétiques/déments »

	Patients diabétiques (%)	Patients déments (%)
Nombre de patients	61	24
Hommes	27 (44.26)	3 (12.50)
Femmes	34 (55.73)	21 (87.50)
Moyenne d'âge	77.08	86.92
Types de plaies		
Ulcère artériel	20 (32.79)	5 (20.83)
MPP	18 (29.51)	00
Escarre	07 (11.48)	11 (45.83)
Ulcère veineux	03 (04.92)	01 (04.17)
Nombre de patients dénutris	19 (31.15)	15 (62.50)
Nombre de patients décédés	13 (21.31)	07 (29.17)
Stade de cicatrisation		
Totale	21 (43.75)	09 (37.50)
Partielle	12 (25.00)	03 (17.65)
Identique	06 (12.50)	00
Aggravée	01 (2.08)	03 (17.65)
Autonomie		
Autonome	39 (63.93)	03 (12.50)
Grabataire	11 (18.03)	11 (45.83)
Perte d'autonomie	11 (18.03)	10 (41.67)

e) Les sous-groupes suivant l'état de dénutrition (tableau 8)

- Dans le sous-groupe « patients dénutris »

Ce groupe est composé de 60 patients : 18 hommes et 42 femmes. La moyenne d'âge est de 85.45 ans (fig.46). 32 patients viennent de leur domicile (53.33%), 12 sont adressés par un autre établissement (20.00%) et 16 viennent d'un EHPAD (26.67%).

En ce qui concerne l'autonomie des patients, 20 patients sont autonomes (33.33%), 25 sont grabataires (41.67%) et 15 sont en perte d'autonomie (25.00%).

Les types de plaies les plus retrouvés sont : 17 ulcères artériels (28.33%), 17 escarres (28.33%), 5 maux perforants plantaires (8.33%), 3 ulcères veineux (5.00%) (fig.47).

On dénombre 25 décès dans ce groupe (41.67%) (fig.48). On retrouve 15 patients pour lesquels la cicatrisation est totale (42.86%), 6 partielle (17.14%), 5 ont une plaie identique (14.26%) et 3 ont eu une aggravation de leur plaie (8.57%) (fig.49).

13 patients déclarent que leur état de santé général s'est amélioré (37.14%) et 10 pour lesquels il s'est dégradé (28.57%).

- Dans le sous-groupe « patients non dénutris »

Ce groupe est composé de 95 patients : 43 hommes et 52 femmes. La moyenne d'âge est de 77.04 ans (fig.46).

66 patients viennent de leur domicile (69.47%), 16 sont adressés par un autre établissement (16.84%) et 13 viennent d'un EHPAD (13.68%).

En ce qui concerne l'autonomie des patients, 65 patients sont autonomes (68.42%), 12 sont grabataires (12.63%) et 18 sont en perte d'autonomie (18.95%).

Les types de plaies les plus retrouvés sont : 23 ulcères artériels (24.21%), 14 escarres (14.74%), 16 maux perforants plantaires (16.84%), 21 ulcères veineux (22.11%) (fig.47).

On dénombre 14 décès dans ce groupe (14.74%) (fig.48).

On retrouve 36 patients pour lesquels la cicatrisation est totale (44.44%), 24 partielle (29.63%), 4 ont une plaie identique (4.94%) et 1 patient a eu une aggravation de sa plaie (1.23%) (fig.49).

29 patients déclarent que leur état de santé général s'est amélioré (35.80%) et 24 qu'il s'est dégradé (29.63%).

Figure 46 : Moyenne d'âge

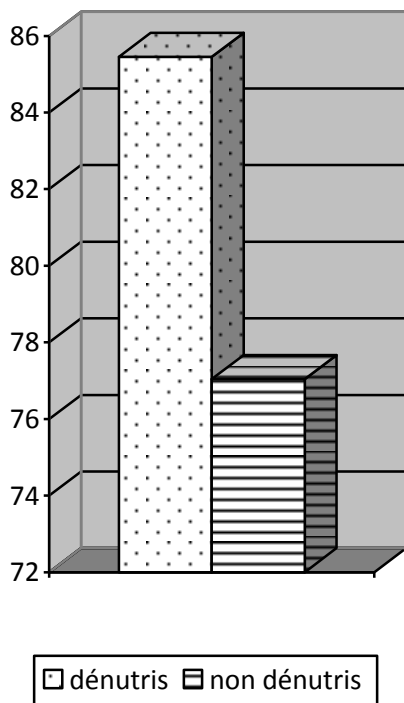
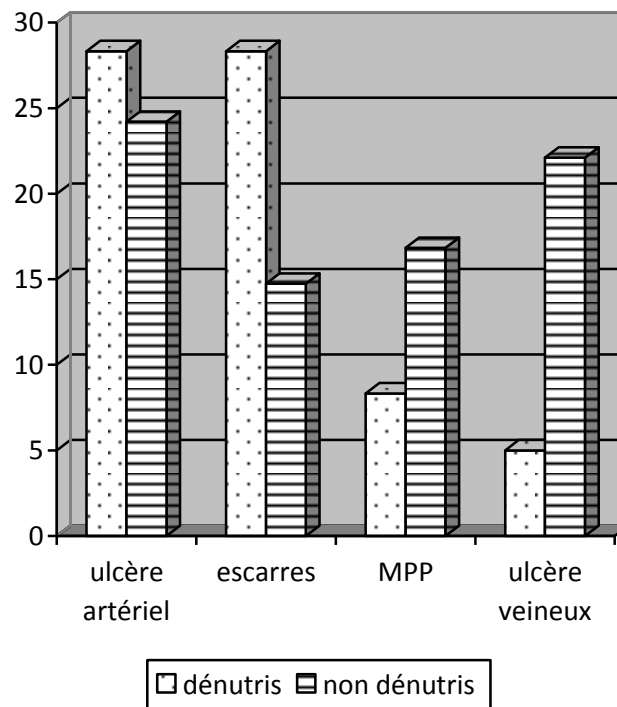


Figure 47 : Types de plaies (%)



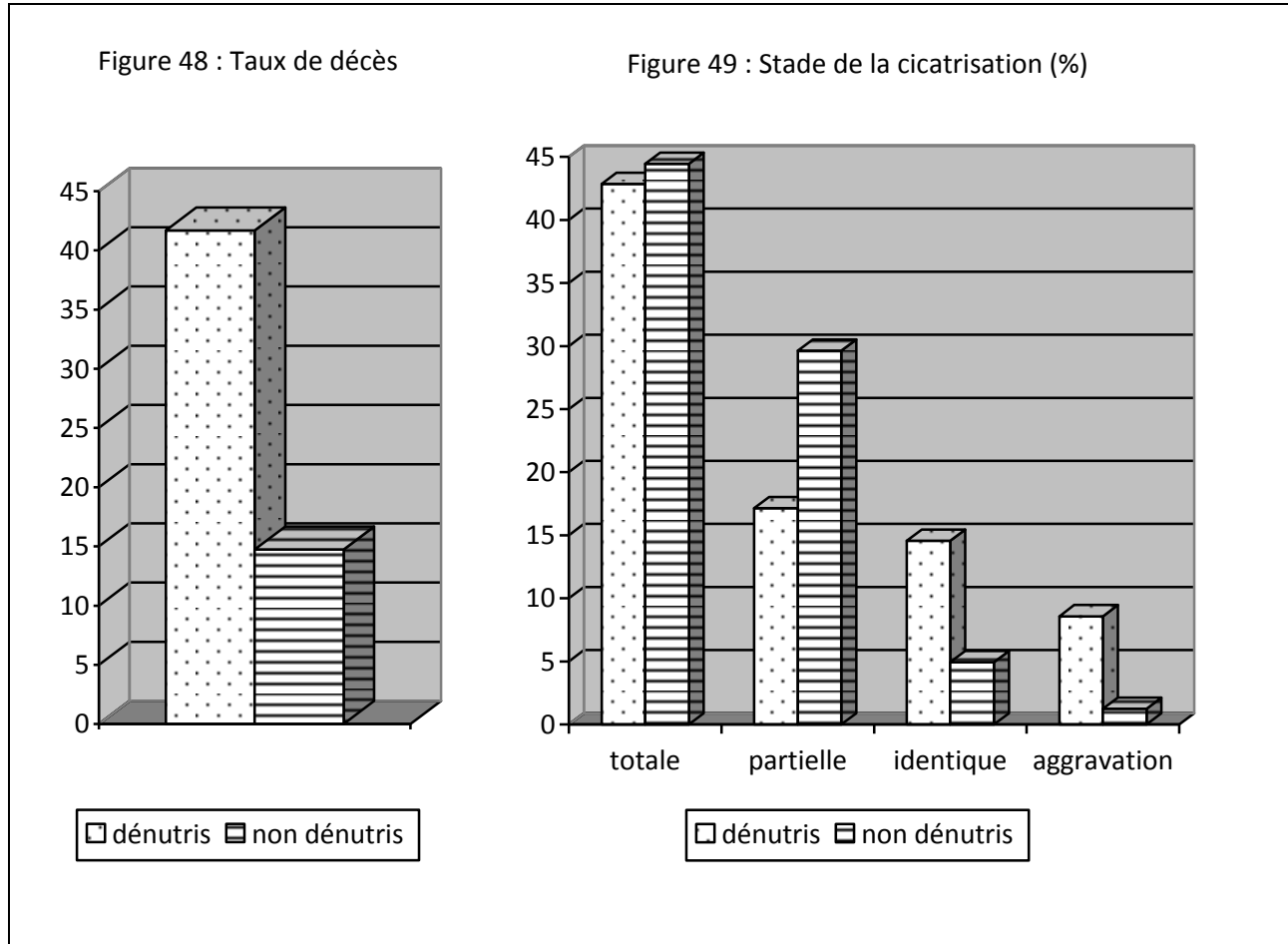


Tableau 8 : Récapitulatif des données des sous-groupes « dénutris/non dénutris »

	Patients dénutris	Patients non dénutris
Nombre de patients	60	95
Hommes	18 (30)	43 (45.26)
Femmes	42 (70)	52 (54.74)
Moyenne d'âge	85.45	77.04
Type de plaies		
Ulcère artériel	17 (28.33)	23 (24.21)
Escarre	17 (28.33)	14 (14.74)
MPP	5 (8.33)	16 (16.84)
Ulcère veineux	3 (5.00)	21 (22.11)
Nombre de décès	25 (41.67)	14 (14.74)
Stade de la cicatrisation		
Totale	15 (42.86)	36 (44.44)
Partielle	6 (17.41)	24 (29.63)
Identique	5 (14.26)	4 (4.94)
Aggravée	3 (8.57)	1 (1.23)

f) Dans le sous-groupe « patients décédés »

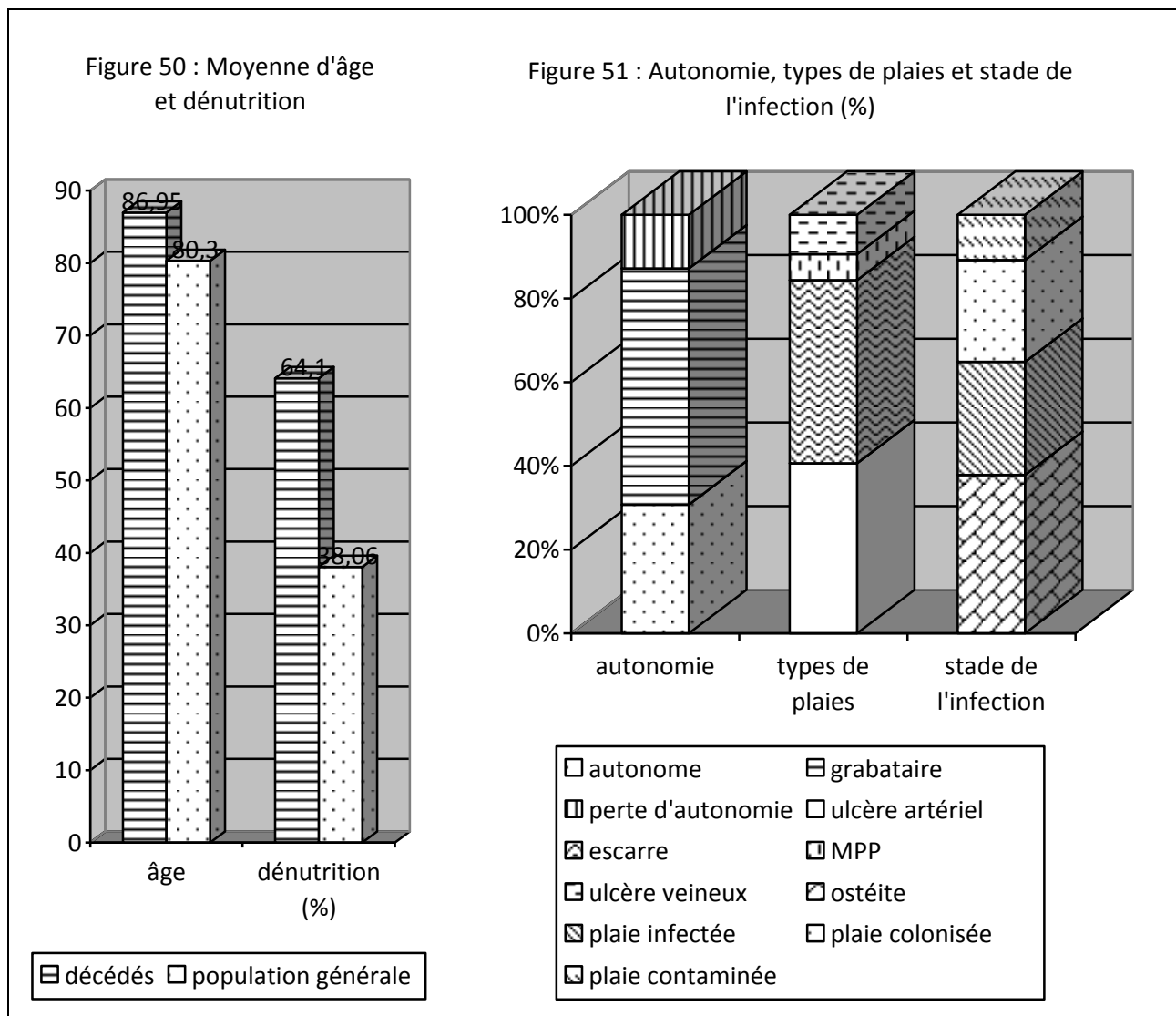
On compte 39 patients : 15 hommes et 24 femmes. La moyenne d'âge est de 86.95 ans (fig.50).

On retrouve 12 patients autonomes (30.77%), 22 grabataires (56.41%) et 5 en perte d'autonomie (12.82%) (fig.51).

Le taux de dénutrition est de 64.10% (25 patients) (fig.50)

Le type de plaies que l'on retrouve est : 13 ulcères artériels (33.33%), 14 escarres (35.90%), 2 maux perforants plantaires (5.13%), 3 ulcère veineux (7.69%) (fig.51).

Pour le stade de l'infection de la plaie, on compte 14 ostéites (35.90%), 10 plaies infectées (25.64%), 9 plaies colonisées (23.08%) et 4 plaies contaminées (10.26%) (fig.51).



g) Les sous-groupes suivant le type de plaies (tableau 9)

• Les ulcères artériels

Ce groupe est composé de 40 patients (13 hommes et 27 femmes) dont la moyenne d'âge est de 83.1 ans (fig.52).

21 patients sont autonomes (52.50%), 10 grabataires (25.00%) et 9 en perte d'autonomie (22.50%).

Le taux de dénutrition est de 42.50% (17 patients) (fig.53).

21 patients ont bénéficié d'une antibiothérapie (52.50%) (fig.53).

13 patients sont décédés au moment des entretiens téléphoniques (32.50%) (fig.53).

8 patients déclarent que leur plaie a cicatrisé totalement (29.63%), 7 partiellement (25.93%), pour 5 elle est identique (18.52%) et pour 1, la plaie s'est aggravée (3.70%) (fig.54).

L'état général s'est amélioré pour 7 patients (25.93%) et dégradé pour 11 (40.74%) (fig.55 et 56).

En ce qui concerne la douleur, elle a diminué pour 15 patients (55.56%) et augmenté pour 6 (22.22%) (fig.55 et 56).

Les déplacements se sont améliorés pour 6 patients (22.22%) et dégradés pour 9 (33.33%) (fig.55 et 56).

10 patients de ce groupe déclarent avoir confiance dans leur état de santé (37.04%), alors que 6 sont en perte de confiance (22.22%) (fig.55 et 56).

Pour 7 patients, la reprise de loisirs a été possible (25.93%) et pour 3, les loisirs ont diminué (11.11%) (fig.55 et 56).

• Les escarres

Ce groupe est composé de 31 patients (9 hommes et 22 femmes) dont la moyenne d'âge est de 82.74 ans (fig.52).

On retrouve un patient autonome (3.23%), 22 grabataires (70.97%) et 8 en perte d'autonomie (25.81%).

Le taux de dénutrition est de 54.84%, soit 17 patients (fig.53).

Une antibiothérapie a été nécessaire pour 19 patients (61.30%) (fig.53).

Au moment de la prise de contact téléphonique, on dénombre 14 décès (45.16%) (fig.53).

Pour 7 patients, la cicatrisation est totale (41.18%), partielle pour 4(25.53%). Pour un patient la cicatrisation est identique et une escarre s'est aggravée depuis l'hospitalisation (5.88%) (fig.54).

Au niveau de l'état général, 8 patients déclarent une amélioration (47.06%) et 4 une dégradation (23.53%) (fig.55 et 56).

Pour les douleurs, 9 patients notent une diminution de celles-ci (52.94%) et 1, une augmentation (5.88%) (fig.55 et 56).

Les déplacements se sont améliorés pour 2 patients (11.76%) et dégradés pour 5 (29.41%) (fig.55 et 56).

Au niveau de la confiance dans son état de santé, 7 patients ont répondu positivement (41.18%). Il n'a été retrouvé aucun patient avec une diminution de la confiance (fig.55 et 56).

L'augmentation des différents loisirs est validée pour 2 patients (11.76%). Aucun patient ne déclare une dégradation à ce niveau (fig.55 et 56).

- **Les maux perforants plantaires**

On dénombre 21 patients (15 hommes et 6 femmes) dont la moyenne d'âge est de 73 ans (fig.52).

19 patients sont autonomes (90.48%), aucun n'est grabataire et 2 sont en perte d'autonomie (9.52%).

Le taux de dénutrition est de 23.81% (5 patients) (fig.53).

Une antibiothérapie est utilisée pour 7 patients (33.33%) (fig.53).

On dénombre 2 décès (9.52%) (fig.53).

10 patients déclarent avoir une cicatrisation totale (52.63%) et partielle pour 5 (26.32%). Une plaie est restée identique (5.26%). Aucun patient ne se plaint d'une aggravation de sa plaie (fig.54).

Au niveau de l'état général, 13 patients trouvent qu'il s'est amélioré (68.42%) et pour 2, il s'est dégradé (10.52%) (fig.55 et 56).

12 patients déclarent avoir une diminution des douleurs (63.16%) mais pour 1, elles ont augmenté (5.26%) (fig.55 et 56).

On note une amélioration des déplacements pour 7 patients (36.84%) et une dégradation pour 4 (21.05%) (fig.55 et 56).

Au niveau de la confiance, 17 patients déclarent être confiants pour leur état de santé (89.47%). Aucun patient dit ne pas avoir confiance (fig.55 et 56).

6 patients ont pu augmenter leurs loisirs depuis l'hospitalisation (31.58%). Mais 4 ont diminué leurs loisirs (21.05%) (fig.55 et 56).

- Les ulcères veineux

Ce groupe est composé de 24 patients (8 hommes et 16 femmes) dont la moyenne d'âge est de 79.29 ans (fig.52).

21 patients sont autonomes (87.50%), 3 sont en perte d'autonomie (12.50%). Aucun patient de ce groupe n'est grabataire.

On compte 3 patients dénutris (12.50%) (fig.53).

5 patients ont bénéficié d'une antibiothérapie au cours de leur hospitalisation dans le service (20.83%) (fig.53). On dénombre 3 décès (12.50%) (fig.53).

Pour 11 patients, la cicatrisation est totale (52.38%), pour 5, elle est partielle (23.81%) et pour 1, identique (4.76%). Un patient décrit une aggravation de sa plaie (4.76%) (fig.54).

On retrouve une amélioration de l'état général pour 6 patients (28.57%) et une dégradation pour 6 (28.57%) (fig.55 et 56).

Au niveau de la douleur, on note une diminution pour 17 patients (80.95%) et une augmentation pour 1 (4.76%) (fig.55 et 56).

Les déplacements sont effectués avec plus de facilité pour 6 patients (28.57%) et avec plus de difficulté pour 9 (42.86%) (fig.55 et 56).

15 patients ont confiance dans leur état de santé (71.43%) alors que 3 déclarent être pessimistes en ce qui concerne leur état de santé (14.29%) (fig.55 et 56).

3 patients ont augmenté leurs loisirs (14.29%) alors que 6 ont dû les diminuer (28.57%) (fig.55 et 56).

