



L'étude des pratiques des médecins généralistes marseillais concernant la prise en charge des ulcères veineux

Sarah Rezkallah

► To cite this version:

Sarah Rezkallah. L'étude des pratiques des médecins généralistes marseillais concernant la prise en charge des ulcères veineux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02094855

HAL Id: dumas-02094855

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02094855>

Submitted on 10 Apr 2019

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.



**L'étude des pratiques des médecins généralistes marseillais concernant
la prise en charge des ulcères veineux**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 13 Novembre 2018

Par Madame Sarah REZKALLAH

Née le 25 octobre 1990 à Besancon (25)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CASANOVA Dominique

Président

Madame le Docteur CARCOPINO-TUSOLI Magali

Directeur

Monsieur le Professeur BARTOLI Michel

Assesseur

Madame le Professeur GAUDY-MARQUESTE Caroline

Assesseur

Monsieur le Docteur ELIAS Antoine

Assesseur



**L'étude des pratiques des médecins généralistes marseillais concernant
la prise en charge des ulcères veineux**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 13 Novembre 2018

Par Madame Sarah REZKALLAH

Née le 25 octobre 1990 à Besancon (25)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CASANOVA Dominique

Président

Madame le Docteur CARCOPINO-TUSOLI Magali

Directeur

Monsieur le Professeur BARTOLI Michel

Assesseur

Madame le Professeur GAUDY-MARQUESTE Caroline

Assesseur

Monsieur le Docteur ELIAS Antoine

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiatisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Sclolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUE PAULETTE
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTÉY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUBE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAÏM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
 DANIEL Laurent (PU-PH)
 FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
 GARCIA Stéphane (PU-PH)
 XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 KERBAUL François (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)
 BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
 PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
 DRANCOURT Michel (PU-PH)
 FENOLLAR Florence (PU-PH)
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)
 RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
 LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
 DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAÏM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) *Surnombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOIR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS:

À mon jury:

À Monsieur le **Professeur CASANOVA**,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail et pour l'attention que vous y avez portée.
Il était primordial pour moi que vous soyez le président de mon jury afin d'y apporter vos connaissances et votre expertise.

À Madame le **Docteur CARCOPINO-TUSOLI**,

Je vous présente toute ma gratitude pour avoir accepté la direction de ce travail dont vous êtes à l'origine.

Merci de m'avoir accompagnée avec bienveillance durant toute cette année.

Je vous suis reconnaissante pour l'intérêt que vous y avez porté, la patience dont vous avez fait preuve tout au long de son élaboration, vos conseils et votre disponibilité.

À Monsieur le **Professeur BARTOLI**,

Je vous remercie de m'avoir honorée de votre présence dans ce jury, l'opinion d'un chirurgien vasculaire me paraissait essentielle, pour avoir tous les acteurs de la prise en charge de la pathologie ulcéreuse.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

À Madame le **Professeur GAUDY-MARQUESTE**,

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

L'avis d'un Professeur de dermatologie me semblait nécessaire au vue de mon sujet.

Merci de m'avoir accordé votre expertise.

À Monsieur le **Docteur ELIAS**,

A travers ces mots je ne peux vous exprimer toute ma reconnaissance.

Tout d'abord, je tiens à vous présenter mes remerciements d'avoir bien voulu prendre part à mon jury de thèse, mais aussi à l'intérêt que vous avez porté à mon travail et à ma formation en pathologie vasculaire, vous m'avez appris la recherche perpétuelle de perfectionnement.

Le semestre passé dans votre service a été déterminant pour ma pratique.

En plus de m'apporter les ressources nécessaires à l'exercice de mon futur métier, il a été une expérience de vie des plus enrichissantes tant sur le plan humain que professionnel.

À mon praticien:

Monsieur le **Docteur VERNET**, merci de m'avoir accueillie et formée à la médecine libérale.

Durant tout le semestre ce fut un plaisir de venir en stage.

Brigitte et toi avez fait preuve de bienveillance pendant ces 6 mois.

A ma famille:

Maman, tu es mon modèle, avec nous trois tu fais preuve d'un dévouement hors pair.
Sans toi et ton amour, je serai perdue.
Quoi qu'il arrive tu te montres toujours très attentionnée et grâce à toi je me sens privilégiée.
Tes conseils me sont précieux.
Saches que les nuits blanches auprès de toi et la patience dont tu as fais preuve tout au long de mes études sont gravés dans ma mémoire.

Papa, j'adore être ta princesse, toi qui as toujours cru en moi saches que tu es le pilier de ma vie.
Ton amour infini et tes conseils m'ont aidé à toujours viser plus haut.
Je sais que ça ne doit pas être facile pour toi d'être au milieu de quatre femmes et pourtant tu fais preuve de patience et d'ouverture d'esprit.
Merci pour tes longues heures à corriger mon orthographe.

À vous deux, je vous aime, vous êtes les personnes que j'admire le plus au monde, si je suis une femme épanouie aujourd'hui c'est grâce à vous.

À ma grande soeur adorée **Amina**, tu es mon exemple depuis notre plus jeune âge, tu joues ton rôle d'ainée en étant protectrice et tu nous conseilles depuis tellement d'années.
Merci pour ton écoute et ta présence.
Tu es mon inspiration.

À mon petit ange **Tesnyme**, depuis ta naissance tu sais que tu resteras mon bébé.
Quoi qu'il arrive nous serons toujours présents à tes cotés.
Merci de m'avoir soutenu lors de ces années difficiles. Tu es notre fierté.

À mes toutes les deux, il m'est pas évident de mettre par écrit tout l'amour que je vous porte, je vous aime à l'infini...

À ma meilleure amie **Riana**, sache que ta présence depuis le début de notre très belle amitié m'est chère, tu as toujours été là pour moi lors des bons et des mauvais moments de ma vie.
Toujours aussi proches malgré la distance, je considère notre relation comme extraordinaire.
Tu fais partie des piliers de ma vie, je te considère sincèrement comme un membre à part entière de ma famille et je souhaiterai que tu sois toujours auprès de moi.

À ma tata **Sihem**, malheureusement tu n'as pas pu être présente aujourd'hui pour me voir devenir grande, mais je tiens tout de même à te remercier pour ton humour, ta bonne humeur permanente et la confiance que tu as en moi depuis mon plus jeune âge.
Tu m'as toujours soutenu et sache que jamais je ne l'oublierai.

À ma cousine **Amel**, depuis notre venue à Marseille, nous sommes devenues plus proches et confidentes, je suis contente de t'avoir près de moi.

À mes amis:

À **Firdaouss**, depuis l'externat, ton amitié m'est très chère, ma co aventurière et colocataire marseillaise!

Je ne pense pas que j'aurai tenté l'aventure sans toi mais ta présence m'a permis de vivre cette expérience et j'en suis ravie.

J'espère qu'on aura encore l'occasion de partager de nombreuses soirées et plusieurs voyages!

À mes amis rencontrés lors de l'externat à Besançon...

Inès, malgré la distance on garde notre belle et sincère amitié.

Quoi qu'il arrive je sais que je peux compter sur toi et tu sais que c'est réciproque.

Nourredine, mon frère de stage, en moins d'un mois de plaisanteries et de soutien j'étais totalement conquise par ton humour.

Tu as toujours su m'épauler, ton amitié m'est chère j'espère qu'elle durera encore de nombreuses années.

À mes copines marseillaises.

Estelle, Magali et Anaïs pour votre humour, votre présence et vos oreilles attentives quand j'avais besoin qu'on me remonte le moral.

Aux belles rencontres dans le service de médecine vasculaire de Toulon.

Sarah, tu es une de mes plus belles rencontres, le coup de coeur de mon internat, nos longues conversations, nos heures à chanter, ta bonne humeur, ton sourire et ton soutien moral m'ont été précieux tout au long de cette année.

Ghezlan, nos pauses brownies réconfortantes, nos fous rires et nos confidences ont rendu mon semestre encore plus agréable.

Tu as été une assistante hors du commun!

Quoi de mieux qu'une personne avec un fort caractère et un coeur très tendre pour me comprendre?

Wassim, originaire de la même ville il nous a fallu venir à Toulon pour se rencontrer.

Je te remercie surtout d'avoir supporté nos chansons bien que finalement tu ai adhéré à notre style musical.

Ton humour nous as égayé le semestre.