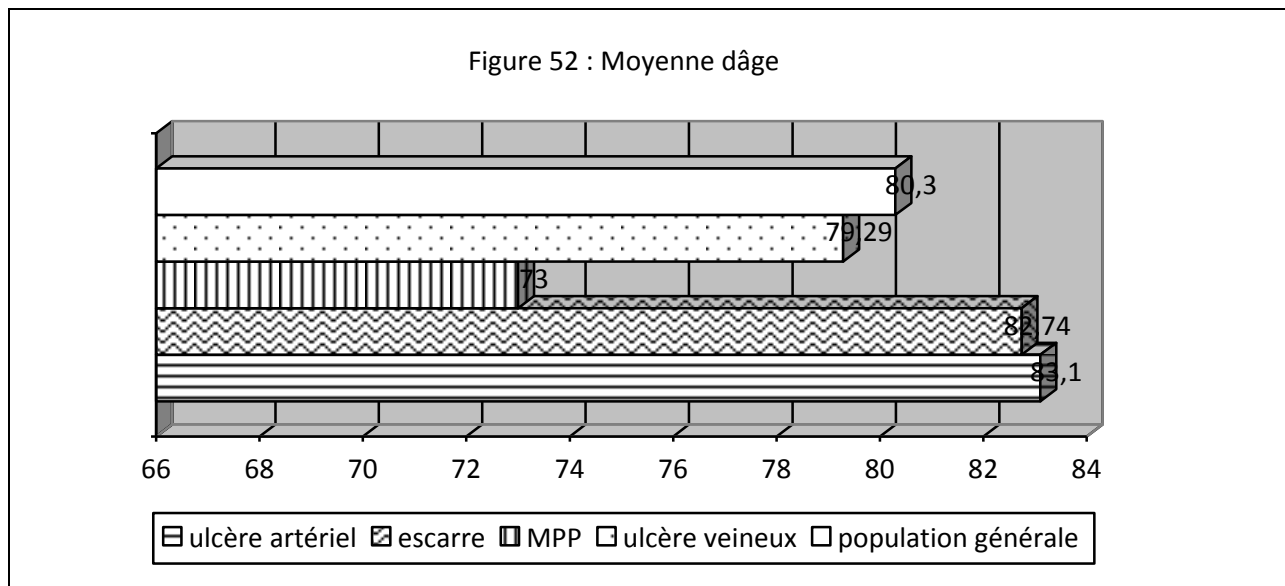


Figure 53 : Dénutrition, antibiothérapie, décès (%)

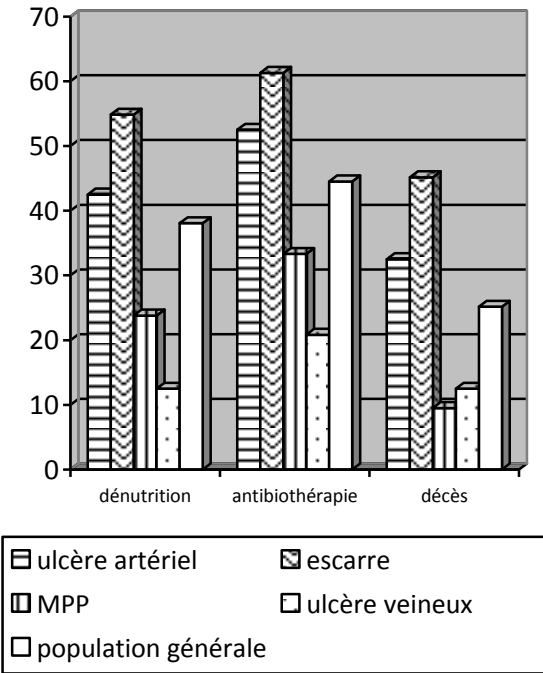


Figure 54 : Stade de cicatrisation (%)

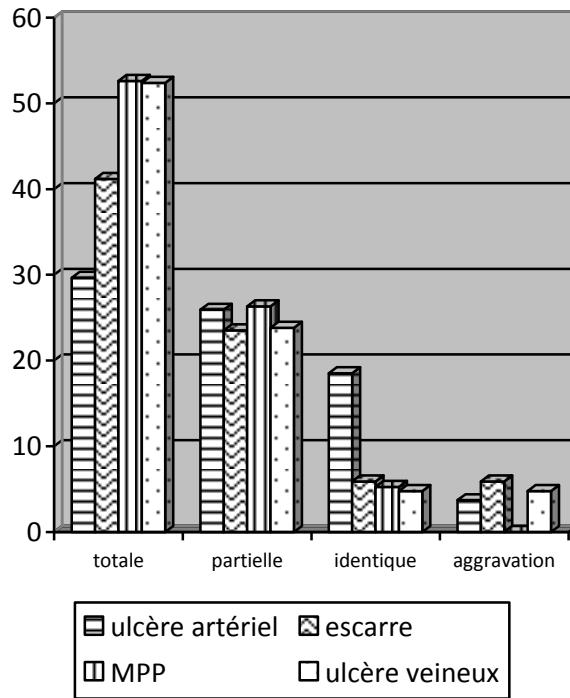


Figure 55 : Les améliorations (%)

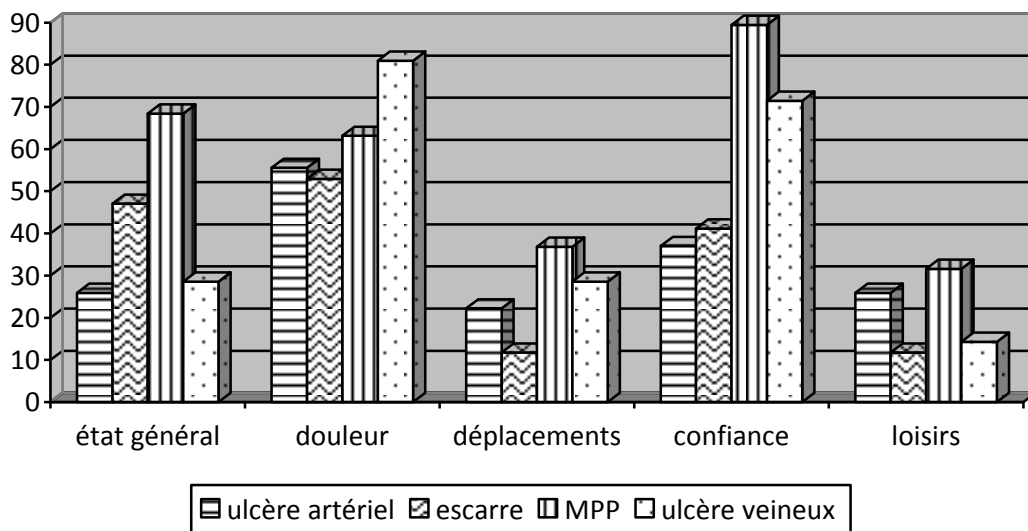


Figure 56 : Les dégradations (%)

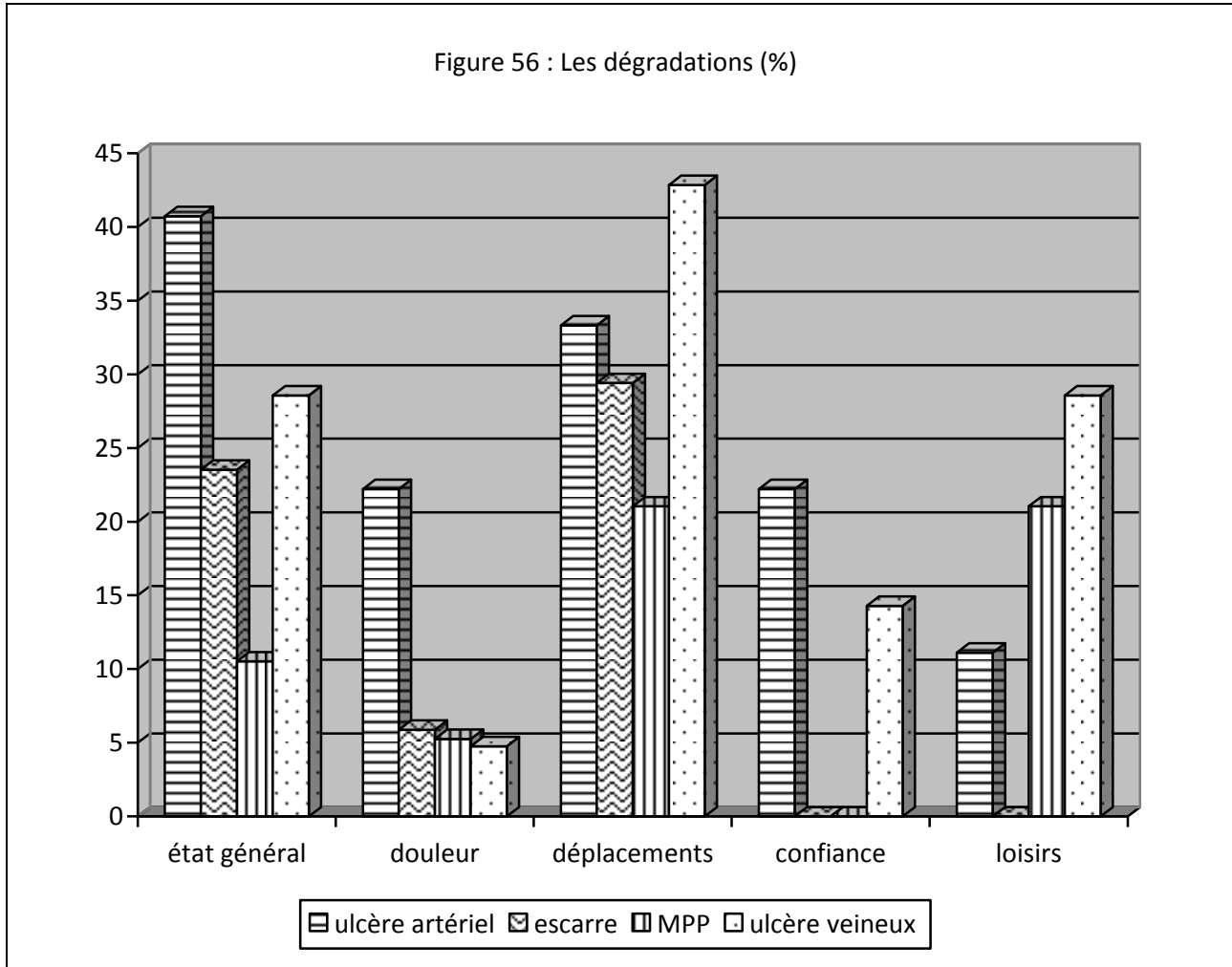


Tableau 9 : Récapitulatif des données des sous-groupes « plaies »

	Ulcère artériel (%)	Ulcère veineux (%)	MPP (%)	Escarre (%)
Nombre de patient	40	24	21	31
Hommes	13 (35.50)	8 (33.33)	15 (71.43)	9 (29.03)
Femmes	27 (67.50)	16 (66.67)	6 (28.57)	22 (70.97)
Moyenne d'âge	83.1	79.29	73	82.74
Dénutrition	17 (42.50)	3 (12.50)	5 (23.81)	17 (54.84)
Décès	13 (32.50)	3 (12.50)	2 (9.52)	14 (45.16)
Stade de cicatrisation				
Totale	8 (29.63)	11 (52.38)	10 (52.63)	7 (41.18)
Partielle	7 (25.93)	5 (23.81)	5 (26.32)	4 (25.53)
Identique	5 (18.52)	1 (4.76)	1 (5.26)	1 (5.88)
Aggravée	1 (3.70)	1 (4.76)	0	1 (5.88)

h) Les sous-groupes suivant l'ancienneté de la plaie (tableau 10)

- Plaies datant de moins d'un mois

Ce groupe est composé de 19 patients : 11 hommes (57.89%) et 8 femmes (42.11%). La moyenne d'âge est de 81.74 ans (fig.57).

Les types de plaies rencontrés sont : un ulcère artériel (5.26%), 2 escarres (10.53%), 4 maux perforants plantaires (21.05%), 3 ulcères veineux (15.79%) et 9 autres plaies (47.37%) (fig.58).

Le nombre de patients autonomes est de 13 (68.42%), 3 sont grabataires (15.79%) et 3 en perte d'autonomie (15.79%).

En ce qui concerne le stade de l'infection de la plaie, on retrouve : 4 ostéites (21.05%), 3 plaies infectées (15.79%), 3 plaies colonisées (15.79%), 6 plaies contaminées (31.58%) et 3 plaies sans germe (15.79%) (fig.59). 5 patients ont bénéficié d'une antibiothérapie (26.32%) (fig.59).

Le taux de dénutrition est de 52.63% (10 patients) (fig.60).

Le taux de décès est de 31.58% (6 patients) (fig.60).

Dans ce groupe, 7 plaies ont cicatrisé totalement (53.85%), 2 plaies partiellement (15.38%), 1 est identique (7.69%) et aucune plaie ne s'est aggravée (fig.61).

Pour leur état de santé général, 4 patients déclarent qu'il est meilleur (30.77%), 4 qu'il est moins bon (30.77%).

- Plaies anciennes de 1 à 6 mois

Ce groupe est composé de 88 patients : 39 hommes (44.32%) et 49 femmes (55.68%). La moyenne d'âge est de 79.02 ans (fig.57).

Les types de plaies rencontrés sont : 22 ulcères artériels (25.00%), 20 escarres (22.73%), 14 maux perforants plantaires (15.91%), 9 ulcères veineux (10.23%) et 23 autres plaies (26.14%) (fig.58).

Le nombre de patients autonomes est de 48 (54.55%), 24 sont grabataires (27.27%) et 16 en perte d'autonomie (18.18%).

En ce qui concerne le stade de l'infection de la plaie, on retrouve : 39 ostéites (44.32%), 20 plaies infectées (22.73%), 21 plaies colonisées (23.86%), 8 plaies contaminées (9.09%) et aucune plaie sans germe (fig.59). 46 patients ont bénéficié d'une antibiothérapie (52.27%) (fig.59).

Le taux de dénutrition est de 39.77% (35 patients) (fig.60).

Le taux de décès est de 23.86% (21 patients) (fig.60).

Dans ce groupe, 33 plaies ont cicatrisé totalement (49.25%), 16 plaies partiellement (23.88%), 3 sont identiques (4.48%) et 1 s'est aggravée (1.49%) (fig.61).

Pour leur état de santé général, 25 patients déclarent qu'il est meilleur (37.31%) et 18 qu'il est moins bon (26.87%).

- Plaies datant de plus de 6 mois

Ce groupe est composé de 37 patients : 10 hommes (27.03%) et 27 femmes (72.97%). La moyenne d'âge est de 79.65 ans. (fig.57).

Les types de plaies rencontrés sont : 12 ulcères artériels (32.43%), 6 escarres (16.22%), 2 maux perforants plantaires (5.41%), 12 ulcères veineux (32.43%) et 5 autres plaies (13.51%) (fig.58).

Le nombre de patients autonomes est de 21 (56.76%), 5 sont grabataires (13.51%) et 11 en perte d'autonomie (29.73%).

En ce qui concerne le stade de l'infection de la plaie, on retrouve : 8 ostéites (21.62%), 6 plaies infectées (16.22%), 17 plaies colonisées (45.95%), 6 plaies contaminées (16.22%) et aucune plaie sans germe (fig.59). 12 patients ont bénéficié d'une antibiothérapie (32.43%) (fig.59).

Le taux de dénutrition est de 24.32% (9 patients) (fig.60).

Le taux de décès est de 16.22% (6 patients) (fig.60).

Dans ce groupe, 11 plaies ont cicatrisé totalement (35.48%), 10 partiellement (32.26%), 4 sont identiques (12.90%) et une plaie s'est aggravée (3.23%) (fig.61).

Pour leur état de santé général, 11 patients déclarent qu'il est meilleur (35.48%), 11 constatent qu'il est moins bon (35.48%).

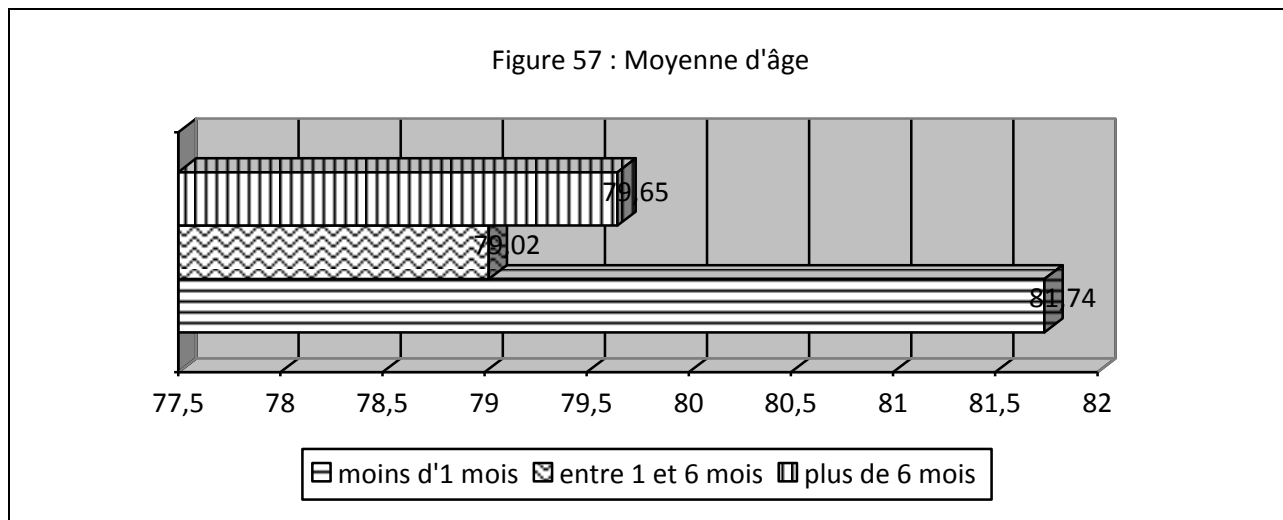


Figure 58 : Types de plaies (%)

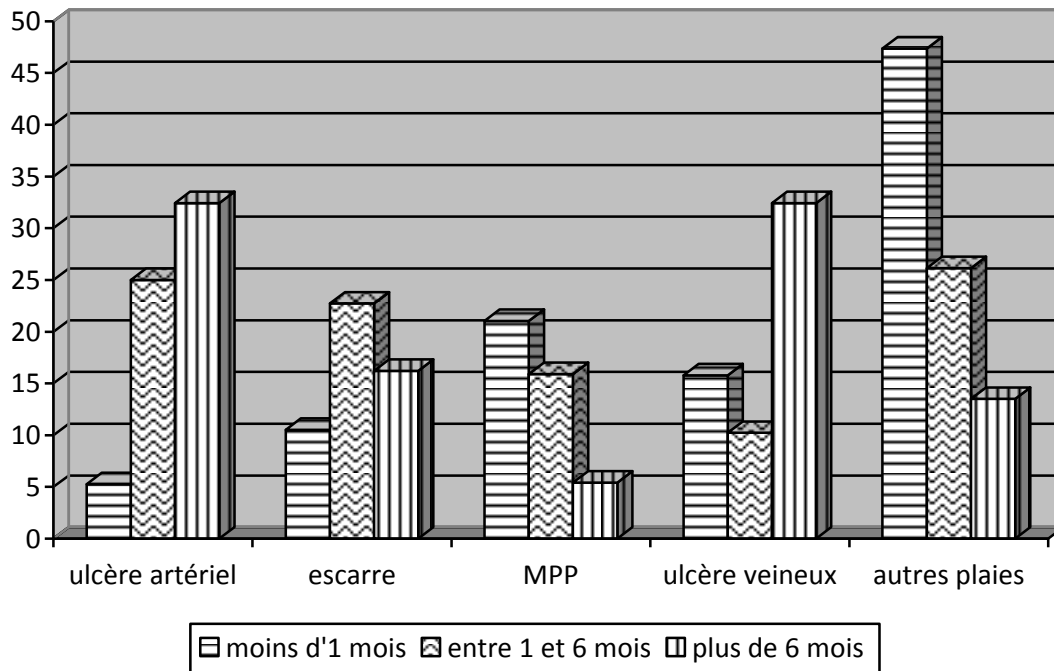
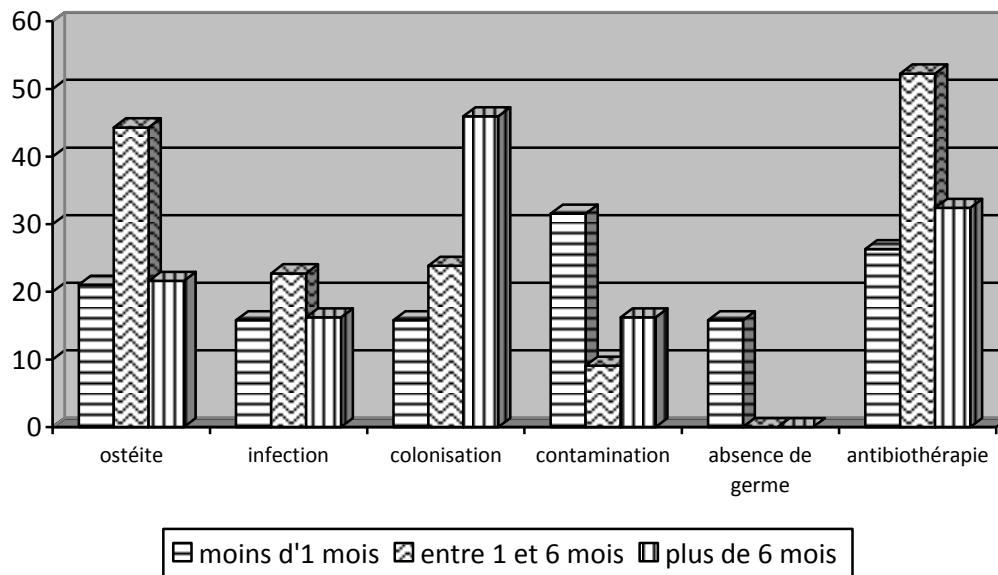


Figure 59 : Stade de l'infection de la plaie (%)



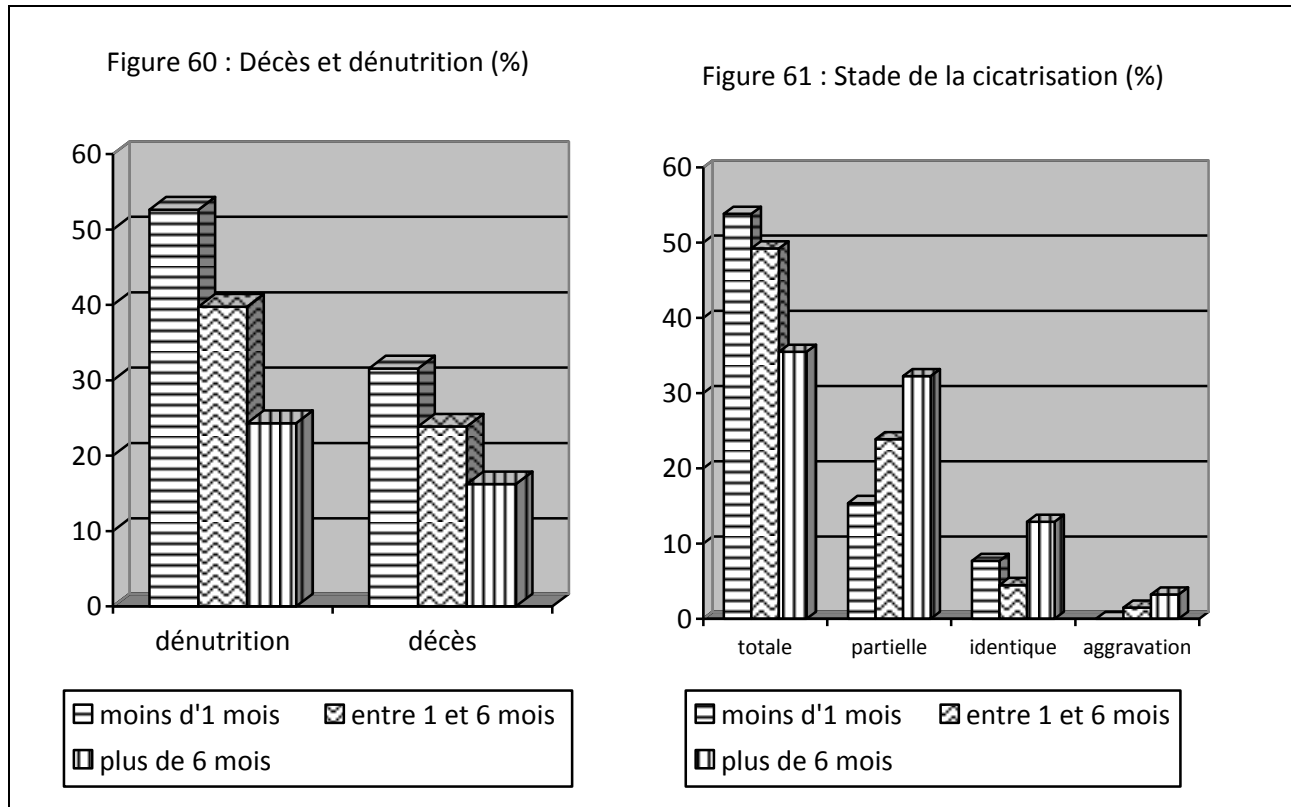


Tableau 10 : Récapitulatif des données des sous-groupes « ancienneté de la plaie »

	Plaie < 1 mois	Plaie entre 1 et 6 mois	Plaie > 6 mois
Nombre de patients	19	88	37
Hommes	11 (57.89)	39 (44.32)	10 (27.03)
Femmes	8 (42.11)	49 (55.68)	27 (72.97)
Moyenne d'âge	81.74	79.02	79.65
Dénutrition	10 (52.63)	35 (39.77)	9 (24.32)
Décès	6 (31.58)	21 (23.86)	6 (16.22)
Type de plaies			
Ulcère artériel	1 (5.26)	22 (25.00)	12 (32.43)
Escarre	2 (10.53)	20 (22.73)	6 (16.22)
MPP	4 (21.05)	14 (15.91)	2 (5.41)
Ulcère veineux	3 (15.79)	9 (10.23)	12 (32.43)
Stade de cicatrisation			
Totale	7 (53.81)	33 (49.25)	11 (35.48)
Partielle	2 (15.38)	16 (23.88)	10 (32.26)
Identique	1 (7.69)	3 (4.48)	4 (12.90)
Aggravée	0	1 (1.49)	1 (3.23)

i) Les sous-groupes suivant le stade d'infection de la plaie (tableau 11)

- Dans le sous-groupe « ostéite »

Ce groupe est composé de 54 patients : 27 hommes et 27 femmes. La moyenne d'âge est de 76.94 ans (fig.62).

Au niveau de l'autonomie, on retrouve 29 patients autonomes (53.70%), 17 grabataires (31.48%) et 8 en perte d'autonomie (14.81%).

Les types de plaies observés sont : 8 ulcères artériels (14.81%), 18 escarres (33.33%), 16 maux perforants plantaires (29.63%), 2 ulcères veineux (3.70%) (fig.65).

L'utilisation d'antibiotique est nécessaire pour 36 patients (66.67%) (fig.63).

Le taux de dénutrition est de 35.19% (19 patients) (fig.63).

Le taux de décès est de 25.93% (14 patients) (fig.63).

En ce qui concerne le stade de cicatrisation, 17 patients déclarent avoir cicatrisé totalement (42.50%), 9 partiellement (22.50%). La plaie est restée identique pour 5 (12.50%) et elle s'est aggravée pour un (2.50%) (fig.64).

L'état de santé général est estimé meilleur par 17 patients (42.50%), et pour 12 il y a une dégradation (30.00%).

- Dans le sous-groupe « plaie infectée »

Ce groupe est composé de 33 patients : 13 hommes et 20 femmes. La moyenne d'âge est de 81.52 ans (fig.62).

Au niveau de l'autonomie, on retrouve 18 autonomes (54.55%), 10 grabataires (33.30%) et 5 en perte d'autonomie (15.15%).

Les types de plaies observés sont : 15 ulcères artériels (45.45%), 3 escarres (9.09%), aucun mal perforant plantaire, 4 ulcères veineux (12.12%) (fig.65).

L'utilisation d'antibiotique est nécessaire pour 28 patients (84.85%) (fig.63).

Le taux de dénutrition est de 45.45% (15 patients) (fig.63).

Le taux de décès est de 30.30% (10 patients) (fig.63).

En ce qui concerne le stade de cicatrisation, 11 patients déclarent avoir cicatrisé totalement (47.83%), 4 partiellement (17.39%). La plaie est restée identique pour 2 patients (8.70%). Elle s'est aggravée pour un patient (4.35%) (fig.64).

L'état de santé général est amélioré pour 7 patients (30.43%) et il s'est dégradé pour 7 (30.43%).

- **Dans le sous-groupe « plaie colonisée »**

Ce groupe est composé de 45 patients : 17 hommes et 28 femmes. La moyenne d'âge est de 82.29 ans (fig.62).

Au niveau de l'autonomie, on retrouve 24 patients autonomes (53.33%), 8 grabataires (17.78%) et 13 en perte d'autonomie (28.89%).

Les types de plaies observés sont : 13 ulcères artériels (28.89%), 7 escarres (15.56%), 4 maux perforants plantaires (8.89%), 12 ulcères veineux (26.67%) (fig.65).

L'utilisation d'antibiotique est nécessaire pour 5 patients (11.11%) (fig.63).

Le taux de dénutrition est de 35.56% (16 patients) (fig.63).

Le taux de décès est de 20.00% (9 patients) (fig.63).

En ce qui concerne le stade de cicatrisation, 12 patients déclarent avoir cicatrisé totalement (33.33%), 13 partiellement (36.11%). La plaie est restée identique pour 2 patients (5.56%) et s'est aggravée pour 2 (5.56%) (fig.64).

L'état de santé général est amélioré pour 12 patients (33.33%) et il s'est dégradé pour 8 (22.22%).

- **Dans le sous-groupe « plaie contaminée »**

Ce groupe est composé de 20 patients : 5 hommes et 15 femmes. La moyenne d'âge est de 81.05 ans (fig.62).

Au niveau de l'autonomie, on retrouve 12 patients autonomes (60.00%), 2 grabataires (10.00%) et 6 en perte d'autonomie (30.00%).

Les types de plaies observés sont : 4 ulcères artériels (20.00%), 3 escarres (15.00%), 1 mal perforant plantaire (5.00%), 6 ulcères veineux (30.00%) (fig.65).

L'utilisation d'antibiotique est nécessaire pour aucun patient (fig.63).

Le taux de dénutrition est de 40.00% (8 patients) (fig.63).

Le taux de décès est de 20.00% (4 patients) (fig.63).

En ce qui concerne le stade de cicatrisation, 10 patients déclarent avoir cicatrisé totalement (62.50%), 4 partiellement (25.00%). La plaie est restée identique pour et ne s'est aggravée pour aucun patient (fig.64).

L'état de santé général s'est amélioré pour 6 patients (37.50%) et dégradé pour 6 (37.50%).

Figure 62 : Moyenne d'âge

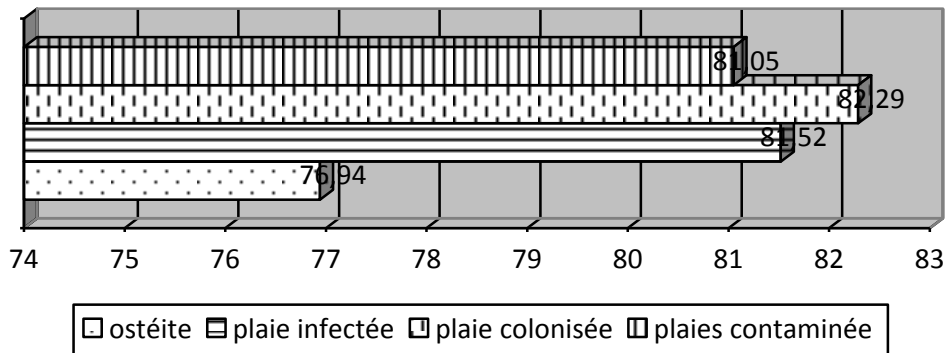
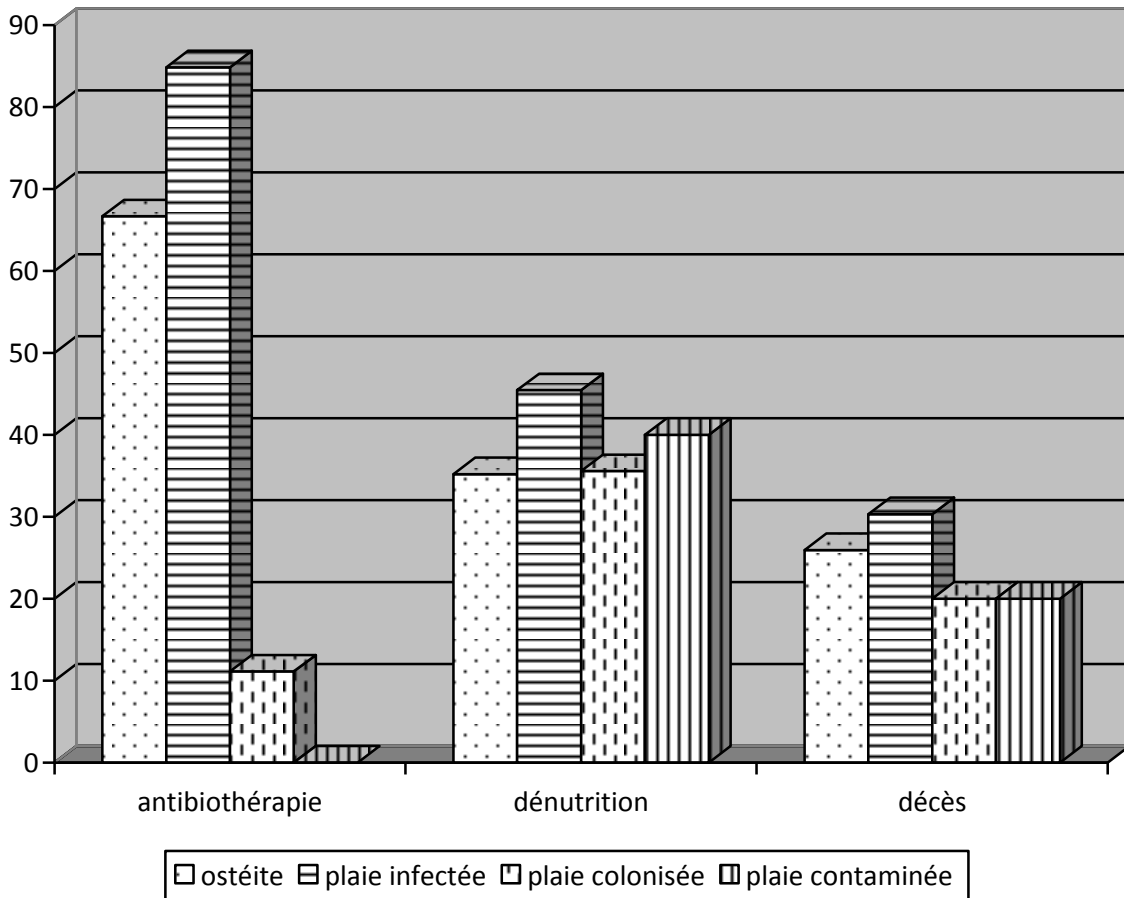


Figure 63 : Antibiothérapie / Dénutrition/ Décès (%)



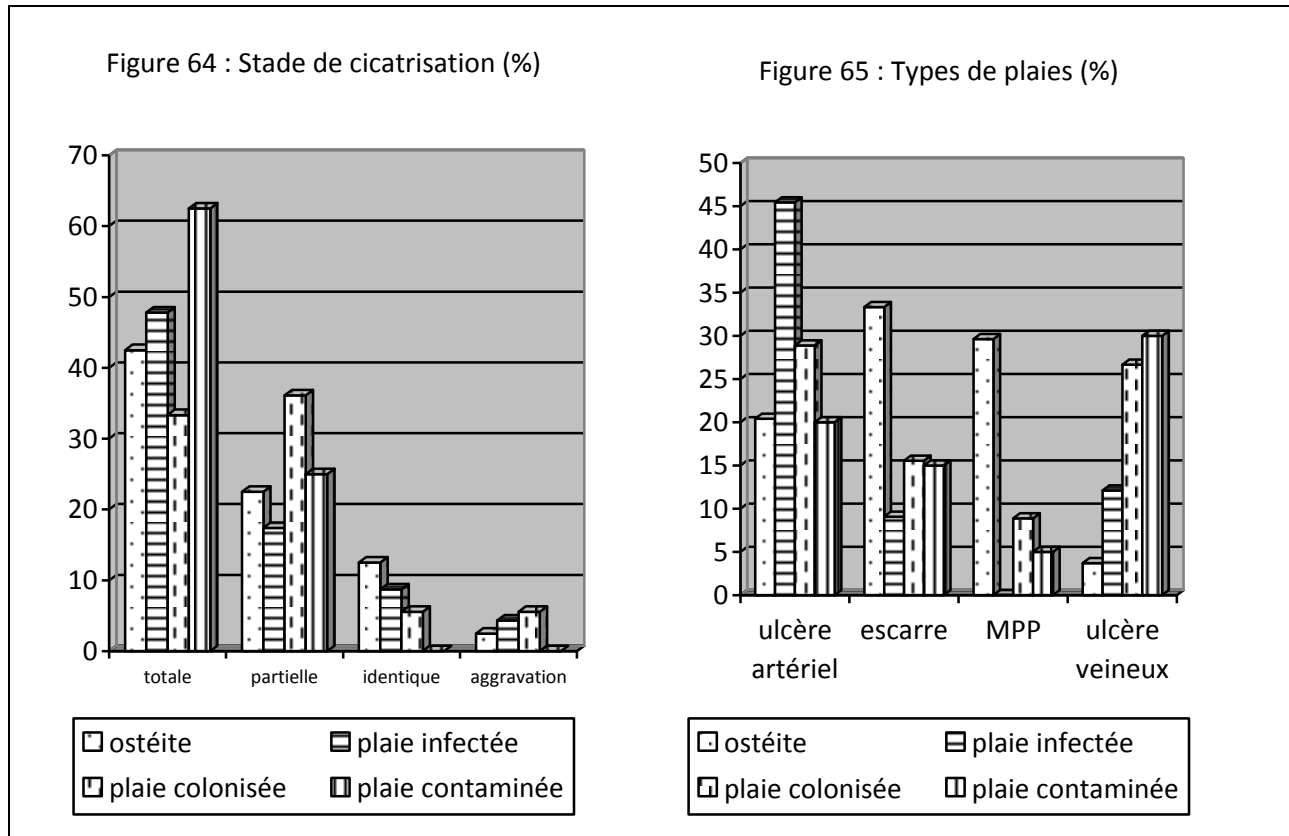


Tableau 11 : Récapitulatif des données des sous-groupes « stade d'infection de la plaie »

	Ostéite (%)	Plaie infectée (%)	Plaie colonisée (%)	Plaie contaminée (%)
Nombre de patients	54	33	45	20
Hommes	27 (50.00)	13 (39.40)	17 (37.78)	5 (25.00)
Femmes	27 (50.00)	20 (60.60)	28 (62.22)	15 (75.00)
Moyenne d'âge	76.94	81.52	82.29	81.05
Patients bénéficiant d'une antibiothérapie	36 (66.67)	28 (84.85)	5 (11.11)	0
Patients dénutris	19 (35.19)	15 (45.45)	16 (35.36)	8 (40.00)
Patients décédés	14 (25.93)	10 (30.30)	9 (20.00)	4 (20.00)
Types de plaies				
Ulcère artériel	8 (14.81)	15 (45.45)	13 (28.89)	4 (20.00)
Escarre	18 (33.33)	3 (9.09)	7 (15.56)	3 (15.00)
MPP	16 (29.63)	0	4 (8.89)	1 (5.00)
Ulcère veineux	2 (3.70)	4 (12.12)	12 (26.67)	6 (30.00)
Stade de cicatrisation				
Totale	17 (42.50)	11 (47.83)	12 (33.33)	10 (62.50)
Partielle	9 (22.50)	4 (17.39)	13 (36.11)	4 (25.00)
Identique	5 (12.50)	2 (8.70)	2 (5.56)	0
Aggravée	1 (2.50)	1 (4.35)	2 (5.56)	0

j) Les sous-groupes suivant le stade de cicatrisation de la plaie (tableau 12)

- Dans le sous-groupe « cicatrisation totale »

Ce groupe est composé de 51 patients : 18 hommes et 33 femmes. La moyenne d'âge est de 79.90 ans (fig.66).

On retrouve 33 patients autonomes (64.71%), 7 grabataires (13.73%) et 11 en perte d'autonomie (21.57%) (fig.68). Le taux de dénutrition est de 29.41%, soit 15 patients (fig.67).

Le type de plaies le plus fréquemment retrouvé est : 8 ulcères artériels (15.69%), 7 escarres (13.73%), 10 maux perforants plantaires (19.61%) et 11 ulcères veineux (21.57%) (fig.69).

Pour 17 patients, on retrouve une ostéite (33.33%). La plaie est infectée pour 11 patients (21.57%), colonisée pour 12 (23.53%) et contaminée pour 10 (29.61%).

- Dans le sous-groupe « cicatrisation partielle »

Ce groupe est composé de 30 patients : 13 hommes et 17 femmes. La moyenne d'âge est 77.53 ans (fig.66).

On dénombre 21 patients autonomes (70.00%), 3 grabataires (10.00%) et 6 en perte d'autonomie (20.00%) (fig.68). Le taux de dénutrition est calculé à 20.00% (6 patients) (fig.67).

Le type de plaie que l'on rencontre dans ce groupe est : 7 ulcères artériels (23.33%), 4 escarres (13.33%), 5 maux perforants plantaires (16.67%), 5 ulcères veineux (16.67%) (fig.69).

En ce qui concerne le stade de l'infection de la plaie, on dénombre 9 ostéites (30.00%), 4 plaies infectées (13.33%), 4 plaies contaminées (13.33%) et 13 plaies colonisées (43.33%).

- Dans le sous-groupe « cicatrisation identique »

On compte 9 patients : 2 hommes et 7 femmes. La moyenne d'âge est de 76.11 ans (fig.66).

On retrouve 5 patients autonomes (55.56%), 1 grabataire (11.11%) et 3 en perte d'autonomie (33.33%) (fig.68). Le taux de dénutrition est de 55.56% (5 patients) (fig.67).

Le type de plaies que l'on retrouve est : 4 ulcères artériels (44.44%), une escarre (11.11%), un mal perforant plantaire (11.11%), un ulcère veineux (11.11%).

Pour le stade de l'infection de la plaie, on compte 5 ostéites (55.56%), 2 plaies infectées (22.22%), 2 plaies colonisées (22.22%) et aucune plaie contaminée.

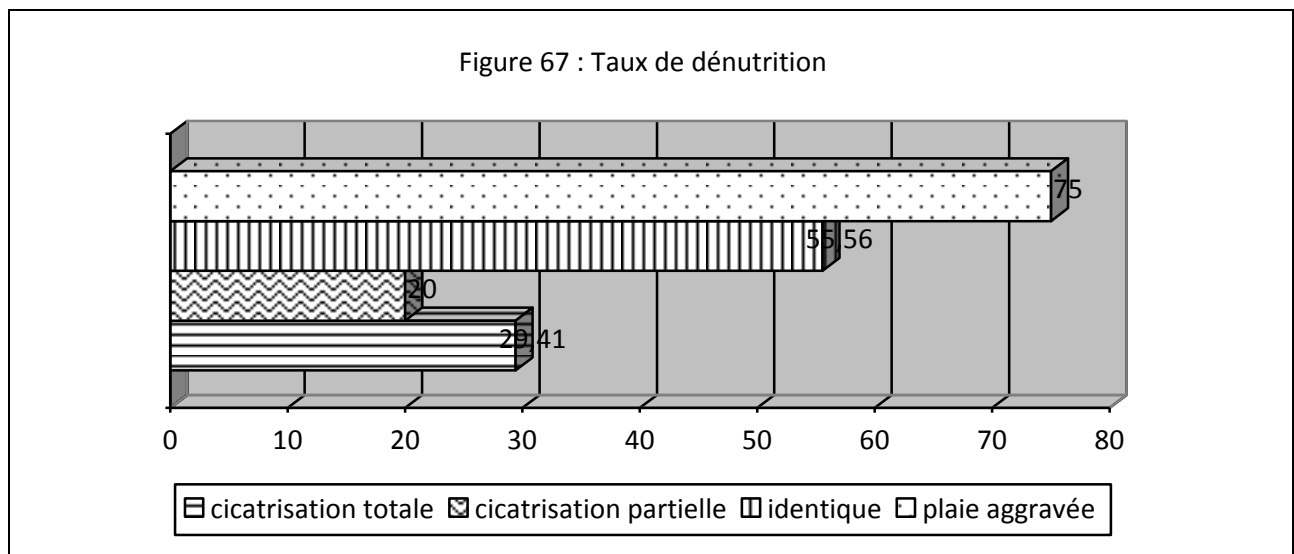
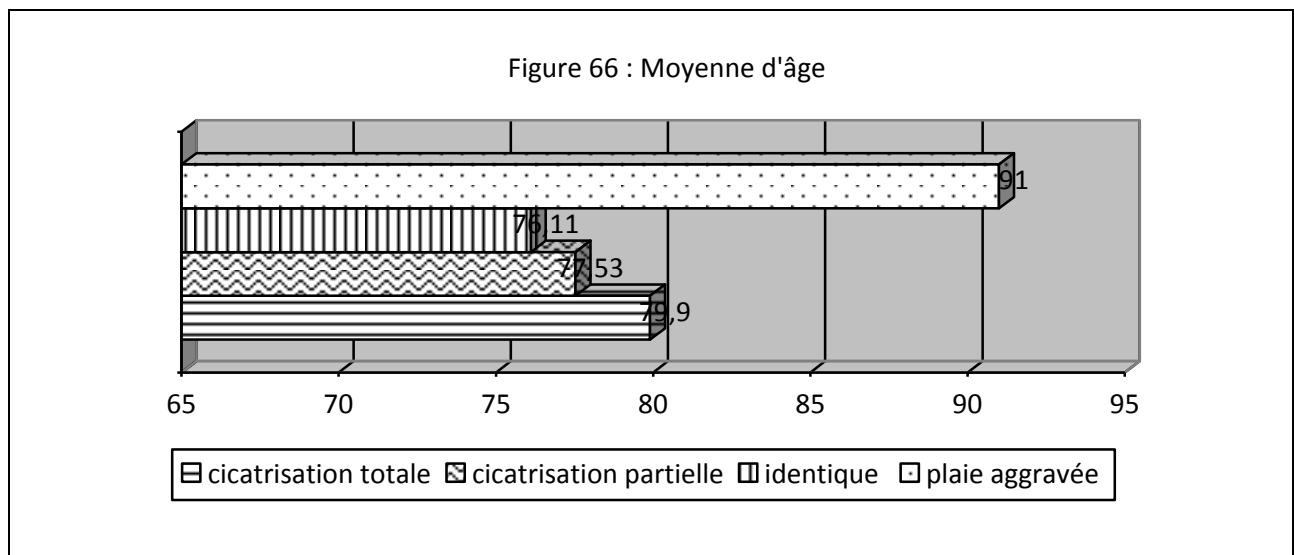
- Dans le sous-groupe « aggravation de la plaie »

On compte 4 patients : 1 homme et 3 femmes. La moyenne d'âge est de 91 ans (fig.66).