Je suis ravie de te connaître, tes convictions et ta force de caractère m'impressionnent, tu es une belle personne.

Dimitri, merci d'avoir supporté nos gloussements quotidiens durant tout le semestre, ils nous permettaient une décompression totale et un apprentissage optimal.

Anaïs, ta présence, ton calme et tes petites histoires m'ont permis d'apprendre la médecine vasculaire dans la bonne humeur.

Marie, tu es la touche de douceur de l'équipe toulonnaise.

On se sent toujours appuyé et protégé grâce à toi.

Tu m'as permis de prendre la confiance nécessaire progressivement.

Merci pour ton soutien.

À **Coraline et Melissa** vous êtes des personnes extra ordinaires, c'est un plaisir d'avoir pu travailler avec vous.

À **Pierre**, pour ton soutien, ta patience et tes mots réconfortants, merci de m'avoir accompagné tout au long de cette année.
Tu es entré dans ma vie il n'y a pas si longtemps mais je ne l' imagine plus sans toi.
Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

I:PRÉFACE:

I.1. Définition

II.2. Physiopathologie

III.3. Facteur de risque des ulcères

PARTIE II: INTRODUCTION:

II.1. Recommandation HAS de la prise en charge des ulcères de jambe d'origine veineuse hors pansement.

II.1.A. Recommandations générales

- II.1.A.a: Anamnèse
- II.1.A.b: Examen clinique
- II.1.A.c: Examens complémentaires
- II.1.A.d: Traitements médicaux

II.1.B. Le champs de la chirurgie

II.1.C. Les autres traitements

II.2- Recommandation HAS de la prise en charge des ulcères de jambe d'origine veineuse: les pansements.

II.2.A: Présentation des pansements primaires évalués les plus fréquents.

II.2.B: Utilisation des différents pansements: Indications.

PARTIE III: L'ÉTUDE

III.1. Rationnel de l'étude

III.1.A. Place du médecin généraliste dans le parcours de soin

III.1.B. Point sur la prise en charge actuelle

III.1.C. Impact socio économique

III.1.D. Epidémiologie

III.1.E. Prévalence

III.1.F. Objectif de l'étude

III.2. Méthode, matériel

III.2.A. Schéma de l'étude

III.2.B. Type d'étude

III.2.C. Recueil de données

III.2.D. Critère de jugement principal

III.2.E. Critère de jugement secondaire

III.2.F. Test et méthode statistique

III.3. Résultats

III.3.A: Taux de réponse au questionnaire

III.3.B: Pourcentage de réponse aux différentes questions

- III.3.B.a. Définition de l'ulcère de jambe veineux
- III.3.B.b. Relatif au délai de consultation
- III.3.B.c. Temps estimé moyen de cicatrisation des patients de chaque médecin
- III.3.B.d. Prise en charge lors de la première consultation
- III.3.B.e. Prise en charge lors de la consultation à un mois d'évolution de la plaie

- III.3.B.f: Analyse de la prise en charge lors de la deuxième consultation à un mois en fonction de la prise en charge lors de la première consultation pour ulcère veineux.

III.3.C: Analyse des réponses du sous groupe de médecin ayant des cicatrisation de plus de 3 mois

- III.3.C.a. Explication sur la création d'un sous groupe
- III.3.C.b. Prise en charge en première consultation
- III.3.C.c. Prise en charge lors de la consultation à un mois d'évolution.

III.4. Analyse des résultats

III.4.A. Respect de l'objectif de l'étude

III.4.B. Mise en évidence du retard de cicatrisation

III.4.C. Facteurs associés au retard de cicatrisation

- III.4.C.a. Connaissance par les praticiens de la pathologie
- III.4.C.b. Retard de consultation du patient
- III.4.C.c. Défaut de recherche de l'étiologie de la plaie par le praticien
- III.4.C.d. Défaut dans la prise en charge de la pathologie de fond
- III.4.C.e. Délai de consultation chez les médecins spécialistes
- III.4.C.f. Éléments du questionnaire pouvant être associés au retard de cicatrisation mis en évidence dans cette étude:

III.5: Discussion

III.5.A. Validité intrinsèque

- III.5.A.a. Biais de sélection
- III.5.A.b. Biais de mesure
- III.5.A.c. Biais de classement
-

III.5.B. Validité extrinsèque

- III.5.B.a. Autres études françaises.
- III.5.B.b. Etudes européennes
- III.5.B.c. Etudes dans le monde

III.6 Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

I/ PRÉFACE:

I.1. Définition:(1)

L'ulcère de jambe est une perte de substance cutanée chronique, sous le genou, ne cicatrisant pas dans un délai de 4 à 6 semaines.

Lors d'une récurrence d'ulcère, le délai de 6 semaines n'est pas nécessaire pour poser le diagnostic.

L'origine de cette catégorie de plaie peut être traumatique, hypoxique ou infectieuse.

L'ulcère veineux (70% des ulcères) est classiquement péri malléolaire (70%), débutant souvent spontanément, à bords minces et irréguliers, peu profond, possiblement bilatéral (38%).

Il peut être pur avec un index de pression systolique: (IPS= PAS cheville / PAS brachiale) > 0,9 ou mixte à prédominance veineuse

(Participation de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs: IPS entre 0,7 et 0,9).

I.2. Physiopathologie de l'ulcère veineux:

Principes

Mécanismes cellulaires

L'ulcère est la conséquence d'une destruction de tissus par :

- 1 Défaut d'apport des éléments nécessaires à sa nutrition, principalement l'oxygène entraînant une hypoxie tissulaire (oxygénation insuffisante).
- 2 Présence de substances toxiques pour les cellules, non ou mal évacuées par le système veineux ou lymphatique dont le rôle "d'égoutier" de l'organisme n'est plus assuré.

Physiologie

Trois théories s'affrontent (ou se complètent) quant aux mécanismes physiologiques :

- 1 une ouverture des shunts artério-veineux (passage du sang artériel dans les veines),
- 2 la formation d'un manchon péri-capillaire de fibrine (théorie de Browse et Burnand),
- 3 le "trapping" (ou "piégeage") des globules blancs avec libération dans le tissu interstitiel de médiateurs de l'inflammation.

I.3. Facteurs de risque d'un ulcère veineux: (1)

Les patients étant particulièrement à risque sont ceux ayant des antécédents de pathologie veineuse personnels ou familiaux notamment de varices traitées ou non.

Les patients aux antécédents personnels ou familiaux documentés ou suspectés de thrombose veineuse profonde, de thrombose veineuse superficielle et/ou d'embolie pulmonaire.

Les personnes ayant des antécédents de traumatisme important avec chirurgie ou non des membres inférieurs.

Et particulièrement les patients ayant déjà fait un ulcère de jambe veineux.

Par rapport à l'augmentation de la prévalence en fonction de l'âge, du sexe et des traitements hormonaux ceux ci semblent jouer un rôle non négligeable dans la survenue d'un ulcère de jambe.

PARTIE II: INTRODUCTION:

II.1. Recommandation HAS de la prise en charge des ulcères de jambe d'origine veineuse hors pansement.

II.1.A. Recommandations générales

La prise en charge optimale: (1)

Elle est très protocolisée:

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé:

La consultation doit être organisée de manière systématique.

- II.1.A.a: Anamnèse

Le médecin doit retracer l'histoire de la maladie ulcéreuse dans son ensemble notamment le mode et la date d'apparition de la plaie, les antécédents personnels (récidives très fréquentes) et familiaux d'ulcères et de pathologies vasculaires, les prises en charge déjà effectuées (auto médication, soins infirmiers...), l'allure évolutive.

Les points importants à définir sont les antécédents de maladie thrombo-embolique veineuse et situations à risque, les facteurs de risques vasculaires et de non cicatrisation.

- II.1.A.b: Examen clinique

Il doit être fait en trois temps, le médecin se doit d'examiner l'ulcère puis le membre et le patient.

- L'ulcère doit être défini par son suintement (couleur, odeur), ses bords, sa taille, son fond, sa profondeur, la peau péri ulcéreuse et la localisation.

(photographie si possible pour surveiller l'évolution).

- La jambe doit être décrite avec les manifestations cliniques de l'insuffisance veineuse (dermite ocre, atrophie blanche, cicatrisation d'autres ulcères), oedème et poulx.

Il est indispensable, dans un but thérapeutique (contention) de mesurer les IPS.