On retrouve 1 patient autonome (25.00%), 2 grabataires (50.00%) et 1 en perte d'autonomie (25.00%) (fig.68). Le taux de dénutrition est de 75.00% (3 patients) (fig.67).

Le type de plaies que l'on retrouve est : un ulcère artériel (25.00%), une escarre (25.00%), aucun mal perforant plantaire, un ulcère veineux (25.00%) (fig.69).

Pour le stade de l'infection de la plaie, on compte une ostéite (25.00%), une plaie infectée (25.00%), 2 plaies colonisées (50.00%) et aucune plaie contaminée.



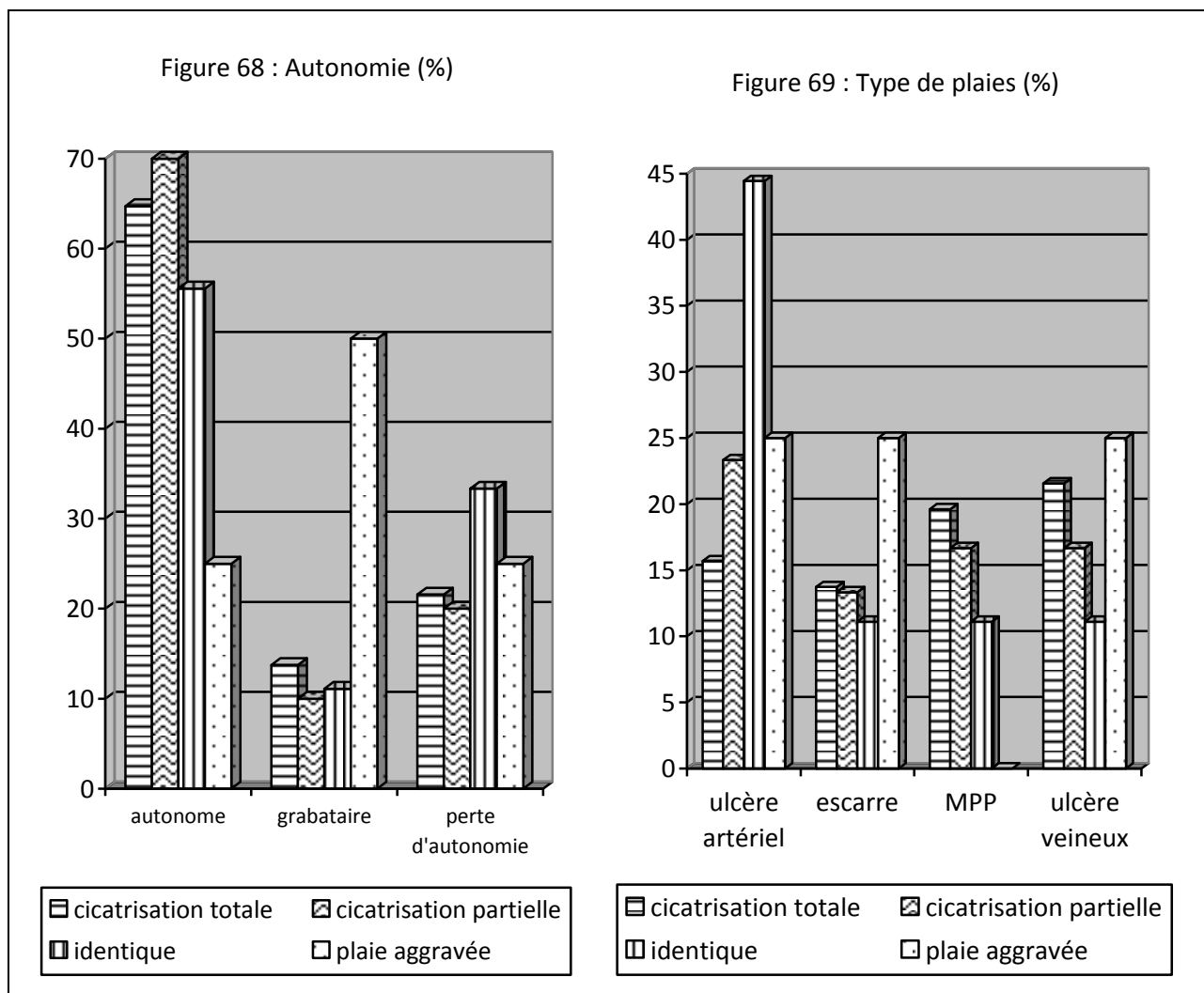


Tableau 12 : Récapitulatif des données des sous-groupes « stade de cicatrisation »

	Cicatrisation totale (%)	Cicatrisation partielle (%)	Plaie identique	Plaie aggravée
Nombre de patients	51	30	9	4
Hommes	18 (35.29)	13 (43.33)	2 (22.22)	1 (25.00)
Femmes	33 (64.71)	17 (56.67)	7 (77.78)	3 (75.00)
Moyenne d'âge	79.9	77.53	76.11	91
Dénutrition	15 (29.41)	6 (20.00)	5 (55.56)	3 (75.00)
Type de plaies				
Ulcère artériel	8 (15.69)	7 (23.33)	4 (44.44)	1 (25.00)
Escarre	7 (13.73)	4 (13.33)	1 (11.11)	1 (25.00)
MPP	10 (19.61)	5 (16.67)	1 (11.11)	0
Ulcère veineux	11 (21.57)	5 (16.67)	1 (11.11)	1 (25.00)

k) Les sous-groupes suivant l'évolution des douleurs

- Dans le sous-groupe « les douleurs ont diminué »

Ce groupe est composé de 72 patients : 44 femmes et 28 hommes dont la moyenne d'âge est de 79.5 ans.

On dénombre 44 patients autonomes (61.11%), 7 grabataires (9.72%) et 21 en perte d'autonomie (29.17%).

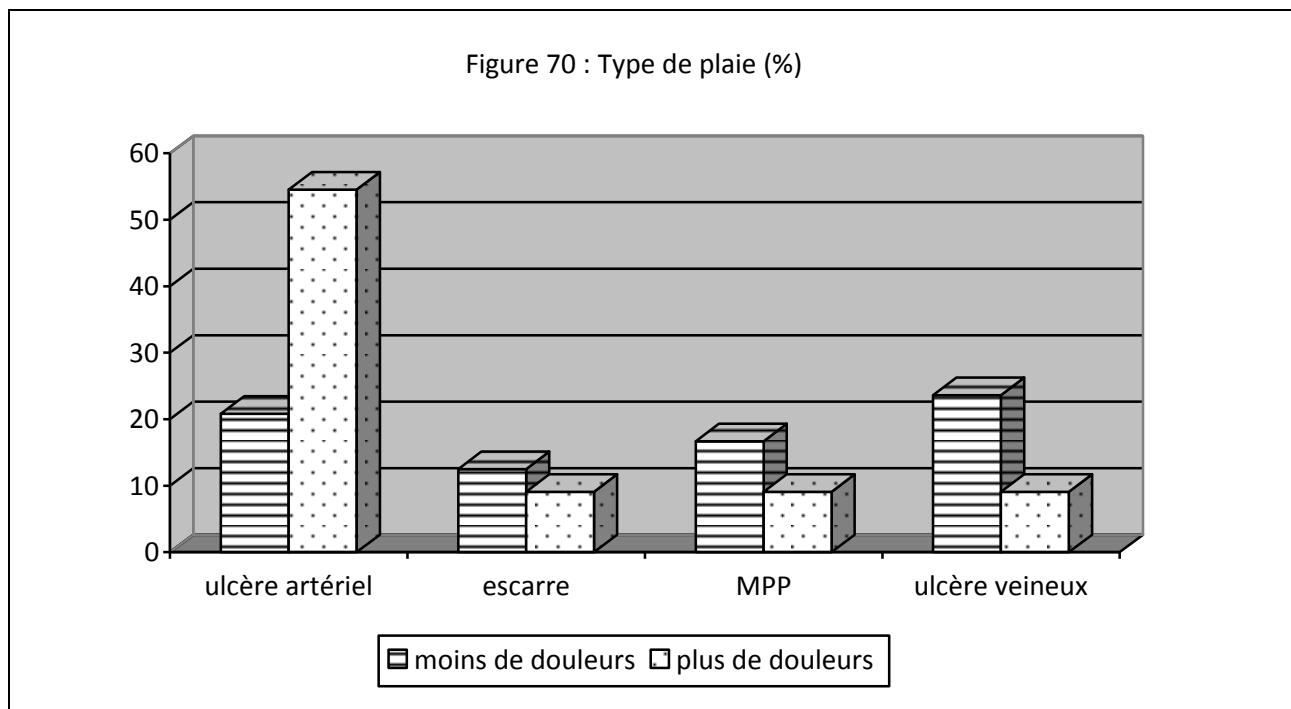
15 patients souffrent d'un ulcère artériel (20.83%), 9 d'une escarre (12.50%), 12 d'un mal perforant plantaire (16.67%), 17 d'un ulcère veineux (23.61%) (fig.70).

- Dans le sous-groupe « les douleurs ont augmenté »

Ce groupe est composé de 11 patients : 7 femmes et 4 hommes. La moyenne d'âge est de 76.45 ans.

On dénombre 6 patients autonomes (54.55%), 3 grabataires (27.27%) et 2 en perte d'autonomie (18.18%).

Le type de plaies concerné est : 6 ulcères artériels (54.55%), une escarre (9.09%), un mal perforant plantaire (9.09%), un ulcère veineux (9.09%) (fig.70).



I) Les sous-groupes concernant la confiance dans son état de santé

- Gain de confiance dans son état de santé

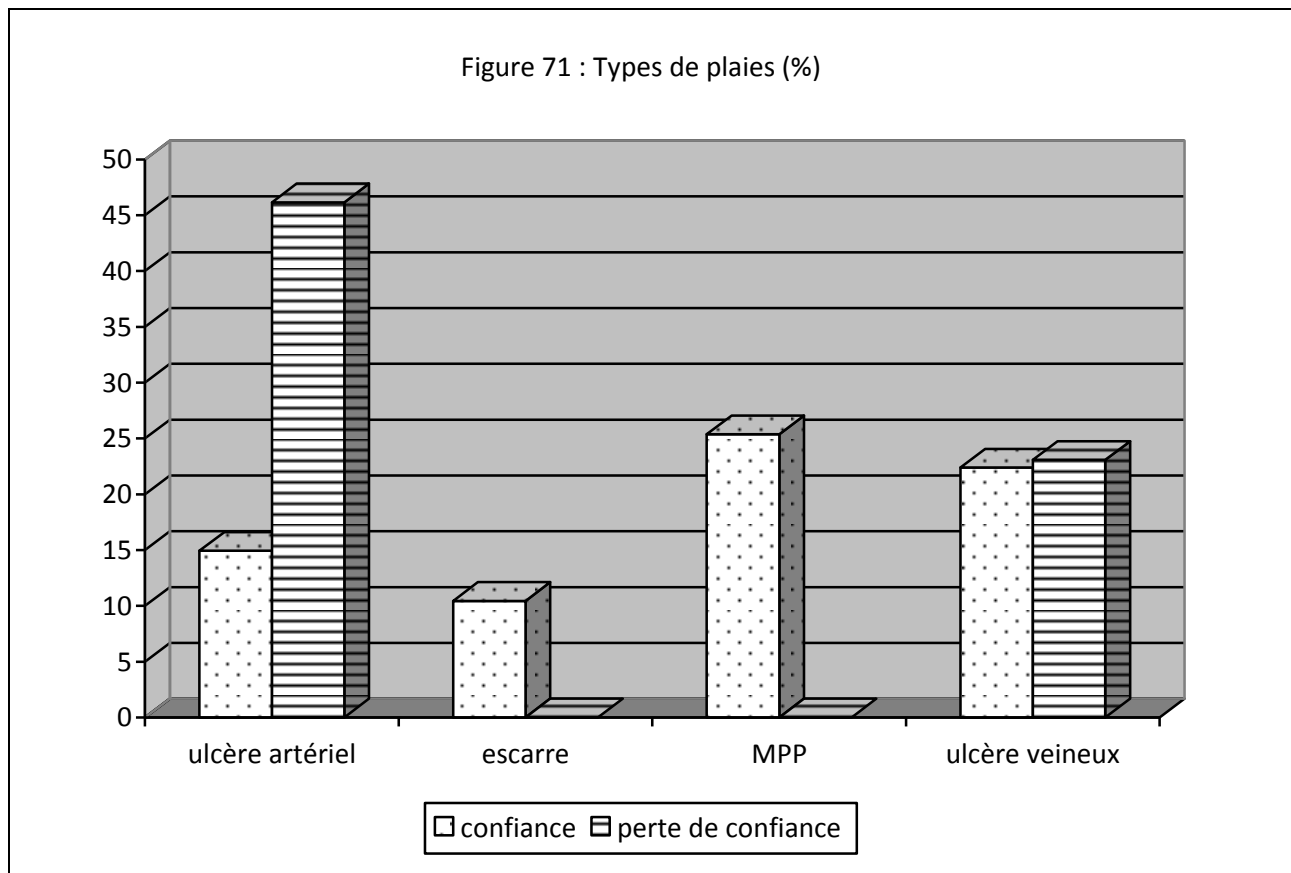
Ce groupe est composé de 67 patients : 40 femmes (59.70%) et 27 hommes (40.30%) dont la moyenne d'âge est de 77.75 ans.

On compte 10 patients présentant un ulcère artériel (14.93%), 7 escarres (10.45%), 17 maux perforants plantaires (25.37%) et 15 ulcères veineux (22.39%) (fig.71).

- Perte de confiance dans son état de santé

Ce groupe est composé de 13 patients : 8 femmes (61.54%) et 5 hommes (38.46%), dont la moyenne d'âge est de 79.77 ans.

6 patients souffrent d'un ulcère artériel (46.15%), 3 d'un ulcère veineux (23.08%) (fig.71).



IV. Discussion

L'analyse des résultats a mis l'accent sur différents points :

- Certains concernant l'objectif principal de la thèse : impact de la prise en charge de la plaie chronique par le CPC sur le médecin généraliste et son patient.
- D'autres concernant les objectifs secondaires : la population fréquentant le centre, les attentes et les besoins du CPC, des difficultés inattendues.
- Les limites et les points forts.

1. Analyses des résultats centrées sur l'objectif principal

a) Impact de la prise en charge de la plaie par le centre sur le médecin généraliste

- La satisfaction des médecins

Elle est évaluée à partir des taux de participation et de satisfaction relevés dans les questionnaires.

La participation des médecins généralistes, à 54.19%, plutôt au-dessus de la moyenne, témoigne de leur intérêt pour le centre.

En effet, Kaltoum LOUAHIDI en 2004 (15) et Sophie DARETHS-FABIER en 2011 (14), dans leurs thèses de médecine générale, rapportent un taux de participation des médecins généralistes entre 40 et 50%. Ce chiffre est confirmé par Catherine VAILLANT-ROUSSEL et Erik BERNARD dans la revue française de médecine générale (16).

Inversement, le taux d'abstention des médecins généralistes ou leur silence pourraient s'expliquer par :

- le manque de temps,
- le manque d'intérêt pour le thème de l'étude,
- l'impossibilité de répondre au questionnaire quand le patient est adressé par un autre professionnel de santé,
- des coordonnées erronées (fausse adresse, numéro de téléphone introuvable, erreur de référence de médecin généraliste).

Le taux de satisfaction, à 89%, est particulièrement encourageant.

En 2015, Maxime DELRUE rapporte un taux de satisfaction de 78.9% des médecins généralistes ; cette étude française concerne 14 médecins, interrogés sur la qualité de soins d'un hôpital de jour (17).

- Une prise en charge libérale complexe

Face à une plaie chronique, l'organisation des soins par le médecin généraliste est complexe. Elle comporte plusieurs étapes dont :

- La demande d'avis auprès de confrères spécialistes.
- Et l'élaboration d'un protocole de soins conseillé par un ou plusieurs spécialistes : pansement, IDE, examens complémentaires, prise en charge médicamenteuse.

✓ *L'avis auprès d'un confrère spécialiste*

54 % des médecins généralistes interrogés ont eu recours à l'avis d'un médecin spécialiste dans le contexte d'une plaie chronique. 46 %, soit près de la moitié des médecins, n'ont pas jugé nécessaire cette demande, les raisons qui peuvent être évoquées sont :

- La banalisation de la plaie : « le patient présente cette plaie depuis des mois, mais c'est fréquent et c'est souvent difficile ».
- La méconnaissance de la pathologie, qui nécessite l'intervention de plusieurs spécialités et le manque de formation.
- La place laissée au seul professionnel familiarisé avec la plaie dans le milieu libéral, l'IDE.
- La difficulté pour le médecin à savoir vers qui se tourner : un chirurgien vasculaire, un angiologue, un dermatologue, un infectiologue, un diabétologue ?

Quand un avis spécialisé est demandé, dans 54% des cas il s'agit d'un médecin vasculaire (38% chirurgien vasculaire et 16% angiologue). La fréquence des plaies vasculaires en est probablement la raison. Rappelons que la prévalence des plaies d'origine vasculaire de 43.23% (ulcères artériels + ulcères veineux + ulcères mixtes), dans cette étude.

D'autres spécialistes sont sollicités. Les médecins généralistes ont recours à un service de diabétologie dans 16% des cas. Le taux de mal perforant plantaire est de 13.55% et 39.35% des patients inclus sont diabétiques. Le recours à l'avis d'un diabétologue est nécessaire, non seulement pour l'équilibre du diabète, indispensable à une bonne cicatrisation, mais aussi pour la prise en charge de la plaie en elle-même, ces professionnels étant sensibilisés à la prise en charge globale du diabétique : suivi vasculaire, surveillance de la fonction rénale, importance de l'éducation thérapeutique du patient, mise en place d'une décharge, particularités des soins de la plaie dans leur formation. Les services de diabétologie développent des centres « pied du diabétique » (12).

L'avis d'un dermatologue est nécessaire dans 15% des cas pour le médecin généraliste. Spécialiste de la peau, il est en première ligne pour le diagnostic de la plaie ainsi que pour le protocole de pansement à établir.

La synthèse des avis demandés à chaque médecin spécialiste libéral, en l'absence d'interdisciplinarité, multiplie les protocoles sans parvenir à une conduite commune. Le médecin généraliste, l'IDE et le patient peuvent se sentir noyés dans la multitude d'avis et d'informations.

Le CPC regroupe toutes ces compétences et peut ainsi coordonner les décisions thérapeutiques.

L'hospitalisation dans le centre conduit à l'élaboration d'un protocole de soins et une prise en charge pluridisciplinaire, en une durée réduite de 13 jours en moyenne (gain de temps pour le patient). La coordination des avis y est facilitée et plus rapide qu'en ambulatoire.

✓ *Le protocole de soins avant l'hospitalisation*

Seulement 71% des médecins généralistes interrogés sont au courant de l'existence d'un protocole de soins pour leur patient.

25% des patients n'auraient pas de protocole de soins pour leur plaie, ce chiffre étonnamment élevé pourrait s'expliquer par le fait que :

- soit ce protocole établi par un médecin spécialiste, n'est pas connu du généraliste (communication insuffisante),
- soit le protocole de pansement est décidé par l'IDE à domicile.

Dans le cas où le protocole est établi, pour 63.10% des médecins (n=53) il s'agit de la prescription d'un type de pansement.

Pour 29.76% des médecins (n=25), le protocole comporte la prescription d'examens complémentaires, à visée étiologique, ayant pour conséquences des orientations thérapeutiques différentes. Ils ne sont prescrits que par moins d'un tiers des médecins interrogés. Ceci porte à penser qu'il est nécessaire de mettre l'accent sur l'importance de considérer la plaie de façon globale avec cette recherche étiologique, au cours d'une formation ou de la formation des médecins généralistes.

Pour 13.10% des médecins (n=11) le protocole comporte la réalisation d'un geste chirurgical. Lors de l'hospitalisation dans le centre, 19.35% des patients (n=30) ont bénéficié d'une chirurgie. Faire un geste chirurgical est plus facile à mettre en œuvre en milieu hospitalier et explique cette différence.

Dans seulement 11.90% des cas (n=10), le médecin généraliste se préoccupe de l'équilibre du diabète. Tous les patients ne sont pas diabétiques, mais rappelons que, dans cette étude, près de 40% des patients le sont (n=61), ce qui signifie que dans plus de la moitié des cas l'équilibre glycémique est négligé. Cet aspect du traitement de la plaie, nécessaire à la cicatrisation et à l'efficacité du traitement de l'infection est trop souvent négligé. Le médecin généraliste devrait y être sensibilisé.

Seul 7.14% des médecins (n=6) se soucient de la décharge, condition essentielle de la cicatrisation de la plaie plantaire, aspect du traitement trop souvent ignoré ou oublié.

Le protocole de soins d'une plaie chronique est complexe et long :

- Choix des pansements.
- Réalisation d'examens complémentaires divers.
- Equilibre du traitement antalgique.
- Demande d'avis auprès de spécialistes.
- Prise en charge chirurgicale éventuelle.
- Réalisation de plusieurs prélèvements bactériologiques profonds.
- Choix et mise en place d'une antibiothérapie adaptée.
- Equilibre du traitement diabétique pour certains patients.
- Evaluation et traitement de la dénutrition.
- Confection d'une chaussure de décharge ou réflexion autour de la décharge d'une plaie (escarre sacrée, de la hanche, du coude ...).

Dans la pratique libérale, prendre en considération ces différentes étapes est lourd pour le patient et difficile à coordonner pour le médecin généraliste. Dans le cadre du CPC, 13 jours en moyenne sont nécessaires à cette prise en charge.

Le centre devrait s'inscrire dans le parcours de soins de la prise en charge d'une plaie chronique.