Les examens rhumatologique et neurologique permettent de comprendre le retard de cicatrisation (ankylose de la cheville, polynévrites avec dysésthésies).

Il est primordial d'évaluer la douleur à l'aide d'échelle validée.

Pour les ulcères veineux, elles sont le plus souvent décrites comme modérées.

- Concernant le patient dans sa globalité, on recherche des facteurs systémiques qui entretiendraient l'ulcère (insuffisance cardiaque ou respiratoire, dénutrition, inflammations chroniques) et des éléments permettant d'apprécier le retentissement de l'ulcère sur la qualité de vie (douleur, perturbation du sommeil, appétit, autonomie).

- II.1.A.c: Examens complémentaires

L'échographie doppler veineuse du membre inférieur en position allongée et debout permet une analyse anatomo-fonctionnelle.

Moins fréquentes et permettant d'évaluer l'hypertension veineuse:
pléthysmographie, pluspléthysmographie, mesure directe de la pression veineuse ambulatoire, volumétrie, capillaroscopie.

- II.1.A.d: Traitements médicaux

Il est mené par une équipe pluridisciplinaire et doit être symptomatique et étiologique.

La compression veineuse après mesure et adaptation des IPS est indispensable.
Elle est intégrée dans tous les protocoles de pansements quelque soit la cause de l'insuffisance veineuse. Elle permet la réduction de l'oedème et améliore la micro-circulation.

Les médicaments veino-toniques ont démontré un léger bénéfice dans les formes peu sévères: Principalement Diosmine cependant il n'est pas remboursé dans cette indication car l'HAS estime le service médical rendu insuffisant. (39.40).

II.1.B. Le champs de la chirurgie

Le traitement chirurgical des veines superficielles évalué dans l'étude ESCHAR (41) en association avec la compression veineuse n'a pas montré de supériorité par rapport à la compression seule, uniquement une limitation des récives à 1 an dans les cas où il existe un reflux superficiel ou profond distal.

Plus spécifiquement, on peut réaliser une prise en charge hyper spécialisée de la plaie par des facteurs de croissance, des surnageant de plaquettes activées, des substituts cutanés, ou des greffes cutanées.

II.1.C. Les autres traitements

Enfin, il ne faut pas négliger les traitements adjuvants:

Kinésithérapie (drainage de posture, lymphatique), rééducation, antalgiques.

Et les traitements préventifs:

Sclérose de varices, compression élastique et surveillance rapprochée des épidermites de jambes.

II.2- Recommandation HAS de la prise en charge des ulcères de jambe d'origine veineuse: les pansements. (2)

En 2011 l'HAS a établi des recommandations sur les plaies et les principes d'utilisation des pansements.

Ces recommandations comprennent les pansements primaires (contact direct de la plaie), et les pansements secondaires, incluant les compresses et les matériels de fixation et de maintien.

L'évaluation effectuée par l'HAS (rapport publié en 2007) devait déterminer l'effet thérapeutique et les effets indésirables des différents pansements primaires :

Les pansements non cités n'ont pas établis de preuve d'efficacité clinique.

Les matrices cellulaires, les facteurs de croissance, les systèmes de traitement des plaies par pression négative (qui ont fait l'objet d'une évaluation et d'une fiche de bon usage spécifiques) n'ont pas été pris en compte dans cette étude.

Cependant, les données qui permettent de préférer certains types de pansements à d'autres demeurent d'un **faible niveau de preuve**.

Dans certaines plaies, aucune catégorie de pansements ne peut être recommandée.

Toutefois dans le rapport de l'HAS il est bien spécifié que la base fondamentale du traitement d'un ulcère de jambe est la prise en charge de l'étiologie sous-jacente.

II.2.A: Présentation des pansements primaires évalués les plus fréquents:(2)

Alginate : composés à plus de 50% d'alginate, avec ou sans carboxyméthylcellulose (CMC). Très absorbants et hémostatiques, en compresses ou en mèches.

Fibres de carboxyméthylcellulose (CMC, dites aussi hydro fibres) : composés majoritairement (> 50 %) de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif, caractérisé par sa capacité d'absorption. Les CMC existent sous forme de compresses ou de mèches.

Hydrocellulaires : ce sont des pansements constitués de polymères absorbants (généralement de la mousse de polyuréthane). Ils existent sous forme de plaques adhésives ou non, de formes anatomiques et de formes adaptées au remplissage des plaies cavitaires.

Hydrocolloïdes : ce sont des pansements constitués de polymères absorbants, dont les propriétés sont liées à la présence de carboxyméthylcellulose. Ils existent sous forme de plaques adhésives, de poudres ou de pâtes.

Hydrogels : les hydrogels sont des gels contenant plus de 50 % d'eau. Ils sont principalement destinés à assurer l'humidification des plaies. Ils existent sous forme de plaques, de compresses imprégnées et de gels.

Pansements vaselinés : ce sont des pansements constitués d'une trame, imprégnée ou enduite de vaseline. Leur retrait est parfois douloureux, car ils adhèrent peu à peu à la plaie.

Interfaces : les pansements interfaces sont constitués d'une trame enduite de polymères de différents types, tels que du gel de silicone. Ils se distinguent des simples pansements gras par une adhérence faible, qui ne s'accroît pas tout au long de l'utilisation au contact direct de la plaie (absence de migration de la substance imprégnée ou enduite), afin de limiter le traumatisme et la douleur induits par le retrait du pansement.

Pansements au charbon actif : ils sont constitués de différents supports auxquels a été ajouté du charbon actif, à visée d'absorption des molécules responsables des mauvaises odeurs des plaies. Ils existent sous forme de plaques et compresses.

Pansements à l'argent : ils sont constitués de différents supports (crèmes, compresses, plaques, etc.) auxquels a été ajouté de l'argent sous des formes physico-chimiques variées, théoriquement à visée antibactérienne.

Pansements à base d'acide hyaluronique : ils contiennent de l'acide hyaluronique (constituant naturel du derme) à des concentrations variables. Ils existent sous diverses formes (crèmes, compresses, sprays, etc.)

II.2.B: Utilisation des différents pansements: Indications:

Dans le cas des ulcères, s'agissant de plaie chronique nous présenterons uniquement ce genre de plaies.

Selon la phase de cicatrisation	Pansements recommandés
Toutes phases	Hydrocolloïdes
Détersion	Alginates ou Hydrogels
Bourgeonnement	Interfaces ou Hydrocellulaires ou vaselinés
Épidermisation	Interfaces ou Hydrocolloïdes

Tableau 1: Pansements recommandés en fonction de la phase de cicatrisation. (2)

Situations cliniques spécifiques	Pansements recommandés
Peau fragile	Interfaces
Risque infectieux / Plaie infectée	Pas de recommandation
Plaies hémorragiques	Alginate
Plaies hémorragiques et trouble de l'hémostase	Coalgan
Plaies malodorantes	Charbon activé

Tableau 2 : Pansements recommandés en fonction des situations cliniques. (2)

Situation clinique	Utilisation de pansements secondaires
Plaie exsudative (recouvrement de pansement)	Compresse stériles absorbantes
Nettoyage de plaie exsudatives	Compresse non stériles
Nettoyage locale de la peau péri-lésionnelle sans plaie ouverte	Coton hydrophile non stérile

Tableau 3: Utilisation des pansements secondaires en fonction de la situation clinique.(2)

Selon les recommandations de la CNEDiMTS, les pansements contenant de l'acide hyaluronique et trois pansements à l'argent sont à usage limité pour les ulcères de jambe.(2)

PARTIE III: L'ÉTUDE

III.1. Rationnel de l'étude

III.1.A. Place du médecin généraliste dans le parcours de soin

En 2004, une étude prospective (3) menée en France sur la prise en charge des ulcères démontre que la majorité des patients consulte en premier lieu leur médecin généraliste. C'est le rôle de celui-ci d'organiser une démarche diagnostique et thérapeutique.

De par son statut privilégié dans le système de santé, il est le premier contact avec les soins et détient la plainte initiale du patient.

Le praticien peut alors assurer une coordination des examens complémentaires, des consultations spécialistes et des protocoles de soins avec les paramédicaux.

III.1.B. Point sur la prise en charge actuelle

Plusieurs études réalisées à l'étranger notamment au Canada (4), sur la prise en charge initiale des ulcères de jambes, ont démontré des failles dans les connaissances du traitement des ulcères de jambe d'origine veineuse.