• Les points forts du centre rapportés par les médecins généralistes

L'analyse des résultats fait ressortir majoritairement 2 actions du CPC, les plus fréquemment citées, utiles aux médecins généralistes :

- Des avis spécialisés et pluridisciplinaires.
- L'établissement d'un protocole de soins clair (voir commentaire 7^e question p.35).

La concentration des spécialités au sein du centre simplifie la démarche diagnostique et thérapeutique. La mise en place d'un protocole de soins clair et d'un suivi au long cours rassure le médecin généraliste.

Le CPC aurait atteint son objectif auprès des médecins généralistes comme ils le soulignent dans les réponses au questionnaire.

Le centre est une réponse à leurs attentes dans le cas de situations compliquées aux contextes difficiles (patients grabataires difficilement transportables par exemple).

b) Impact de la prise en charge de la plaie par le centre sur le patient

L'évaluation de l'impact du CPC sur le patient est réalisée à partir du taux de cicatrisation et de l'amélioration des critères de la qualité de vie des patients.

• Le taux de cicatrisation

Selon les réponses enregistrées, 4 à 12 mois après le séjour, la cicatrisation est :

- Totale pour 48.57% des patients.
- Partielle pour 28.57% des patients.

La prise en charge de la plaie dans ce centre a amélioré la cicatrisation pour les $\frac{3}{4}$ des patients (77.14%) précédemment en échec depuis en moyenne 11mois.

Pour le quart, restant soit la plaie est identique (8.57% des patients), soit elle s'est aggravée (3.81%), ou une nouvelle plaie est apparue (10.47%), dans ces 3 cas, le suivi du patient au CPC est maintenu.

Il n'a pas été possible de déterminer un temps de cicatrisation dans la mesure où la date de guérison de la plaie n'a pas pu être recueillie. Toutefois, on retient que, en 4 à 12 mois, la cicatrisation a été obtenue totalement ou partiellement pour $\frac{3}{4}$ de la population. Il est difficile de comparer les taux de cicatrisation de notre étude avec ceux rencontrés dans la littérature, le recueil des données de l'enquête n'étant pas réalisé dans un délai défini après la sortie du patient.

Cependant, on remarque que, ne serait-ce que pour les ulcères veineux, le taux de cicatrisation totale est de 52.38% (cicatrisation partielle = 23.81%) dans un délai entre 4 et 12 mois, comparé à :

- Moffatt en 1992, qui rapporte un taux de cicatrisation de 81% après 6 mois de soins,
- Bosanquet en 1993, retrouve un taux de cicatrisation de 80% à 12 semaines,
- Et en 1996, Lambourne un taux de cicatrisation de 68% à 24 semaines (4).

Quand on compare les sous-groupes « patients ayant cicatrisés » et « patients dont la plaie s'est aggravée », on constate que dans le premier groupe :

- Les patients sont plus jeunes : l'âge est un facteur de retard de cicatrisation important puisque la cicatrisation y semble être caractérisée par une diminution de la réponse inflammatoire et de la prolifération des fibroblastes. La synthèse et la dégradation du collagène sont moindres. La phase inflammatoire est retardée ainsi que l'épithélialisation (23).
- Le taux de dénutrition est plus faible, on en connaît le rôle majeur dans le processus de retard à la cicatrisation. Les carences protéino-énergétiques provoquent une altération de toutes les phases de la cicatrisation (prolifération des fibroblastes, angiogénèse, synthèse et

remodelage du collagène) et une altération de la phagocytose (augmentation du risque infectieux) (25).

- L'autonomie est améliorée.

L'étude permet de constater que :

- Plus les plaies sont récentes, plus le taux de cicatrisation totale est important, Il faut insister sur la précocité de la prise en charge de la plaie qui éviterait le développement du biofilm, une des causes du retard à la cicatrisation (annexe 1) (51).
- Cependant en considérant la totalité des plaies cicatrisées totalement et partiellement, l'ancienneté n'influence pas le taux de cicatrisation. Quel que soit l'ancienneté de la plaie, le taux de cicatrisation (totale + partielle) est le même (63%). La prise en charge multidisciplinaire serait bénéfique quelle que soit l'âge de la plaie.

• Amélioration de la qualité de vie des patients

Elle est évaluée sur le taux de participation des patients à répondre au questionnaire, sur l'appréciation de leur état de santé général, les diminutions de la douleur, l'amélioration de leur degré d'autonomie, la confiance dans les soignants et dans leur état de santé, la qualité du sommeil et les loisirs pratiqués.

✓ *Le taux de participation des patients*

Le taux de participation des patients à cette enquête est de 67.75% (n=105). Ce taux est ramené à 90.52%, après exclusion des 25.16% de patients décédés. Par ce chiffre, il apparait que les patients se sentent concernés. Le taux de satisfaction des patients n'a pas été évalué. Mais tous les patients joints par téléphone ont voulu participer à ce travail de recherche. La grande majorité était très enthousiaste et heureuse de voir qu'on prenait de leur nouvelle. L'accueil fut à chaque fois très chaleureux, même dans les situations complexes de fin de vie par exemple.

✓ *L'état de santé général*

40% des patients déclarent avoir un meilleur état de santé général. Probablement, la diminution des douleurs, liée à la cicatrisation de la plaie, engendre une meilleure autonomie et un état psychologique plus serein. Tout ceci influence positivement l'idée que le patient se fait de son état de santé.

✓ *La douleur*

Les douleurs liées à la plaie ont diminué dans 68.57% des cas (près de 7 patients sur 10).

L'efficacité dans la prise en charge de la douleur est probablement le résultat de :

- L'obtention de la cicatrisation (48.57% des cas).
- L'adaptation rapide du traitement antalgique : malgré les recommandations de l'HAS (4) à évaluer et anticiper les douleurs induites par les plaies, précisant qu'elles sont le symptôme le plus souvent associé aux plaies, la mise en place d'un protocole antalgique avant l'hospitalisation n'atteint qu'un taux de 16.67% (14 médecins sur 84 l'ont considérée).

Ainsi au cours de l'hospitalisation, dans 61.94% des cas (n=96) le palier antalgique est majoré, dans 30.32% des cas (=47) un morphinique est introduit et au total 40.00% des patients sont placés sous morphine ou dérivé morphinique (n=62).

Dans son étude publiée dans le *Journal des plaies et cicatrisation* de mars 2010 et menée auprès de médecins généralistes, Sylvie MEAUME fait état de résultats superposables à l'étude. Les douleurs de niveau modéré à intense sont présentes pour 66.5% des patients porteurs de plaie. 60% des patients porteurs de plaie sont traités par un antalgique et 14.5% des prescriptions concernent un palier 3 (18).

Seulement 16.67% des médecins généralistes interrogés (n=14) ont équilibré le traitement antalgique de leur patient.

Les raisons avancées à cette « sous-médication antalgique » des patients porteurs de plaie chronique seraient :

- La peur de la dépendance aux morphiniques.
- L'accès plus difficile à la délivrance des morphiniques en secteur libéral par rapport au secteur hospitalier (pharmacie hospitalière, support de la prescription).
- La difficulté à surveiller les effets indésirables et leur prise en charge en secteur libéral, alors qu'en milieu hospitalier, la présence d'une équipe 24h/24 et le recours possible à un algologue en facilitent l'action.

Pourtant un patient sur 10 déclare avoir ressenti une augmentation de la douleur, et 2 sur 10 ne pas avoir d'amélioration, ce qui rejoint les observations de Sylvie MEAUME selon laquelle 28% des patients ne considèrent pas être soulagés par le traitement antalgique (18).

Guy CHATAP dans son travail sur la prise en charge non médicamenteuse rapporte l'intérêt d'approfondir d'autres types d'approche de la douleur comme les thérapies cognitives et comportementales (sophrologie, art-thérapie) et l'ergothérapie (19).

Il apparaît nécessaire de sensibiliser les médecins généralistes, les soignants en général, à la prise en charge de la douleur dans le traitement d'une plaie chronique que ce soit, la douleur de la plaie en elle-même ou la douleur déclenchée par le soin.

✓ *L'autonomie : déplacements et actes de la vie courante*

L'amélioration des déplacements concerne 26.67% de la population étudiée et l'amélioration dans la réalisation des actes de la vie courante concerne 25.71% des patients. Ces taux relativement faibles, compte tenu du taux de cicatrisation, peuvent s'expliquer par la fragilité de la population étudiée (voir chapitre « une population fragile confirmée par un taux de décès important »).

La cicatrisation de la plaie ne permet pas toujours de retrouver l'autonomie perdue, toutefois un patient sur 4 déclare se déplacer avec plus de facilités.

✓ *La confiance dans l'état de santé et dans les professionnels de santé*

63.81% des patients interrogés estiment avoir confiance dans leur état de santé, élément important dans la guérison, en particulier en cas de maladie chronique. A fortiori, la guérison de la plaie obtenue suite à l'hospitalisation améliore probablement ce sentiment de confiance.

76.19% des patients ont confiance dans les équipes soignantes (libérales et hospitalières) pour la prise en charge de leur plaie, un point majeur pour la cicatrisation.

La Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations confirme que « une bonne communication dans le soin permet de mobiliser les ressources propres au soigné, de dynamiser son potentiel physiologique à cicatriser (ne pas oublier que les mécanismes de la cicatrisation sont en lien étroit avec le système immunitaire et que celui-ci peut être stimulé par l'attitude positive, constructive voire combative du patient) » (20).

L'éducation thérapeutique du patient fait partie du projet de l'équipe du CPC, afin d'améliorer l'adhésion du patient aux soins et aux protocoles

Matthias AUGUSTIN et coll. écrivent qu'il est nécessaire d'adopter une « démarche commune », qui exige :

- Une collaboration avec le patient vivant avec une plaie, afin d'identifier et de régler ses problèmes.
- Une observance des traitements en développant l'autonomie des patients et en permettant à ces derniers de faire leur propre choix.
- Un traitement efficace fondé sur une prise de décisions conjointes avec le patient (21).

✓ *Le sommeil*

Malgré des améliorations concernant la douleur, l'état de santé général et la cicatrisation de la plaie, seulement 22.86% des patients ont eu un sommeil de meilleure qualité. Mais le sommeil est une entité à part et son traitement fait appel à la prise en compte de multiples facteurs dont l'état psychologique et l'histoire de l'individu.

✓ *Les loisirs*

Les envies de loisirs ont augmenté pour un patient sur 4 (24.76%). La cicatrisation de la plaie a permis de lever des contraintes laissant plus de place à des projets de loisirs. En effet les douleurs chroniques, les odeurs, les sensations d'écoulement de la plaie peuvent déranger le patient et l'empêcher de se focaliser sur autre chose (21).

Les patients souffrant d'une plaie chronique passent parfois plusieurs heures au lit ou assis, sans s'occuper. Ce manque d'activité engendre un sentiment d'isolement et de dépression (21). Le gain obtenu sur la pratique de loisirs est un résultat intéressant de la prise en charge de la plaie au centre.

2. Analyses des résultats : objectifs secondaires

L'analyse des résultats a amené des éléments qu'il nous a semblé intéressant de réunir sous le nom d'objectifs secondaires :

- Les caractéristiques de la population étudiée.
- Les attentes des médecins généralistes, les améliorations à apporter au CPC.
- Des chiffres inattendus concernant la mise en place d'une antibiothérapie et la prise en charge des ulcères artériels, permettant d'ouvrir des perspectives.

a) *Caractéristiques de la population étudiée*

- Une population fragile confirmée par un taux de décès important

✓ *L'âge*

La population est âgée, sa moyenne d'âge est de 80.30 ans.

D'après l'INSEE, en France, l'espérance de vie d'un homme de 80 ans est de 8 ans et 4 mois (8,33 ans). L'espérance de vie d'une femme de 80 ans est de 10 ans et 7 mois (10,56 ans) (22).

L'âge est un facteur de retard de cicatrisation important : diminution de la réponse inflammatoire, de la prolifération des fibroblastes, de la synthèse du collagène et de sa dégradation, ainsi qu'un retard à la phase inflammatoire et à l'épithélialisation (23).

Il existe donc un réel intérêt à raccourcir le délai de cicatrisation.

✓ *La provenance*

Les patients viennent principalement de leur domicile (63.23%).

Le centre pourrait être intégré dans le parcours de soins, finalisant un travail de coopération entre le centre et le médecin généraliste pour les patients souffrant de plaies chroniques.

18.71% proviennent d'un EHPAD.

La provenance d'un autre établissement est de 18.06%, et le médecin généraliste n'en a pas toujours été informé, excluant le patient du parcours de soin. Cela constitue une perte d'information et compromet probablement la cohésion du dossier du patient.

✓ *L'autonomie*

45.16% des patients sont grabataires ou en perte d'autonomie, soit près d'un patient sur 2.

Les plaies peuvent induire une diminution de l'autonomie (patient souffrant d'un ulcère ou d'un mal perforant plantaire). Inversement les plaies peuvent être une conséquence de la perte d'autonomie et de la grabatisation (plaies post-chute ou escarres).

Un rapport d'expertise ANAES a montré que 30% des patients en soins palliatifs présentent des escarres (24).

Pour les patients autonomes restants soit 54.84%, traiter rapidement la plaie évitera une éventuelle évolution vers une perte d'autonomie.

✓ *Les antécédents*

Seuls les antécédents pouvant avoir un lien avec la plaie du patient ont été retenus.

76.13% des patients présentent au moins un antécédent cardiovasculaire, soit les $\frac{3}{4}$ des patients. Ce chiffre très élevé concorde avec l'âge de la population et explique le taux élevé d'ulcères d'origine vasculaire (43.23%).

L'examen cardio-vasculaire annuel (palpation des pouls, auscultation) doit être rappelé dans la pratique des cabinets, complété par les explorations paracliniques.

Le diabète concerne 39.35% des patients, soit près de 4 patients sur 10. Cette pathologie est très souvent associée à un problème vasculaire : 80% des diabétiques présentent au moins un antécédent cardiovasculaire. Cette population est à risque vasculaire et infectieux, il s'agit des maux perforants plantaires (29.51%) et des ulcères artériels (32.79%).

A ce propos, il faut souligner la nécessité d'une démarche de prévention auprès des patients et des médecins généralistes (chaussage, examen des pieds, soins de pédicurie, podologie) et d'échanges avec des professionnels paramédicaux (podologue, pédicure, podoorthésiste).

16.13% des patients présentent des troubles cognitifs, en relation avec la moyenne d'âge de la population étudiée. Dans ce groupe, le taux d'aggravation des plaies est nettement supérieur à celui de la population générale et les taux de cicatrisation totale et partielle sont inférieurs. La plupart de ces patients ne peuvent adhérer intégralement au protocole de soins, difficulté supplémentaire pour le personnel soignant et médical. Lorsque les patients participent de façon active à leurs propres soins, les résultats s'améliorent (21).

✓ *La dénutrition*

Le taux de dénutrition est de 38.06%. La dénutrition joue un rôle majeur dans le processus de retard à la cicatrisation. Les carences protéino-énergétiques provoquent une altération de toutes les phases de la cicatrisation (prolifération des fibroblastes, angiogénèse, synthèse et remodelage du collagène) et une altération de la phagocytose (augmentation du risque infectieux) (25).

Il faut sensibiliser les médecins au dépistage de la dénutrition, même si la pesée d'un patient et le calcul de son IMC ne sont pas toujours évidents à réaliser au cabinet (les nouveaux logiciels patients intègrent l'IMC dans le dossier). Le dosage de l'albumine peut être de pratique courante et informatif sur l'état nutritionnel du patient (13).

✓ *L'ancienneté de la plaie*

L'âge moyen de la plaie relevé, est de 328.5 jours soit près de 11 mois. Ce chiffre très important est à relativiser compte tenu des valeurs extrêmes :

- Certains patients n'arrivent pas à dater l'apparition de leur plaie précisément, ils répondent « quelques mois » « quelques temps » et ne rentrent pas dans la statistique.
- Certaines plaies sont présentes depuis plus de 10 ans.

Selon les patients, plus d'une plaie sur deux (56.77%) est ancienne de 1 à 6 mois. Et près d'un quart (23.87%) des plaies datent de plus de 6 mois.

Or l'analyse des réponses des médecins généralistes rapporte un taux de plaie chronique à 80% : 46% des plaies dateraient de 1 à 6 mois et 35% des plaies de plus de 6 mois.

Cette discordance des chiffres entre le médecin et le patient reflète la difficulté de la tenue d'un dossier patient dans le cadre d'une pathologie complexe nécessitant le recours à des soignants de disciplines différentes. La prise en charge par une équipe pluridisciplinaire de ce type de pathologies dès le départ est une solution à la constitution d'un dossier commun et synthétique.

Dans tous les cas, les plaies sont souvent anciennes (moyenne à 328.5 jours, 23.87% plus de 6 mois) et témoignent d'un échec de prise en charge. Il faut changer les comportements pour réduire le délai de cicatrisation et diminuer ainsi le risque de complications (absence de cicatrisation, risque infectieux, transformation néoplasique), notion confirmée au cours d'une Conférence de Consensus International en 2012, traitant de l'optimisation du bien-être des personnes vivant avec une plaie (21).

✓ Le taux de décès

Le taux de décès est de 25.16%, soit 1 patient sur 4. Les patients ont été contactés dans les 4 à 12 mois après leur hospitalisation et les décès ont été enregistrés dans ce laps de temps.

Ce taux de décès s'explique par :

- Les caractéristiques de la population : population fragile, avec une moyenne d'âge élevée (80.30 ans) atteinte de comorbidités la plupart du temps responsables du décès (antécédent de diabète, maladies cardiovasculaires, maladies neurodégénératives, etc...)
- Les plaies en elles-mêmes : la présence d'une ulcération est un facteur de surmortalité dans la population diabétique avec un risque de décès multiplié par 2,4 par rapport à un diabétique indemne de plaie (26). Pour les patients souffrant d'une escarre, le risque de mortalité est multiplié par 3 à 5 chez le sujet âgé (7).

• Les plaies

Elles sont abordées dans l'ordre décroissant de leur fréquence dans la population étudiée.

✓ *Les ulcères artériels*

L'ulcère artériel est le type de plaie le plus représenté dans cette étude ; le taux est de 25.81%, soit ¼ des patients. C'est dans ce sous-groupe que la population est la plus âgée (83.1ans). Les taux de dénutrition et de décès sont supérieurs à la moyenne de cette étude. Ce sous-groupe concerne tout particulièrement une population fragile pour lequel la cicatrisation est un enjeu important.

Le bilan vasculaire et une prise en charge rapide sont essentiels.

Ce type de plaie fait l'objet d'une discussion à part entière (p.93).

✓ *Les escarres*

20% des patients de l'étude présentent une escarre. Dans ce sous-groupe, les taux de grabatisation (70.97%), de dénutrition (54.84%) et de décès (45.16%) sont les plus élevés. Dans la littérature, est annoncé un risque de mortalité multiplié par 3 à 5 pour les patients présentant une escarre (7). Cette population est donc très fragile et à risque. Il faut noter que dans la plupart des cas, les patients qui nous sont adressés, présentent une escarre stade 4, le stade le plus avancé avec un contact osseux. Dans ce contexte l'ostéite est très fréquemment présente rendant une antibiothérapie nécessaire.

Peu de services d'hospitalisation acceptent ce genre de patient pour le traitement de l'escarre (hormis les services de gériatrie). Les soignants et le médecin généraliste se retrouvent ainsi dans une impasse et isolés, que le patient soit dans un EHPAD ou à son domicile.

Le centre accepte ce type de patient.

Même si les personnes présentant des escarres sont souvent des personnes âgées (50% des escarres survenant chez des patients de plus de 80 ans), d'autres patients sont aussi susceptibles de développer des escarres : les paralysés (17.0%), les diabétiques (13.4%), les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (10.3%) et les post-AVC (6.7%) (27).

Dans le centre, le taux de cicatrisation des escarres rejoint le taux concernant les autres types de plaies. On peut dire que la prise en charge des escarres, atteignant ces populations très affaiblies, y est améliorée par à une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire.

Un travail de prévention en amont pour lutter contre la dénutrition et l'apparition de ces escarres est à envisager.

On comprend alors que l'escarre doit être considérée comme une urgence thérapeutique. La cicatrisation dirigée doit être envisagée dès son apparition.

✓ *Les ulcères veineux*

L'ulcère veineux tient une place importante puisqu'il concerne 15.48% des patients. La moyenne d'âge est légèrement inférieure à la moyenne de la population étudiée. Les taux de patients grabataires (0%), dénutris (12.50%) et de décès (12.50%) sont très faibles par rapport au reste de la population.

Cette population est donc moins fragile en théorie que la population souffrant d'escarre et d'ulcère artériel.

✓ *Les maux perforants plantaires diabétiques*

Les maux perforants plantaires des diabétiques sont une entité à part et représentent 13.55% des plaies rencontrées. Les patients présentant ce type de plaie sont relativement jeunes (73 ans) et autonomes (90%) en comparaison avec les autres types de plaie. Les taux de dénutrition et décès sont nettement

plus bas que la moyenne de la population. Cette population est moins fragile en théorie que celle souffrant d'escarre et d'ulcère artériel.

Là encore, peu de structure hospitalière peuvent recevoir ces patients (service de diabétologie et d'infectiologie) pour réaliser une prise en charge globale. Les taux de cicatrisation totale (43.75%) et partielle (25.00%) sont légèrement inférieurs à la moyenne des autres patients (48.57% et 28.57% respectivement). Cela corrobore la notion connue de la difficulté à soigner les plaies en cas de diabète : risque infectieux plus important, retard à la cicatrisation physiologique (l'hyperglycémie altère les fonctions leucocytaires, diminue la phagocytose et le chimiotactisme (23)), altération de la vascularisation d'aval, et surtout décharge du membre difficile à obtenir du patient. La prise en charge est pluridisciplinaire (12). La démarche de soin intègre la participation de professionnels de la décharge de la plaie, du chaussant et de médecine physique.

✓ *Les autres types de plaies*

Une plaie sur 4 (23.23%) fait partie d'un autre groupe de plaies, dans lequel on retrouve des plaies aiguës en cours de chronicisation (plaie post-opératoire, plaie traumatique), des plaies rares (angiodermites nécrosantes, plaies cancéreuses, plaie goutteuse). L'avis d'expert est indispensable pour le diagnostic et la prise en charge. Il n'existe pas de structure nettement identifiée pour ce type de plaie.

Le centre apporte son expérience et son aide dans ce domaine.

✓ *Comparaison avec les autres centres plaies en France (annexe 6)*

Au CPC, les plaies vasculaires représentent une part très importantes des plaies étudiées : plus de 4 plaies sur 10 (43.23%), avec une majorité d'ulcères artériels (25.81%), par rapport aux ulcères veineux (15.48%) et aux ulcères mixtes (1.94%). Les examens complémentaires à visée vasculaire, ainsi que l'avis d'un chirurgien vasculaire sont primordiaux pour un CPC.