Souvent le traitement de l'ulcère est réalisé par des pansements gérés par les équipes paramédicales, mais le traitement de la maladie sous-jacente est peu considéré.

La prise en charge doit être réalisée dans un centre spécialisé pour les plaies.

Une étude anglo-saxonne (5) réalisée en 2004 démontre une utilité de ces centres en terme de pourcentage de cicatrisation, de limitation des récidives et de diminution des dépenses d'hospitalisation.

III.1.C. Impact socio-économique en santé publique

Le coût de cette pathologie inclut la prise en charge médicale, les soins paramédicaux, les examens complémentaires et les traitements hospitaliers et ambulatoires.

Plus d'un quart des soins infirmiers libéraux en France, seraient imputables à la prise en charge d'ulcères de jambes (artériels et veineux). (25)

En Europe, une étude de 1997 (6), a évalué le coût des maladies veineuses à 2% du budget de la santé.

En 1992, une étude anglo-saxonne (26) démontrait que la prise en charge des ulcères veineux représentait 1,3% du budget annuel de santé publique.

Une autre étude de cohorte rétrospective de février 2018 (32), faite sur 505 patients anglais a estimé à 7600 livres par personne le coût des ulcères qui guérissent en 12 mois.

Par contre un ulcère qui ne guérit pas est 4 à 5 fois plus important, 3000 livres sterling pour un ulcère guéri, 13500 livres sterling lorsqu'il n'est pas guéri.

En France, en 2001, une étude prospective (8) menée sur 6 mois a démontré que le coût moyen de la prise en charge d'un ulcère de jambe veineux est d'environ 890 euros (48% soins, 33% médicaments, 16% hospitalisation, 3% arrêt de travail).

Sur le plan social la qualité de vie des patients est souvent altérée, d'autant plus si les ulcères deviennent chroniques ou récidivent.

En 2002, une étude de Korn et al. (9) , met en évidence l'économie possible dans une prise en charge optimale.

Sur une dépense de base de 17 070 euros par patient une économie de 5270 euros peut être réalisée avec des soins médicaux optimaux et l'éducation des patients à l'observance.

En incluant le coût des dépenses indirectes c'est à dire les arrêts de travail, une économie de 14 228 euros sur les 32900 euros de base serait réalisable.

III.1.D. Epidémiologie

Aucune étude épidémiologique n'a été réalisée en France.

Les chiffres sont donnés par extrapolation.

Il s'agit d'une pathologie FRÉQUENTE avec une **prévalence de 1%** dans la population générale. (7.10).

III.1.E. Prévalence (10.11)

L'âge moyen de première survenue est entre 67 et 72 ans.

Jusqu'à 3,4% des patients de plus de 80 ans.

Les femmes sont les plus atteintes (Odds ratio entre 1,16 et 2,84).

La prédominance féminine est imputable notamment à la prévalence de l'insuffisance veineuse nettement supérieure chez la femme (Sexe ratio 1,6).

Devant le vieillissement de la population, la prévalence totale des ulcères dans la population générale est actuellement en augmentation.

III.1.F. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est l'observation des pratiques des médecins généralistes marseillais concernant la prise en charge des ulcères d'origine veineuse.

Ce travail est réalisé dans le but de comparer leur délai de cicatrisation par rapport à celui des patients pris en charge dans un parcours de soin dédié aux ulcères afin de démontrer un **retard de guérison** des plaies.

L'objectif secondaire est l'identification **des facteurs associés à ce retard de cicatrisation**.

A terme, cela permettrait de démontrer l'importance d'un réseau de soins organisant la prise en charge optimale de ces plaies dans un centre spécialisé afin d'améliorer la qualité de vie des patients et de réduire le coût en terme de santé publique.

III.2. Méthode, matériel

III.2.A. Schéma de l'étude

C'est une étude de type descriptive observationnelle transversale.

La population étudiée est celle des médecins généralistes (300) de Marseille randomisé sur les pages jaunes.

III.2.B. Type d'étude

Une enquête a été réalisée auprès des médecins généralistes sur la connaissance de la pathologie ulcéreuse, le délai de consultation et de guérison des ulcères veineux de leurs patients et la façon dont ils ont pris en charge ces plaies (pansements, consultations spécialistes...).