En comparant l'activité du centre à celle des autres centres français, on constate que certains d'entre eux se consacrent essentiellement aux plaies vasculaires et aux maux perforants plantaires diabétiques.

Le centre plaie et cicatrisation de la clinique d'Occitanie (contacté par téléphone) répertorie 50% d'ulcères veineux, 40% d'ulcères artériels et 10% de maux perforants plantaires.

Le CH de Libourne dénombre 34% d'ulcères veineux, 23% d'ulcères artériels, 23% de maux perforants plantaires, 2.5% d'escarres (28).

Le taux de prise en charge d'escarre dans l'HPGS est largement supérieur à celui des autres centres, la part des plaies vasculaires est inférieure, mais reste prédominante.

Les populations les plus fragiles et les plus à risque se retrouvent dans les sous-groupes des ulcères artériels et des escarres. Les surveillances clinique et paraclinique de l'évolution des plaies dans ces 2 groupes doivent être augmentées.

b) Les attentes des médecins envers le CPC

Les médecins généralistes ont signalé à 14 reprises un manque de communication entre le centre et les professionnels libéraux (16.67% des médecins). Ce point, souvent relevé par les médecins libéraux, n'est toujours pas résolu. Une communication téléphonique de médecin à médecin avant la sortie du patient suggéré par certains, n'est pas réaliste (quand appeler sans perturber les consultations par exemple). La télémédecine, qui permet un échange verbal direct de médecin à médecin, sera probablement la solution.

En Languedoc-Roussillon, il existe une application pour smartphone (DOMOPLAIES) permettant de communiquer directement entre le centre plaie et le milieu libéral (envoi de photos et de données par les équipes libérales, transmission des nouveaux protocoles par le centre de cicatrisation). C'est certainement un exemple à suivre et à développer pour le CPC de l'HPGS (31).

14 médecins (16.67%) se sont plaints du délai trop long d'attente pour obtenir une place en hospitalisation. Ce délai a été réduit avec l'ouverture de 5 lits supplémentaires en avril 2015. Mais cela reste insuffisant.

Enfin 5 médecins signalent la nécessité du centre à se faire connaître plus précisément auprès des professionnels de santé. C'est un des objectifs secondaires des journées de formation organisées par l'HPGS.

c) Des problèmes émergents

De l'analyse des résultats, 2 difficultés importantes ont émergé :

- La bonne pratique de l'antibiothérapie dans le traitement des plaies chroniques.
- La prise en charge des ulcères artériels.

• L'antibiothérapie

Il faut rappeler quelques points essentiels (30) :

- La colonisation bactérienne est normale dans les plaies chroniques.
- Les prélèvements microbiologiques doivent rester exceptionnels, uniquement quand il existe des signes d'infection (signes locaux ou locorégionaux : rougeur, chaleur, tuméfaction, retard

de cicatrisation, tissu de granulation friable, et saignant au contact / signes généraux : fièvre, frissons, hyperleucocytose, augmentation de la CRP) et/ou intention de traiter.

Pour chaque plaie, le stade de l'infection a donc été déterminé par ces critères. On considère que les plaies infectées et les ostéites sont des plaies avec « une infection active » nécessitant une antibiothérapie, contrairement aux plaies colonisées et contaminées (annexe 1).

La réalisation d'un prélèvement bactériologique se fait par étapes (30) :

- Préparer la plaie : débridement mécanique au moyen d'une curette ou scalpel stériles puis nettoyage avec une gaze imbibée de sérum physiologique stérile.
- Prélever en ponctionnant avec une seringue et une aiguille pour IM ou SC, ou en l'absence d'obtention de liquide, 1 à 2 ml de sérum physiologique stérile pouvant être injectés puis aspirés immédiatement pour être analysés.

L'interprétation des résultats des prélèvements bactériologiques doit tenir compte (30) :

- Des conditions de recueil du prélèvement.
- Du délai de transport du prélèvement.
- Des conditions de transport du prélèvement.
- Du type de bactéries isolées.
- Du nombre de prélèvements où la même bactérie est isolée.

Il n'existe aucun moyen formel de différencier colonisation et infection, sur la seule lecture du résultat bactériologique (30).

Dans cette étude, 23.87% des patients (n=37) entrés dans le service ont un prélèvement bactériologique de la plaie. Selon les médecins généralistes, le prélèvement bactériologique a été demandé dans 26.19% des cas. Mais on ne dispose d'aucune précision sur les conditions du prélèvement et le respect des normes requises à la bonne interprétation des résultats de ces prélèvements.

L'introduction d'une antibiothérapie a été faite par 24 médecins généralistes (28.57%) alors que 22 prélèvements bactériologiques ont été réalisés. Certains médecins ont donc recours à une antibiothérapie probabiliste.

Dans le service, 44.52% des patients ont bénéficié d'une antibiothérapie ciblée sur un ou plusieurs germes, après évaluation du stade de l'infection de la plaie.

Logiquement toutes les plaies présentant les critères d'une « infection active » auraient dû bénéficier d'une antibiothérapie. Mais pour quelques cas, après une réunion de concertation pluridisciplinaire, une décision de prise en charge palliative est retenue et l'antibiothérapie n'est pas instaurée. Certaines antibiothérapies sont débutées en SSR et n'apparaissent pas dans le dossier médical, faussant l'appréciation.

Chez les patients grabataires, plus fragiles, les taux de plaies infectées et d'ostéites sont prépondérants. Ces patients sont à surveiller tout particulièrement.

Dans le cas des ulcères artériels, des escarres et des maux perforants plantaires, le taux d'ostéites et de plaies infectées est élevé. Le risque pour ces 3 types de plaies d'évoluer vers une « infection active » est important. Alors que pour les ulcères veineux, le risque « d'infection active » est beaucoup plus faible, ces plaies sont très souvent colonisées ou contaminées. Dans ces cas-là l'utilisation d'une antibiothérapie n'est pas nécessaire

Dans notre observation, 3 notions sont à retenir :

- Les patients grabataires ont un risque infectieux important.
- Le stade d'infection de la plaie guide la prise en charge, en particulier la prescription d'une antibiothérapie.
- Les ulcères veineux sont rarement compliqués d'une infection et l'utilisation d'antibiotique pourrait être inutile (contamination ou colonisation le plus souvent).

Il apparait nécessaire d'en informer les médecins généralistes.

• La complexité de la prise en charge des ulcères artériels

Le groupe « ulcères artériels » se démarque par certains aspects :

- Les femmes sont plus touchées que les hommes.
- Un faible taux de cicatrisation, un taux élevé de plaies aggravées voire une évolution défavorable.
- La persistance des douleurs.
- Un taux de décès important.
- Un bénéfice réduit sur l'état général.

Les femmes présentent plus d'ulcères artériels que les hommes. Dans son article « La santé du cœur des femmes », Isabelle CLOSET explique ce phénomène par l'augmentation du risque cardio-vasculaire chez les femmes depuis que le mode de vie des femmes est devenu comparable à celui des hommes (tabac, alcool, sédentarité, stress...). Les maladies cardio-vasculaires sont devenues la principale cause de mortalité chez les femmes en France (29).

Dans notre observation, les patients souffrant d'un ulcère artériel ont le taux de cicatrisation le plus bas (cicatrisation totale = 29.63% et cicatrisation partielle = 25.93%) mais aussi le plus haut taux de « plaie identique ou aggravée » (22.22%) comparativement aux autres types de plaies.

Le taux de décès (32.50%) est aussi supérieur à la moyenne de la population de l'étude.

Les patients présentant un ulcère artériel sont ceux dont l'état général se détériore le plus souvent (40.74%). Les douleurs sont le moins soulagées (22.22%). Et la confiance en soi est la plus faible (22.22%).

Souvent le professionnel de santé se trouve dans une « impasse thérapeutique » avec ces patients. Malgré le recours à des angioplasties ou à des pontages vasculaires, améliorer encore la vascularisation n'est pas envisageable. La cicatrisation sera difficile à obtenir, voire impossible. Les répercussions seront multiples et impacteront la cicatrisation de la plaie, l'état général, les douleurs, la confiance en son état de santé, le taux de décès.

Il ne suffit pas de l'avis d'un professionnel du vasculaire, comme il est d'usage fréquent, pour réussir cette prise en charge. L'équipe soudée autour d'une même démarche recherchera les solutions, voire prendra des décisions de soins palliatifs.

3. Limites méthodologiques de l'étude

a) Délai de cicatrisation

La notion de délai de cicatrisation est difficile à apprécier dans notre étude puisque tous les patients ne sont pas rappelés dans les mêmes délais à distance de leur hospitalisation. Certains sont contactés 1 an après leur séjour et d'autres après 4 mois. Cette différence influence des données, comme le taux de mortalité ou le taux de cicatrisation.

Ainsi il est impossible de définir un taux de cicatrisation précis en fonction du temps.

b) Difficulté de comparer la prise en charge libérale et celle du centre

Un des projets résultant de ce travail de recherches serait de comparer la prise en charge libérale et hospitalière afin de déterminer laquelle est la plus rapide, la plus efficace, et la moins coûteuse. Des données de l'Assurance Maladie pourront aider cet éventuel projet.

4. Les points forts

a) Le nombre de patients

Cette étude porte sur 155 patients, présentant chacun une plaie avec un retard de cicatrisation et pour laquelle l'aide a été demandée par un confrère. Ces 155 patients ne représentent pas toutes les plaies chroniques que l'on peut rencontrer en ville mais elles traduisent les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur prise en charge.

b) Le nombre de médecins

127 médecins ont été contactés, 74 médecins ont répondu à l'étude. Certes le taux de participation est de 54.19%. Mais en valeur absolue, avoir l'opinion de 74 médecins du département des Alpes-Maritimes, est loin d'être négligeable. Cela nous permet de penser que les conclusions fiables ainsi que le recueil des souhaits des médecins généralistes qui seront à prendre en compte.

c) Le nombre de données

De nombreuses données ont été recueillies pour la réalisation de cette étude. Ces données sont d'ordre épidémiologique, démographique. Elles sont aussi importantes pour l'analyse de l'activité de la clinique et peuvent permettre de se concentrer sur de nouveaux points, et sur des améliorations à apporter.

IV. Conclusion

Dès 2006, l'HAS recommande une prise en charge pluridisciplinaire des ulcères veineux avec la création de centres réunissant des spécialistes. C'est dans cet objectif que le CPC, élargi à tout type de plaies complexes, à l'HPGS de Nice, a vu le jour en novembre 2014, premier centre de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

C'est la première étude française traitant de l'impact d'un centre pluridisciplinaire dédié à la plaie sur l'exercice des médecins généralistes et la santé de son patient.

Les médecins généralistes, par leur participation et leur satisfaction, ont montré un réel intérêt pour ce travail de recherche et donc pour le CPC.

L'analyse des réponses à leur questionnaire confirme que la prise en charge d'une plaie chronique se fait par étapes successives : protocole de pansement, prescription d'examens complémentaires, demande d'avis auprès de spécialistes, gestion des antalgiques, réalisation de prélèvements bactériologiques... Ces étapes peuvent être simplifiées et accélérées grâce à une hospitalisation de courte durée (avec l'accord du patient), intérêt principal du CPC. Les médecins généralistes interrogés l'ont bien compris et soulignent 2 points forts : l'obtention d'un avis spécialisé et pluridisciplinaire et l'établissement d'un protocole de soins en un temps réduit (en moyenne 13 jours). Il en découle une amélioration de la qualité de vie des patients avec un risque moindre de perte d'autonomie.

¾ des patients interrogés ont une amélioration de leur plaie, après leur séjour.

Par leur taux de participation encore plus élevé que celui des médecins, les patients montrent aussi leur intérêt pour cette étude, ainsi qu'un enthousiasme ressenti au téléphone.

Grâce à cette participation, de nombreux critères ont été étudiés. Le plus important est certainement celui de la douleur liée à la plaie, répondant ainsi à l'HAS (2006) qui recommande une évaluation et une anticipation de la douleur par les médecins confrontés à une plaie chronique. L'efficacité du centre dans ce domaine est matérialisée par ce chiffre : près de 7 patients sur 10 déclarent avoir moins de douleurs après leur hospitalisation. D'autres critères de la qualité de vie ont été améliorés, mais dans une moindre mesure : l'autonomie, le sommeil, la pratique de loisirs, la confiance dans son état de santé et dans les professionnels de santé.

Les données de cette étude confirment celles retrouvées dans la littérature selon laquelle la population atteinte de plaie chronique est le plus souvent âgée, fragile, en perte d'autonomie, voire grabataire, avec de nombreux antécédents et un important taux de dénutrition. Ceci conduit à considérer la plaie comme le symptôme de l'aggravation de l'état du patient devant alerter les soignants à l'urgence de la situation.

Des points faibles du CPC sont relevés par les médecins généralistes et doivent faire l'objet d'améliorations :

- Dans le domaine de la communication entre professionnels de santé :
 - o Avant l'hospitalisation, c'est-à-dire se faire connaître d'un maximum de professionnels pour qu'ils aient la possibilité d'adresser leurs patients porteurs de plaies chroniques au centre.

- Après l'hospitalisation, avec l'envoi du protocole. Mais aussi s'inspirer du centre du Languedoc pour application smartphone (mettant en lien direct les professionnels libéraux et hospitaliers).
- Dans l'accessibilité au CPC, en raccourcissant les délais d'attente qui sont signalés par les médecins généralistes comme trop longs.
- Avec la création d'un dossier patient-plaie centralisé au CPC.
- Dans l'éducation thérapeutique du patient, pour une meilleure adhésion au protocole de soins.
- Dans la formation du personnel libéral, axée sur des thèmes précis et identifiée par l'analyse des questionnaires, dans le but de sensibiliser les acteurs libéraux :
 - La prescription d'examens complémentaires devant une plaie chronique.
 - L'équilibre glycémique en période de cicatrisation.
 - Les différents types de décharge devant une plaie plantaire.
 - La prise en charge des douleurs liées à une plaie chronique : thérapie médicamenteuse et non médicamenteuse.
 - L'évaluation du stade de l'infection de la plaie et l'utilisation judicieuse des antibiotiques.

Les médecins contactés pour les journées de formation proposées par le centre n'ont pu y participer. La formule n'est peut-être pas adaptée à l'emploi du temps des médecins déjà très occupés par leur pratique quotidienne. Un site internet dédié pourrait être une solution.

Deux pathologies se sont distinguées :

- Les ulcères artériels : la population décrite y est particulière par une prédominance féminine, un taux de cicatrisation le plus bas, une prise en charge de la douleur plus difficile et un taux de décès important. Ces caractéristiques constituent un frein à la cicatrisation même pour une équipe spécialisée.
- Les escarres. Leur taux de cicatrisation est très favorable, l'escarre n'est pas une fatalité et doit être pris en charge comme une maladie curable. Elle est une urgence thérapeutique.

La prise en charge globale du patient et la communication entre les différents intervenants (le patient et sa famille, le généraliste, les spécialistes et le personnel soignant) dans le centre de l'HPGS facilite le diagnostic, la compréhension du protocole de soins et l'implication dans l'observance du traitement du patient et du généraliste. Ces conditions sont nécessaires et indispensables à la réalisation de l'objectif final, à savoir une cicatrisation la plus rapide possible et l'amélioration du bien-être du patient.

Le centre pourrait faire partie intégrante du parcours de soins pour les patients porteurs de plaie chronique.

ANNEXES

ANNEXE 1 : définition et classification des plaies chroniques

Une plaie chronique est une plaie dont le délai de cicatrisation est allongé. D'après l'HAS, une plaie présente un retard de cicatrisation, si elle n'est pas cicatrisée au bout de 4 à 6 semaines (1).

Un ulcère est une plaie chronique (pas de cicatrisation depuis plus d'un mois) secondaire à une maladie vasculaire (ulcères veineux, artériels, mixtes ou angiodermite nécrotique) souvent ancienne ou grave nécessitant une prise en charge étiologique (32).

Les ulcères artériels sont la conséquence d'une artériopathie obstructif sous-jacent d'origine athéromateuse. Dans la classification de LERICHE et FONTAINE, les troubles trophiques apparaissent au stade 4, l'artériopathie est déjà à un stade avancée et grave.

L'angiodermite nécrotique se définit par un infarctus cutané secondaire à une occlusion artériolaire (32).

Une escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique résultant de 2 phénomènes. D'une part il existe un phénomène de compression des tissus mous entre un plan dur et des saillies osseuses. D'autre part, il apparait une hypoperfusion capillaire des tissus cutanés. C'est une plaie de dedans en dehors où le rôle de la perte d'autonomie est prédominant. Elles touchent donc préférentiellement les personnes âgées, les patients souffrant d'atteintes neurologiques et les patients en milieu de réanimation (33).

Un pied diabétique représente toute atteinte : infection, ulcération ou destruction des tissus profonds du pied associés à une neuropathie et/ou une artériopathie périphérique des membres inférieurs chez les patients diabétiques (12). Il existe donc 3 types de plaies chez le patient diabétique : la plaie neuropathique ou mal perforant plantaire, la plaie ischémique (due à une artériopathie) et la plaie mixte (plaie neuro-ischémique).

La neuropathie diabétique est la présence de symptômes ou de signes d'une dysfonction des nerfs périphériques chez les personnes diabétiques après exclusion des autres causes (12). Cette neuropathie est responsable de la perte de sensibilité et donc du signal d'alarme qu'est la douleur pour le patient. Il existe une atteinte motrice surtout au niveau de la musculature intermétatarsienne avec déformation articulaire et secondairement déformation de l'ensemble du pied (orteils en marteau, en maillet, en griffe, hallux valgus, proéminence des têtes métatarsiennes). Suite à ces déformations, de nouveaux points d'appui anormaux vont apparaitre sur le pied du patient diabétique responsable de l'apparition d'hyperkératose. De plus il existe une neuropathie végétative entraînant des troubles de la sudation qui vont favoriser la xérose cutanée et donc l'hyperkératose (34).

Pied de Charcot : Destruction non infectieuse des os et des articulations associée à une neuropathie avec en phase aiguë des signes inflammatoires (12).

D'un point de vue infectiologique :

- Une plaie contaminée est une plaie dont le nombre de bactéries n'augmente pas et elles n'entraînent pas de problèmes cliniques (35)
- Une plaie colonisée est une plaie où les bactéries se multiplient mais les tissus de la plaie ne sont pas endommagés (35)
- Une plaie infectée est une plaie où les bactéries se multiplient, la cicatrisation est interrompue et les tissus de la plaie sont endommagés (infection locale : douleur, chaleur, rougeur, tuméfaction). Les bactéries peuvent produire des problèmes à proximité de la plaie (dissémination de l'infection) ou entraîner une atteinte systémique (érysipèle, dermo-hypodermite aiguë) (35)
- Une gangrène est une nécrose de la peau et des structures sous-jacentes avec destruction irréversible (12)
- Les plaies chroniques peuvent se compliquer d'une ostéite de contiguïté (infection de la corticale osseuse sans atteinte médullaire)

Les biofilms sont des communautés microbiennes complexes contenant des bactéries et des champignons. Ces micro-organismes synthétisent et sécrètent une matrice protectrice qui lie fortement le biofilm à une surface vivante ou non. Les biofilms sont retrouvés à la surface des plaies chroniques et retardent leur cicatrisation en stimulant une réponse inflammatoire chronique (51).

ANNEXE 2 : définition de la qualité de vie

La qualité de vie ou bien-être du patient est une notion importante à prendre en charge dans la pathologie de plaie chronique. En effet, les ulcères sont souvent douloureux, ils peuvent entraver les activités quotidiennes des patients (réfection des pansements, odeur, sensation d'humidité, production d'exsudat en excès).

En 2012, un groupe de professionnels et de chercheurs se réunissent autour de l'optimisation du bien-être des personnes vivant avec une plaie. Ils décrivent 4 types de bien-être (21) :

- Le bien-être physique : capacité d'exercer, de façon autonome, les activités telles que se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer.
- Le bien-être mental : sous-entend que les facultés cognitives du patient sont intactes et que celui-ci n'est en proie à aucun sentiment de peur, d'anxiété, de stress et de dépression ou d'autres émotions négatives.
- Le bien-être social : capacité d'interagir avec les membres de la famille, de la société, des amis et des collègues.
- Le bien-être spirituel/culturel : capacité de trouver un sens et un but à la vie par l'intermédiaire des liens établis avec soi-même et autrui. Cet élément fait partie intégrante de la santé mentale, émotionnelle et physique. De plus, il peut être associé à une religion, des croyances culturelles ou des valeurs personnelles précises.

A partir de ces observations, de nombreux questionnaires ont été établis pour évaluer la qualité de vie/ le bien-être du patient porteur de plaie chronique. On retiendra :

- SF-36 et SF-12 (36).
- Auto-questionnaire CIVIQ-20 (utilisé au Canada pour les ulcères veineux) (37).
- Questionnaire EQ-5D (recommandé par l'HAS) (4).
- Test NHP (4).
- Cardiff wound impact schedule : échelle d'évaluation de qualité de vie des patients porteurs de plaies chroniques (38).
- Charing cross venous leg ulcer questionnaire (21).
- Fribourg life quality assessment (21).

ANNEXE 3 : les différentes techniques de cicatrisation

1. Le PRF : Platelet Rich Fibrin

Le principe est la réalisation d'un biomatériel à partir du sang du patient. Un prélèvement sanguin est effectué, puis centrifugé à 3000 tours/minute pendant 10 minutes. Le caillot de fibrine obtenu, déformable, susceptible de se mouler sur la plaie, est appliqué sur la plaie pendant 4 jours. Le protocole de pansement habituel est ensuite poursuivi (39).

Le PRF permet d'accélérer un phénomène strictement physiologique grâce à une matrice de fibrine mieux organisée, capable de diriger de manière plus efficace la captation des cellules souches. Elle va donc avoir un effet sur l'angiogénèse (initiation de la néo-vascularisation), elle permet de stimuler la mitose des cellules souches et des fibroblastes (collagène), d'inhiber l'action des protéases et de réguler la phase inflammatoire en libérant des facteurs de croissance (40).

2. La greffe de peau et le cellulome®

Une « greffe » est un fragment de tissu qui est complètement séparé de son site donneur pour être fixé sur un site receveur destiné à le revasculariser. Contrairement au lambeau qui contient sa propre vascularisation, une greffe ne survit que si elle est revascularisée par les tissus qui la reçoivent. En outre, la très forte antigénicité de la peau ne permet spontanément de survivre qu'aux autogreffes (41).

Il existe 3 types de greffes de peau :

- La greffe de peau mince et demi-épaisse : il faut laisser intacte une couche profonde de derme suffisante pour contenir des enclaves épithéliales à partir desquelles survient une épidermisation insulaire (follicules pileux, glandes sébacées et sudoripares). La greffe ne doit donc pas être trop épaisse. Inversement, la greffe ne doit pas être trop mince non plus, car seuls se multiplient les kératinocytes situés au contact de la jonction dermoépidermique (41). Les greffes de peau totale emportent toute l'épaisseur de la peau, épiderme et derme avec ses annexes pilosébacées (41).
- La greffe en pastille : chaque pastille, de petite surface et d'épaisseur variable, plus importante au centre qu'en périphérie, est greffée sur la lésion cutanée (41).
- Les greffes en pastilles n'ont presque plus d'indication sauf pour les ulcères des membres inférieurs. Cette méthode peut être utile pour les dermatologues au cabinet ou au lit du malade pour le traitement des ulcères. En effet, les pastilles prennent bien sur des sous-sols pauvrement vascularisés, même en présence d'un certain degré d'infection (41).

Mais lorsqu'un chirurgien plasticien veut greffer un ulcère de jambe, les autres techniques de greffes (peau mince ou totale) sont tout aussi efficaces et moins inesthétiques (41).

Il existe un système automatisé de prélèvement épidermique (CELLUTOME®). Il peut être utilisé pour des plaies à greffer de petite taille, en retard de cicatrisation. Ce matériel a l'avantage de prélever des micro-greffons identiques, de donner un résultat esthétique excellent au niveau de la zone donneuse de

greffe (cuisse) et un meilleur résultat esthétique sur la zone greffée. La prise de greffe au niveau de la cuisse est quasi invisible à deux mois.

Selon l'HAS « Par accord professionnel, il est recommandé d'envisager le recours aux greffes en pastilles ou en filet, dans le traitement des ulcères veineux ou mixtes à prédominance veineuse résistants aux traitements conventionnels depuis plus de 6 mois ou de surface > 10 cm² ». Mais aucune étude n'a été menée en France pour connaître la place de la greffe dans le traitement des ulcères. (4)

3. Le Traitement des plaies par pression négative (TPN) (42)

Le TPN consiste à placer la surface d'une plaie sous une pression inférieure à la pression atmosphérique ambiante. Pour cela, un pansement spécialement réalisé est raccordé à une source de dépression et à un système de recueil des exsudats.

Les plaies peu étendues ne relèvent pas du TPN.

Le TPN est indiquée pour : les ulcères de jambes nécessitant une greffe cutanée (avant la greffe), les escarres stade 3 et 4 nécessitant un geste chirurgicale (avant la chirurgie), les plaies du pied diabétique avec perte de substance étendue et/ou profonde.

L'HAS recommande d'éviter l'utilisation du TPN dans certaines situations : saignements actifs, plaie tumorale, infection non contrôlée de la plaie, présence de tissu nécrotique nécessitant un parage, et insuffisance artérielle non revascularisée.

4. La larvothérapie, l'asticothérapie, la luciliathérapie ou maggot therapy (43,44)

La larvothérapie correspond à l'utilisation délibérée des larves de la mouche « *Lucilia sericata* » qui se nourrissent exclusivement de tissus morts.

Les indications sont : les patients présentant des plaies infectieuses chroniques (escarres, ulcères) et spécialement les diabétiques, les maladies artérielles chroniques de stade IV et les brûlures.

Elle n'est pas utilisée au CPC.

5. L'oxygénothérapie hyperbare (45)

L'oxygénothérapie hyperbare (OHB) est une modalité thérapeutique d'administration de l'oxygène par voie respiratoire à une pression supérieure à la pression atmosphérique standard (1 bar ou 1 atmosphère absolue [ATA]). Elle est définie comme l'inhalation d'oxygène pur (O₂ à 100 %) par un sujet placé dans un caisson d'acier ou de polymère, à des pressions supra-atmosphériques (1,5 à 3 ATA) pendant au moins 90 minutes.

Le rôle de l'oxygène dans la cicatrisation et dans la résistance tissulaire aux infections a été démontré. L'OHB agirait favorablement sur la synthèse protéique, la réplication cellulaire, l'hydroxylation du collagène, l'exportation du collagène des fibroblastes et la néoépithélialisation.

Les indications de l'oxygénothérapie hyperbare sont :

- Les ulcères ou gangrènes ischémiques artéritiques (si la PO₂ transcutanée mesurée sous OHB est supérieure à 50mmHg), chez les patients non diabétiques
- Les ulcères ou gangrènes ischémiques artéritiques (si la PO₂ transcutanée mesurée sous OHB est supérieur à 100mmHg), chez les patients diabétiques

6. Le JETOX® (46,47)

Il fait partie des systèmes type hydrojet. Il s'appuie sur l'utilisation de sérum physiologique et d'oxygène pressurisés.

Il permet d'ôter des débris superficiels sans traumatisme du tissu de granulation ni douleur pour le patient et de nettoyer parfaitement la plaie.

Il existe 2 types de systèmes : JETOX® ND (sans réaspiration) et JETOX® HDC (avec réaspiration)

Les intérêts et les bénéfices de ce système sont :

- Procédure simple, installation facile et rapide.
- Kit unitaire stérile à usage unique prêt à l'emploi.
- Soins moins douloureux pour le patient versus détersion conventionnelle.
- Aucun risque de traumatiser les tissus sains (tissus de granulation, bourgeons).
- Diminution de la fréquence des soins.
- Diminution du temps de prise en charge du patient.

Les indications du JETOX® sont toutes plaies chroniques (escarres, ulcères, plaies tumorales et diabétiques).

Le JETOX® peut être utilisé en complément des pansements et jusqu'au bourgeonnement :

- Utilisation quotidienne sur la 1ère semaine
- Puis passer à 1 soin tous les 2 ou 3 jours en fonction de l'évolution de la plaie.

ANNEXE 4 : Les niveaux de structures

En 2011, le Groupe International de Travail sur le Pied Diabétique (IGWDF) fait une classification des centres de prise en charge des ulcères et des maux perforants plantaires chez les diabétiques. Cette classification peut être reprise pour n'importe quel type de centre dédié à la plaie chronique et complexe.

1. Le niveau 1 : La structure minimale (12)

Le but de cette structure est de prévenir la survenue de problèmes du pied diabétique et d'enrayer la progression de problèmes mineurs vers des problèmes très sévères.

La structure minimale permet :

- Un examen des pieds et la détection des problèmes, comme l'existence de cals, de corne, d'atteintes unguéales, d'un pied d'athlète et de petites plaies
- Un dépistage des pieds à risque
- Le traitement des problèmes de pied
- Des soins de prévention avec un accent sur l'éducation, le chaussage et la prévention des traumatismes.

En cas de problèmes plus graves et compliqués, le patient doit si possible être adressé à un centre équipé pour faire face à ce problème. La structure peut être le cabinet d'un médecin généraliste, une clinique de proximité ou un petit hôpital régional.

Dans cette structure minimale, l'équipe est constituée d'un médecin, d'un(e) infirmier(ère) et/ou d'un podologue. Il est souhaitable qu'un membre ou tous les membres de l'équipe visite un centre d'excellence reconnu pour acquérir une expérience pratique.

2. Le niveau 2 : La structure intermédiaire (12)

Les objectifs de cette structure sont :

- Examen des pieds et détection des problèmes, comme l'existence de cals, de corne, d'atteintes unguéales, d'un pied d'athlète et de petites plaies
- Dépistage des pieds à risque
- Traitement des problèmes de pied
- Soins de prévention avec un accent sur l'éducation, le chaussage et la prévention des traumatismes
- Traitement de tous les types d'ulcères et d'infection et éducation à l'auto-soin des ulcères et des infections.

La structure intermédiaire acceptera certains patients envoyés par d'autres médecins. Le nombre des membres de l'équipe augmente dans cette structure. L'un remplit le rôle de coordinateur et est responsable d'attirer de nouveaux collègues motivés, notamment un diabétologue (ou un autre médecin

s'intéressant particulièrement au diabète), un chirurgien (chirurgien général, vasculaire, orthopédique ou plasticien), un(e) infirmier(ère) et/ou un podologue et/ou un podorthoésiste.

La structure intermédiaire est située en général au sein d'un hôpital mais peut à l'occasion être localisée dans un grand centre de consultations spécialisées. L'échange d'expériences avec d'autres centres du pied diabétique est important. Des réunions régulières pour discuter des cas des patients et la tournée des services sont des aspects importants du travail de l'équipe.

Les relations avec l'administration de l'hôpital et avec les équipes des autres services hospitaliers doivent être encouragées. Les contacts avec des structures en lien en dehors de l'hôpital, comme les cabinets des médecins généralistes, les maisons de retraite médicalisées et les structures de rééducation sont importants. La structure intermédiaire doit apporter son appui aux médecins généralistes qui travaillent auprès des personnes diabétiques présentant des problèmes de pied.

3. Le niveau 3 : Centres d'excellence et de recours tertiaire (12)

Le but des centres d'excellence est non seulement d'assurer de façon optimale le diagnostic et le traitement mais aussi de jouer un rôle plus général, en donnant un exemple de fonctionnement aux autres professionnels de santé et en aidant à améliorer les services dédiés au pied diabétique dans le monde. L'enseignement est un but important et l'équipe sera composée d'experts dans ce domaine. La réalisation d'études, la rédaction et la publication d'articles et le travail profitent aux autres.

Les personnes prises en charge ne sont pas seulement celles venant de la proximité ou adressés localement. Elles peuvent venir de plus loin voire de l'étranger pour bénéficier de soins des pieds hautement spécialisés. Des cas plus compliqués avec des problèmes de revascularisation difficiles ou même de neuroostéoarthropathie (Charcot) complexe peuvent être adressés et traités. Selon la situation géographique, le contexte culturel et les disponibilités financières, l'organisation et la prise en charge peuvent être plus ou moins compliquées.

Chaque membre de l'équipe doit être bien conscient du rôle central des patients et de leur famille ainsi que du rôle joué par chacun des membres de cette équipe.

Dans ces centres de pointe, tous les traitements sont disponibles sur site.

L'équipe comprend de multiples disciplines hautement spécialisées, notamment diabétologie, chirurgie vasculaire et orthopédique, radiologie interventionnelle, physiothérapie, bactériologie, dermatologie, psychiatrie, infirmier(ère) de soins, éducation diabétique, podologue, plâtrier, administration, etc. Le nombre de membres et la composition de l'équipe dépendent des ressources locales. Un coordonnateur créatif et passionné qui peut inciter ses collègues à atteindre des niveaux supérieurs d'excellence est un atout capital.

L'objectif général de cette structure optimale est de minimiser les taux d'amputation même en cas de problèmes avancés et complexes. En tant que centre spécialisé du pied, il est aussi de sa responsabilité de monter une organisation qui non seulement puisse prévenir les ulcérations et les amputations à l'échelle locale mais qui puisse jouer aussi un rôle plus régional voire national ou international. Le

passage d'un rôle local à un rôle pan-régional voire international demandera à l'équipe du centre de s'investir dans les activités suivantes :

- Organisation de réunions locales.
- Présence et communications à des réunions internationales.
- Réception de visiteurs venus d'autres pays.
- Organisation de sessions de formation pour les soins du pied diabétique.
- Offre de possibilités de formation.
- Conception et étude de stratégies de soins innovantes.
- Création de liens avec les organisations représentatives des patients.
- Activité de recherche clinique.
- Partenariat avec l'industrie pour assurer une base ferme au financement des services.
- Création de programmes de prévention et de traitement en collaboration avec d'autres centres (spécialisés).

Le centre hautement spécialisé doit être équipé au mieux pour enseigner et informer les structures plus élémentaires. Des ateliers ou des réunions sont à organiser au cours desquels l'expérience de l'équipe est partagée avec d'autres centres intéressés par les soins du pied diabétique. Une participation active avec d'autres institutions de renommée mondiale doit être assurée. Ceci facilite la recherche clinique et préclinique, le développement de recommandations et l'organisation de réunions internationales.

ANNEXE 5 : Présentation du centre plaie et cicatrisation

Le centre plaie et cicatrisation de l'HPGS, situé dans la commune de Nice a ouvert ses portes en novembre 2014.

La clinique est constituée de 3 bâtiments (A, B et C). L'ensemble de la prise en charge des plaies se fait dans le bâtiment B.

Le centre est constitué : d'un service de consultation (au 2^e étage), d'un service de court séjour de médecine (au rez-de-chaussée) et d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) (au 2^e étage).

1. Les consultations

Les consultations dédiées plaie et cicatrisation sont réparties sur 3 demi-journées hebdomadaires (2^e étage du bâtiment B)

L'équipe est composée :

- D'un médecin : Dr MAILLET (gériatre spécialisé dans la plaie et la cicatrisation).
- D'une IDE : Me SCAVINER (spécialisée dans la plaie).
- D'une secrétaire.
- Et d'une ASH.

Le local de consultation dispose : de 2 salles d'examen, équipées chacune d'un scialytique, et d'un lit d'examen motorisé pour régler la hauteur de celui-ci et du secrétariat d'accueil.

La durée de la consultation est estimée entre 20 à 30 minutes.

Les patients sont adressés par : leur médecin généraliste, leur IDE libérale, le centre plaie lui-même (suivi des patients déjà connus) ou d'autres structures médicales : EHPAD, SSR.

Les motifs de consultations les plus fréquents sont : un avis sur plaie chronique, une prise en charge en urgence d'une plaie ou un suivi de plaies en cours de cicatrisation.

Les soins effectués au cours de la consultation sont : le nettoyage et la détersion de la plaie, la mesure de l'IPS, les photographies de la plaie associées au dossier informatisé du patient et un acte spécialisé de cicatrisation (CELLUTOME®, PRF)

A la fin de la consultation, le médecin peut donner un diagnostic et prescrire d'éventuels examens complémentaires, définir un protocole de pansement (pansement + IDE) ou décider de soins complémentaires comme soins de podologie, contention veineuse...

Cette consultation fait l'objet d'un compte rendu détaillé comportant le diagnostic et la conduite à tenir, destiné au médecin généraliste et au professionnel de santé médical et/ou paramédical ayant en charge le patient et l'ayant adressé. Ce procédé permet dans tous les cas de remettre ainsi le patient dans le parcours de soins.

Une orientation du patient est proposée à l'issue de la consultation :

- Un retour à domicile avec des soins appropriés et programmation de suivi.
- Une hospitalisation pour un bilan complet et une approche pluridisciplinaire de la plaie (RCP).
- Une hospitalisation en urgences au B0.

Ces démarches sont en accord avec le souhait du patient et le médecin généraliste qui en est informé.

2. Le service de court séjour (B0)

a) Composition du service

Il comporte 15 lits d'hospitalisation : 2 chambres doubles et 11 chambres simples.

Les patients hospitalisés sont adressés par :

- Le service de consultation plaie et cicatrisation.
- Les médecins généralistes libéraux.
- Les autres établissements de santé : CHU, CH, cliniques, SSR, EHPAD.
- Les spécialistes libéraux : chirurgiens (vasculaire, plasticien, orthopédique), infectiologue, angiologue, dermatologue, cardiologue, néphrologue, diabétologue.

L'équipe comporte :

- Le chef de service Dr Maillet (gériatre, DU plaie et cicatrisation).
- Un médecin généraliste.
- 1 équipe paramédicale : 1 cadre de santé, 4 IDE, 4AS, 1 ASH.
- Une secrétaire.
- En temps partiel : un chirurgien vasculaire, un angiologue, un diabétologue, un infectiologue, le bactériologiste du laboratoire partenaire, un podio-orthésiste, un orthopédiste, un chirurgien viscéral (souvent sollicités).
- Et tous les intervenants de la clinique sur demande du médecin : médecins de diverses spécialités (cardiologue, gastroentérologue, algologue, anesthésiste), l'équipe diététique pour éduquer le patient et faire des rappels hygiéno-diététiques, psychologue, sophrologue et l'assistante sociale pour les dossiers complexes.

L'objectif de cette hospitalisation est de réaliser un bilan complet et pluridisciplinaire de la plaie.

b) Déroulement d'une hospitalisation

A l'entrée dans le service, la prise en charge du patient est immédiate :

- Création d'un dossier médical complet informatisé (données socio-économiques, reprise des antécédents, anamnèse, examen clinique complet, description de la plaie, évaluation de l'autonomie).

- Un examen clinique complet est réalisé : cardio-vasculaire, pulmonaire, neurologique, rhumatologique, gériatrique, nutritionnel,...
- Réalisation de photographies de la plaie.
- Mesure de l'IPS systématique.
- Prélèvements bactériologiques de la plaie.
- Soins de la plaie avec détersion/débridement, anesthésie locale (Meopa®, spray de Xylocaïne®)
- Choix du pansement.
- Mise en décharge de la plaie.
- Prescription d'examens et d'avis de spécialistes sont ensuite demandés par le médecin du service selon les besoins du bilan de la plaie : examen vasculaire (doppler artério-veineux des membres inférieurs) imagerie osseuse (radiographie, TDM, TEP-TDM, scintigraphie osseuse, IRM), enquête nutritionnelle par les diététiciennes, bilan biologique complet, bilan bactériologique (prélèvement par aspiration, biopsie osseuse), avis MPR, neurologue, gastro-entérologue, cardiologue, ORL, podologue, algologue, pose de voie veineuse centrale ...

Au cours de l'hospitalisation, une mise à plat de la plaie (retrait d'un lambeau de peau, retrait d'un pont empêchant la cicatrisation, retrait d'un hématome) peut être réalisée au lit du patient sous anesthésie locale. Ce geste pourra permettre une cicatrisation plus rapide de la plaie.

En ce qui concerne les examens complémentaires, certains peuvent se faire au sein de l'HPGS et d'autres (comme l'IRM, la scintigraphie, le TDM, le PET TDM) se pratiquent dans les établissements partenaires.

Les délais sont bien plus courts que dans la pratique libérale, puisque la clinique travaille avec ses partenaires privilégiés. De plus, tous les résultats obtenus sont centralisés et répertoriés dans le compte rendu du patient. Celui-ci sortira du service avec tous les originaux des examens pratiqués.

Tous les résultats et l'évolution des soins sont recueillis dans le dossier informatisé du patient.

c) RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) ou staff pluridisciplinaire

Une fois par semaine, une RCP « affine » la prise en charge.

Le staff pluridisciplinaire réunit :

- Le chef de service Dr MAILLET.
- Le médecin généraliste du service.
- L'interne.
- Le chirurgien vasculaire Dr PLANCHARD.
- L'angiologue Dr FAULQUES.
- L'endocrinologue-diabétologue, spécialisé dans la prise en charge du pied diabétique Dr BONELLO-FARAILL.
- L'infectiologue, spécialisé dans l'infection osseuse Dr BERNARD.
- Le bactériologiste Dr PARIZOT.
- L'infirmière Me SCAVINER.

D'autres professionnels de santé sont invités occasionnellement à la prise de décision au cours de la RCP.

Cette RCP a pour objectifs :

- De réviser le dossier avec les résultats des différents examens reçus.
- De porter un diagnostic consensuel.
- De préciser, de compléter la suite de la prise en charge :
 - Prescription d'examens complémentaires supplémentaires : biopsie osseuse, multiplication des prélèvements, nouvelles explorations radiologiques.
 - Une antibiothérapie après concertation entre l'infectiologue et le bactériologiste.
 - Une prise en charge vasculaire grâce à l'expertise du chirurgien vasculaire et de l'angiologue : pontage, angioplastie transluminale.
 - Décision d'une mise à plat chirurgicale au bloc opératoire, d'une stomie de décharge.
 - Protocole d'un pansement.
 - Choix de la décharge s'il y a lieu, avis podopodologue ou prescription de matériel orthopédique.
 - Mise en place de l'HAD (hospitalisation à domicile).
 - Décision de soins palliatifs (proposer à la famille et au médecin généraliste).
 - Décision de l'orientation du patient :
 - Autres services : chirurgie vasculaire, générale, néphrologie, caisson hyperbare, etc
 - Retour au domicile ou en EHPAD avec programmation du suivi consultations plaies, les autres spécialités nécessaires (infectiologie, diabétologie, angiologie).
 - En SSR.

3. Le SSR (B2)

Le service, situé dans le même bâtiment que le BO (unité de lieu), comporte 19 lits.

L'équipe réunit : un médecin gériatre Dr MAILLET, un interne, un cadre de santé, 2 IDE, 2 AS, 1 ASH, 1 secrétaire et les kinésithérapeutes.

Ce service permet :

- D'assurer la continuité des soins : soit après une hospitalisation au BO, soit après une hospitalisation dans une autre structure médicale (par exemple, suite à une chirurgie comme une mise à plat, ou une angioplastie).
- De réviser des dossiers en RCP si besoin, avec toujours l'accès à une équipe spécialisée dans la cicatrisation.
- D'accéder à des techniques spécifiques de cicatrisation : le Cellutome®, le PRF la TPN et le Jetox® (annexe 6).
- De pratiquer une réadaptation à la marche et aux activités quotidiennes, grâce au plateau technique dirigé par le médecin MPR et les équipes de kinésithérapeutes.

ANNEXE 6 : Les différents centres plaies et cicatrisation en France

Voici une liste peu exhaustive des différents CPC, en France.

1. Centre plaie et cicatrisation de la Clinique Pasteur à TOULOUSE (49)

Il est composé d'un service ambulatoire dirigé par 2 médecins : un médecin vasculaire et un chirurgien avec une compétence de médecine vasculaire. D'autres médecins peuvent intervenir à la demande des médecins coordinateurs : diabétologue, infectiologue, chirurgien vasculaire, chirurgien orthopédique... Il existe une équipe paramédicale (secrétaire, IDE, podologue, nutritionniste...).

Le centre bénéficie d'un plateau technique (doppler, mesure de la pression trans-cutanée en O2).

Selon la gravité de la plaie, le patient peut retourner à son domicile avec un protocole de soins, une hospitalisation à domicile ou en service conventionnel peut être organisée.

En 2014, l'activité a été de 3.064 consultations pour 1.086 patients et 664 nouveaux patients.

2. Centre de diagnostic et traitement des plaies chroniques de la Maison de Santé Protestante de BORDEAUX-BAGATELLE (50)

Cette structure comporte un service de consultation (40 à 45 patients par jour), 12 lits d'hospitalisation et 10 lits de Soins de Suite et de Réadaptation.

L'équipe médicale et para-médicale sont composées : d'un dermatologue, d'un gériatre, d'un médecin vasculaire, d'un cadre de santé, de 3 IDE (DU plaie et cicatrisation), d'une aide-soignante et d'une secrétaire. Les techniques utilisées sont :

- Techniques de détersion des plaies : Détersion chirurgicale, détersion par hydrojet, détersion par larvothérapie.
- Préparation des plaies à la greffe : Traitement par pression négative, électrostimulation.
- Greffe autologue de peau réalisée en hospitalisation complète ou en chirurgie ambulatoire.
- Prise en charge de la douleur : anesthésie locale, utilisation du mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote, cathéter péri nerveux de naropéine.

3. Centre de cicatrisation du CH de LIBOURNE (Dr BARCAT) (28)

Ce service a été créé en janvier 2012. L'organisation est essentiellement ambulatoire avec un hôpital de jour et un service de consultation. S'il y a nécessité d'une hospitalisation, les patients sont hébergés dans le service de dermatologie ou de médecine vasculaire.

L'équipe médicale et para-médicale sont composées : d'un dermatologue, d'un médecin vasculaire, d'un MPR, d'un podologue, d'un podo-orthésiste et une IDE.

Sur demande, il est possible d'avoir d'autres avis médico-chirurgicaux : orthopédiste, diabétologue, infectiologue, chirurgien vasculaire,...

Les techniques utilisées sont : Jetox[®], VAC avec ou sans irrigation, électrostimulation, greffes cutanées et biopsies osseuses

Sur les 3 dernières années, plus de 1000 patients ont été vus au moins une fois.

4. Centre plaies et cicatrisation de la clinique d'Occitanie

Ce centre est constitué d'un hôpital de jour et d'un service de consultation.

L'équipe médicale est composée d'un chirurgien vasculaire et d'un cardiologue qui réalise les dopplers des membres inférieurs.

La moyenne d'âge de la population rencontrée est comprise entre 75 et 80 ans. Le type de pathologie est l'ulcère veineux (50%), l'ulcère artériel (40%) et le mal perforant plantaire (10%).

5. Centre de cicatrisation de ROUBAIX

Il existe une secrétaire avec numéro de téléphone direct, c'est elle qui dirige le patient vers le bon service. Chaque service recrute ses patients, essentiellement la diabétologie et la chirurgie vasculaire.

Il existe une consultation dédiée au pied diabétique (environ 1000 consultations par an).

Si besoin, les patients peuvent bénéficier d'une hospitalisation conventionnelle. En diabétologie, il y a environ 100 hospitalisations par an pour des problèmes de maux perforants plantaires (avec une durée d'hospitalisation à 9 jours).

La prise en charge est multidisciplinaire avec : 6 diabétologues, 4 orthopédistes, 2 chirurgiens vasculaires, 2 chirurgiens plastiques, 2 infectiologues, 3 angiologues, 3 médecins MPR, 1 podologue et 1 dermatologue.

Les techniques de cicatrisations utilisées sont : hyperbarie avec caisson hyperbare et mesure de TcPO₂, thérapie par pression négative, greffes de peau et décharge totale.

6. Consultations plaies et cicatrisation du CH de DAX-COTE D'ARGENT (Dr Legrain-Difermann)

Il consiste en une consultation dédiée à la plaie 2.5 jours par semaine. Cette consultation est dirigée par un dermatologue assisté d'une IDE (avec DU plaie et cicatrisation).

Tous types de plaies sont étudiés : ulcères, escarres essentiellement

Les techniques d'aide à la cicatrisation qui sont utilisées sont la thérapie à pression négative et les greffes de peau. Ces soins sont coordonnés avec l'hospitalisation à domicile.

7. Centre plaie et cicatrisation de la Clinique Mutualiste du Médoc

8. Centre de cicatrisation du CH de CAHORS

ANNEXE 7 : Courrier de présentation de la thèse envoyé aux médecins généralistes

Madame, Monsieur,

Je prépare actuellement une thèse de médecine générale sur l'évaluation des besoins des praticiens généralistes concernant la prise en charge des plaies chroniques (ulcères artériels et veineux, mal perforant plantaire, escarres...) dans les Alpes-Maritimes.

Vous avez adressé un(e) patient(e) dans le service de court séjour « plaie et cicatrisation » de l'hôpital privé gériatrique Les Sources, au cours de l'année 2015, pour la prise en charge d'une plaie complexe.

Ma thèse a pour objectif de montrer qu'un centre pluridisciplinaire dédié à la cicatrisation des plaies est une aide thérapeutique pour le médecin généraliste et le patient.

Patient(e) concerné(e) :

Date de naissance :

Date d'hospitalisation :

Type de plaie :

A cette fin, je vous adresse l'enquête ci-jointe (RECTO-VERSO) que je vous remercie de renseigner (moins de 10 minutes nécessaire). Les questions concernent le/la patient(e) sus-cité(e).

Je joins à cet effet une enveloppe pré-timbrée pour le retour du questionnaire.

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

Je vous prie d'agréer, cher confrère, monsieur, madame, mes sincères salutations.

BARTHELAT Guillaume

ANNEXE 8 : Questionnaire médecin

1) Comment avez-vous connu le centre plaie et cicatrisation ?

- 1 Par un(e) confrère
- 2 Par un IDE
- 3 Par les journées de formation organisées par la clinique
- 4 Autre (précisez SVP)

2) Depuis combien de temps votre patient présente-t-il une plaie ?

- 1 Moins d'un mois
- 2 Entre 1 et 6 mois
- 3 Plus de 6 mois

3) Le patient a-t-il bénéficié de l'avis d'un spécialiste avant de consulter au centre plaie ?

- 1 Oui
- 2 Non

4) Si oui, le(s)quel(s) ?

- 1 Dermatologue
- 2 Chirurgien vasculaire
- 3 Angiologue
- 4 Diabétologue
- 5 Autre (précisez SVP)

5) Suite à cette consultation de spécialiste (avant le passage au centre plaie), un protocole de soins a-t-il été instauré ?

- 1 Oui
- 2 Non

6) En quoi a consisté ce protocole de soins (avant le passage au centre plaie) ?

- 1 Protocole de pansement
- 2 Mise en place d'une antibiothérapie
- 3 Mise à plat chirurgicale
- 4 Prescription d'examen complémentaires (radiographie, TDM, doppler artério-veineux des membres inférieurs)
- 5 Equilibre du diabète
- 6 Equilibre du traitement antalgique
- 7 Prélèvement bactériologique de la plaie
- 8 Prescription d'une chaussure de décharge
- 9 Autres (précisez)

7) Est-ce que l'ouverture du centre plaie vous a apporté une aide ?

- 1 Oui (de quel ordre ?)
- 2 Non pourquoi ?

8) Selon vous, quelles pourraient être les améliorations à apporter au centre plaie ?

ANNEXE 9 : Questionnaire patient

1) Où en est votre plaie ?

- 1 Cicatrisation totale
- 2 Cicatrisation partielle
- 3 Identique
- 4 Aggravation
- 5 Nouvelle plaie + cicatrisation totale de la 1ere plaie
- 6 Nouvelle plaie + cicatrisation partielle de la 1ere plaie
- 7 Décès du patient

2) Depuis votre hospitalisation dans le service, diriez-vous que votre état de santé est :

- 1 Meilleur
- 2 Moins bon
- 3 Identique
- 4 Ne se prononce pas

3) Depuis votre hospitalisation dans le service, diriez-vous que vos douleurs (au niveau de la plaie) ont :

- 1 Diminué
- 2 Augmenté
- 3 Identiques
- 4 Ne se prononce pas

4) Depuis votre hospitalisation dans le service, diriez-vous que vous vous déplacez :

- 1 Plus facilement
- 2 Moins facilement
- 3 Identique
- 4 Ne se prononce pas

5) Depuis votre hospitalisation dans le service, diriez-vous que vous effectuez de difficultés les actes de la vie courante (toilette, habillement, courses, ménages,...) :

- 1 Plus facilement
- 2 Moins facilement
- 3 Identique
- 4 Ne se prononce pas

- 6) Depuis votre hospitalisation dans le service, diriez-vous que vous avez repris confiance dans votre état de santé ?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Identique
 - 4 Ne se prononce pas
- 7) Depuis votre hospitalisation dans le service, diriez-vous que vous avez repris confiance dans les équipes soignantes ?
- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 Identique
 - 4 Ne se prononce pas
- 8) Depuis votre hospitalisation dans le service, diriez-vous que le sentiment d'être une charge pour votre entourage a :
- 1 Diminué
 - 2 Augmenté
 - 3 Identique
 - 4 Ne se prononce pas
- 9) Depuis votre hospitalisation dans le service, diriez-vous que votre sommeil est :
- 1 Meilleur
 - 2 Moins bon
 - 3 Identique
 - 4 Ne se prononce pas
- 10) Depuis votre hospitalisation dans le service, diriez-vous que vos envies de loisirs, de vous divertir ont :
- 1 Augmenté
 - 2 Diminué
 - 3 Identique
 - 4 Ne se prononce pas

ANNEXE 10 : DU plaie et cicatrisation de Nice

Il existe un diplôme universitaire « plaies, brûlures cicatrisation » accessible aux médecins. C'est une réelle formation sur la prise en charge des plaies chroniques avec un abord pluri-disciplinaire : vasculaire, infectieux, diabétologique, chirurgical, nutritionnel, rééducatif, podologique... A la Faculté de Médecine de Nice, ce DU est dirigé par le Professeur Dumontier et le Docteur Chignon-Sicart.

Le programme est le suivant (48) :

Semaine 1 :

- ✕ Introduction
- ✕ Anatomie et physiologie de la peau
- ✕ Complication de la cicatrisation : prise en charge de la douleur
- ✕ Caisson Hyperbare
- ✕ Présentation et discussion de cas cliniques
- ✕ Techniques d'avenir en cicatrisation chez le sujet âgé et le paraplégique
- ✕ Nutrition
- ✕ Escarre : point de vue de l'infirmière
- ✕ Supports thérapeutiques en cicatrisation
- ✕ Attelles statiques et dynamiques, compression, traitements médicaux en cicatrisation
- ✕ Prise en charge de la brûlure aux urgences et au SMUR
- ✕ Escarre : point de vue du médecin rééducateur
- ✕ Prise en charge du pied diabétique
- ✕ Suture et greffe cutanée
- ✕ Brûlures : Epidémiologie
- ✕ Prise en charge et gestes d'urgence
- ✕ Lésions traumatiques aiguës et chroniques
- ✕ Ulcère de jambe : point de vue du chirurgien vasculaire
- ✕ Troubles trophiques chez l'artéritique : aspects cliniques et bilan paraclinique
- ✕ Place de la chirurgie vasculaire dans la cicatrisation chez l'artéritique

Semaine 2 :

- ✕ Les techniques d'avenir en cicatrisation
- ✕ Attelles statiques dynamiques, compression, traitements médicaux en cicatrisation
- ✕ Aspects réglementaires. Marquages CE, Normes AFNOR
- ✕ Conformité à la pharmacopée. Marchés publics. Coûts
- ✕ Choix des pansements : de l'impression clinique à l'évaluation médico-économique
- ✕ Principes des traitements locaux et plaies
- ✕ Traitements adjuvants en cicatrisation
- ✕ Maladies génétiques influençant la cicatrisation
- ✕ Traitement de la douleur par anesthésie locorégionale
- ✕ Les étapes clés du processus de recherche et développement à Galderma R&D : de la découverte de molécule au médicament
- ✕ Les pathonimies
- ✕ Les dermo cosmétiques et le maquillage médical sur des peaux pathologiques
- ✕ Lésions cutanées d'origine toxique
- ✕ Cicatrisation dirigée
- ✕ Escarres : point de vue du chirurgien réparateur
- ✕ Infectiologie des plaies, contamination, prophylaxie, diagnostic, conduite à tenir
- ✕ Ulcère de jambe : point de vue du dermatologue
- ✕ Eczématisation, dégénérescence des plaies
- ✕ Intérêts des lampes et lasers dans les plaies chroniques
- ✕ Présentation et discussion des cas cliniques

BIBLIOGRAPHIE

- (1) HAS Les pansements indications et utilisations recommandées, avril 2011, p.1
- (2) INSEE, Estimations de population – Pyramides des âges : 2014, Alpes-Maritimes
- (3) INSEE, Estimations de population – Pyramides des âges : 2014, France métropolitaine
- (4) MARTEL Philippe, DOSQUET Patrice, HAS, Recommandation pour la pratique clinique : prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse, hors pansement, juin 2006, p.20, p.174, p.195, p.164-174, p.196, p.200, p.164
- (5) FAGOT-CAMPAGNA A, ROMON I, FOSSE S, ROUDIER C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France – Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, novembre 2010, 12 p. [internet] [cité le 2 novembre 2016] Disponible sur : www.invs.sante.fr
- (6) BOULTON Andrew, Le pied diabétique : épidémiologie, facteurs de risque et état des soins. *Diabetes Voice*, volume 50, novembre 2005 ; 7 pages
- (7) BARROIS Brigitte, ALLAERT André, Enquête nationale de prévalence des escarres, enquête décennale 1994, 2004, 2014, Résultats PERSE
- (8) Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014, Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004) p.82-84, proposition 10 p136-137
- (9) PALFREYMAN S. (2008). Evaluation de l'impact de l'ulcère veineux sur la qualité de vie. *Nursing times*, 104(41), 34-37
- (10) CIESIELSKI BAROILLIER Victoria, Prise en charge de l'ulcère veineux de jambe : évaluation de la qualité des connaissances des internes de médecine générales d'après les guidelines internationales, Université Paris Diderot – Paris VII, Faculté de médecine, année 2013
- (11) TAUVERON V, PERRINAUD A, FONTES V, LORETTE G, MACHET L. Connaissances et difficultés des médecins dans le traitement local des ulcères de jambe: Enquête auprès de médecins généralistes en Indre-et-Loire. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2004 Aug;131(8-9):781-6
- (12) International Working Group on the Diabetic Foot 2011, Groupe international de travail sur le pied diabétique 2011, p.314-319
- (13) HAS : synthèse de recommandations professionnelles 2007, Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée
- (14) DARETHS FABIER Sophie. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation, thèse soutenue en 2011, Université Bordeaux 2, p.40

- (15) LOUAHIDI Kaltoum. Utilisation des classifications de la maladie asthmatique en médecine générale, thèse soutenue en 2004, Université Paris 7 – Denis DIDEROT, p.23
- (16) VAILLANT-ROUSSEL Catherine, BERNARD Erik, Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale ?, *Exercer, la revue française de médecine générale*, volume 23, numéro 100 : 31-2, 2012, p.1-2
- (17) DELRUE Maxime, Hôpital de Jour "Ville-Hôpital", évaluation de la satisfaction des médecins généralistes, thèse soutenue en 2015, Université Paris Diderot-Paris 7, p.39
- (18) MEAUME Sylvie, La prise en charge des douleurs liées à la plaie : enquête auprès des médecins sur les pratiques en France, *JPC : Journal des plaies et cicatrisations*, N°72 TOME XV (mars 2010), p. 6-10
- (19) CHATAP Guy, La douleur, physiologie et prise en charge pluridisciplinaire, février 2010, p.63-67
- (20) AVAN Nicole, Réflexion sur une démarche qualité dans le pansement en médecine de ville ou réflexion sur « penser l'acte de panser », Société française et francophone des plaies et cicatrisation, base de connaissance
- (21) AUGUSTIN matthias, CARVILLE Keryln, CLARK Michael, CURRAN John, FLOUR Mieke, LINDHOLM Christina, MACDONALD John, MATSUZAKI Kyoichi, MOFATT Christine, PATTISON Matt, PRICE Patricia, TRUEMAN Paul, WHITE Wendy, YOUNG Trudie, Consensus international. Optimisation du bien-être des personnes vivant avec une plaie. Présentation réalisée par un groupe de travail spécialisé. Londres : Wounds International, 2012, p.1, p.2, p.3, p.5
- (22) INSEE, Durée de vie probable d'une personne selon son âge (60 à 99 ans) et son genre, 2010
- (23) La cicatrisation, chapitre cicatrisation chez le sujet âgé et chapitre retards à la cicatrisation site pédagogique de la Faculté de Médecine de Sfax
- (24) FOUASSIER Pascale, Rapport d'expert pour la conférence de consensus de l'ANAES (HAS), novembre 2001, p.3
- (25) FAYOLLE-PIVOT, BONNET Laure, Nutrition et cicatrisation, DU Plaies et cicatrisation 2013-2014, p.19-20
- (26) TEOT Luc, Plaies, pansements et douleurs des soins, Plaies sans douleurs : un challenge multidisciplinaire, p.3
- (27) ALLAERT François-André, BARROIS Brigitte, COLIN Denis. Evolution de la prévalence des escarres chez les patients suivis à domicile entre 2003 et 2006. *Soins Gérontologie* n° 76 mars/avril 2009
- (28) JEANNEAU Damien, Centre de cicatrisation multidisciplinaire de Libourne, mémoire DESC vasculaire, 2013, p.13
- (29) CLOSET Isabelle, La santé du cœur des femmes : une urgence, fédération française de cardiologie, p.3
- (30) DECRUCQ Krystel, Plaies chroniques Prélèvements, interprétation, p.4, p.9-12, p.14

- (31) [internet] [cité le 2 novembre 2016] Disponible sur : <http://www.cicat-lr.org/>
- (32) Collège des enseignants de dermatologie, Annales de dermatologie et de vénéréologie, volume 142, supplément 2, juin 2015, p.187-192
- (33) Conférence de consensus, prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, novembre 2001, p.6
- (34) VANNEREAU D., GUIHUR B., MARTINI J., Pansements et diabète, mal perforant plantaire, Société française et francophone des plaies et cicatrisations
- (35) World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principes de bonne pratique : L'infection des plaies en pratique clinique. Un consensus international. Londres : MEP Ltd, 2008, p.1
- (36) LIEKENS Alain, Boite à outils : questionnaires SF-36 et SF-12, échelles d'état de santé et de qualité de vie
- (37) LAUNOIS Robert, test CIVIQ, [internet] [cité le 2 novembre 2016] <http://www.civiq-20.com/>
- (38) PRICE P., HARDING K., Cardiff Wound Impact Schedule: the development of a condition-specific questionnaire to assess health-related quality of life in patients with chronic wounds of the lower limb
- (39) GILLY O., ODIN G., FREDENRICH A., CANIVET B., La technique « Platelet Rich Fibrin » (PRF) dans la prise en charge des plaies du pied diabétique : rôle majeur ou adjuvant ?, *Diabetes & Metabolism*, volume 35, N°S1, mars 2009
- (40) NICOLET Clotilde, Intérêt du PRF dans la qualité de la cicatrisation : état actuel des connaissances et controverses. Other (q-bio.OT). 2012
- (41) REVOL M., SERVANT J.-M. Greffes cutanées. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, 45-070, 2010
- (42) HAS : traitement des plaies par pression négative (TPN) : des utilisations spécifiques et limitées, 2011
- (43) HARDY-ROCHER Myriam, La larvothérapie, une nouvelle prise en charge des détersions de plaies, *La revue de l'infirmière*, n°154, octobre 2009, p.38-40
- (44) MARTINEZ-LANCIEN Nelly, ROUX Marie-José, La luciliathérapie, mémoire DU « plaies et cicatrisations », université Montpellier 1, 2004
- (45) BIGA Julie, Oxygénothérapie Hyperbare, HAS, service évaluation des actes professionnels, janvier 2007, p.30-31
- (46) Euro-Pharmat, Le système Jetox, nettoyage et détersion des plaies par oxygène et sérum physiologique pressurisé, octobre 2012, 22^e journées nationales sur les dispositifs médicaux, p.13-17
- (47) FROMANTIN Isabelle, Détersion : la place des hydrojets et du traitement par pression négative, Santé LOG, la communauté des professionnels de santé, février 2014

(48) Université de Nice, [internet] [cité le 2 novembre 2016] Disponible sur : <http://unice.fr/formation/formation-initiale/mdu022100>

(49) LEGER P, LATGER S, CREACH F, FOUCHOU LAPEYRADE F, COR A, FORGUES F, DORNIER-CASSAGNEAU C, FAIVRE-CARRERE C, PARADIS H, PRONOST AM. Place des centres de plaies et cicatrisation dans la prise en charge des plaies chroniques. *Sang Thrombose Vaisseaux* 2015 ; 27 (5) : 271-80 doi : 10.1684/stv.2015.0912

(50) Site internet de la Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle, [internet] [cité le 2 novembre 2016], Disponible sur : <http://www.mspb.com/pole-medico-chirurgical/centre-diagnostic-et-traitement-plaies-chroniques.html>

(51) PHILLIPS PL, WOLCOTT RD, FLETCHER J, SCHULTZ GS. Biofilms Made Easy. *Wounds International* 2010 ; 1 (3) [internet] [cité le 2 novembre 2016] Disponible sur : <https://www.woundsinternational.com>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction

Devant les difficultés de prise en charge des plaies chroniques pour le patient (douleur, détérioration de la qualité de vie) et pour le médecin généraliste (MG) (multiplication des examens et des protocoles), un centre plaie et cicatrisation (CPC) pluridisciplinaire est créé à Nice. Cette étude a pour objectif de décrire l'impact de la prise en charge proposée au CPC sur l'exercice du MG, la santé et la qualité de vie de son patient.

Matériel et méthode

L'étude concerne des patients hospitalisés entre le 31/12/14 et le 30/11/15 au CPC et consiste en une enquête auprès des patients et leur MG (questionnaire appréciant leur ressenti, 4 mois à 1 an après le séjour au CPC).

Résultats

155 patients sont retenus.

A distance, 105 patients sont interrogés (67.75%), 39 sont décédés (25.16%) et 11 sont perdus de vue (7.10%). La cicatrisation totale est obtenue dans 48.57% des cas (n=51), partielle dans 28.57% des cas (n=30). Les douleurs ont diminué dans 68.57% des cas (n=72). L'état général s'est amélioré dans 40.00% des cas (n=42).

74 MG ont retourné le questionnaire (54.19%). La prise en charge libérale d'une plaie chronique pour les MG consiste en la prescription d'un type de pansement (63.10% ; n=53), la demande d'avis auprès d'un spécialiste (54.76% ; n=46), la prescription d'examens complémentaires (29.76% ; n=25), la mise en place d'une antibiothérapie (28.57% ; n=24). 89% des médecins confirment que le CPC est une aide dans la prise en charge des plaies chroniques.

Conclusion

Avec une prise en charge pluridisciplinaire et spécialisée, la coordination des soins et l'établissement d'un protocole, dans une unité de lieu, le CPC s'intègre dans le parcours de soins des patients porteurs de plaie chronique. Il apporte une aide au patient et au MG pour dans la cicatrisation et l'amélioration de la qualité de vie.

Mots-clefs

Cicatrisation, ulcères, plaies chroniques, escarres, mal perforant plantaire, médecin généraliste, pluridisciplinaire, qualité de vie.