III.2.C. Recueil de données

L'enquête transversale a été réalisée par questionnaires (Annexe 1) anonymes adressés aux médecins traitants élaborés en amont avec la directrice de thèse.

Les questionnaires ont été envoyés par courrier postal le 3 février 2018 après randomisation sur les pages jaunes, une enveloppe timbrée par courrier y est jointe pour permettre une réponse: la randomisation s'est faite par tirage au sort de 30% des médecins pour chaque arrondissement marseillais.

L'étude était structurée en cinq questions à choix multiples comportant 27 items en tout.

Le médecin devait lire l'intitulé de chaque question et cocher la case si sa prise en charge correspondait à la réponse proposée.

Il était spécifié qu'aucune réponse n'était jugée comme non adaptée et que le questionnaire était anonyme.

Aucune justification quant à la prise en charge du médecin n'était demandée.

Les questions se rapportaient aux différentes étapes de la prise en charge: d'abord diagnostique puis thérapeutique.

Les réponses proposées en choix multiples se basaient sur des études et des recommandations officielles (HAS, Collège de Médecine Vasculaire...)

La première série de questions s'intéressait à la définition et l'épidémiologie d'un ulcère veineux:

- Connaissance de la population concernée par ces ulcères
- Zone d'apparition de la plaie
- Notion de douleur
- Physiopathologie des ulcères (traumatisme, varices...)

La seconde au délai initial de consultation avec le médecin généraliste après apparition de la plaie:

- Consultation dans la semaine après l'apparition de la plaie
- Consultation après un délai d'au moins 2 semaines avec tentative d'automédication.

La troisième question demandait aux médecins généralistes d'estimer le temps moyen de cicatrisation d'un ulcère.

La quatrième partie s'intéressait à la prise en charge diagnostique et thérapeutique lors de la première consultation.

- Prise en charge de la plaie par pansement
- Prescription d'écho-doppler veineux et artériel / Demande d'avis à des confrères
- Prescription de compression veineuse

La dernière question concernait la seconde consultation, après un mois sans progression.

- Changement du protocole de pansement
- Orientation vers un service spécialisé
- Demande d'avis à des confrères
- Prescription d'examens complémentaires.

III.2.D. Critère de jugement principal

Dans cette enquête, le critère de jugement principal était le délai de cicatrisation des ulcères veineux par rapport au temps nécessaire à la guérison de ces plaies dans un parcours de soin adapté.

III.2.E. Critère de jugement secondaire

Le critère de jugement secondaire est l'identification des facteurs associés à ce retard de cicatrisation.

Ceci permettrait de démontrer la nécessité d'autres études pour établir un lien de causalité entre ces facteurs et le retard de cicatrisation des ulcères, afin d'améliorer à terme le réseau de soin dans la prise en charge des patients.

III.2.F. Test et méthode statistiques

Les résultats ont été codés et inscrits dans un tableur Excel (Annexe 2).

Une ligne par proposition de QCM avec les réponses codées 0 si le médecin ne l'avait pas coché, 1 sinon.

Selon la société française de médecine vasculaire, lors d'un traitement optimal, le délai de cicatrisation d'un ulcère est de 3,4 mois maximum, dans ce contexte, deux sous groupes ont été établis, un de plus de 3 mois nécessaire pour obtenir une cicatrisation un de moins de 3 mois.

Le pourcentage pour chaque question a été calculé, puis afin d'identifier les facteurs associés à un délai trop important de cicatrisation les pourcentages ont été calculés particulièrement pour le groupe de plus de 3 mois.

Nous avons réalisé des comparaisons à l'aide des test de Khi-deux, test de vraisemblance et test de Fisher.

III.3.RESULTATS DE L'ETUDE

III.3.A: Taux de réponse au questionnaire

Finalement, 114 sur les 300 soit **38%** des médecins généralistes marseillais tirés au sort ont répondu par courrier.

Seulement un des questionnaire retourné n'a pas été exploitable, le praticien interrogé précisait qu'il ne disposait pas de patient porteur de cette pathologie, nous l'avons tout de même pris en compte dans les analyses statistiques.

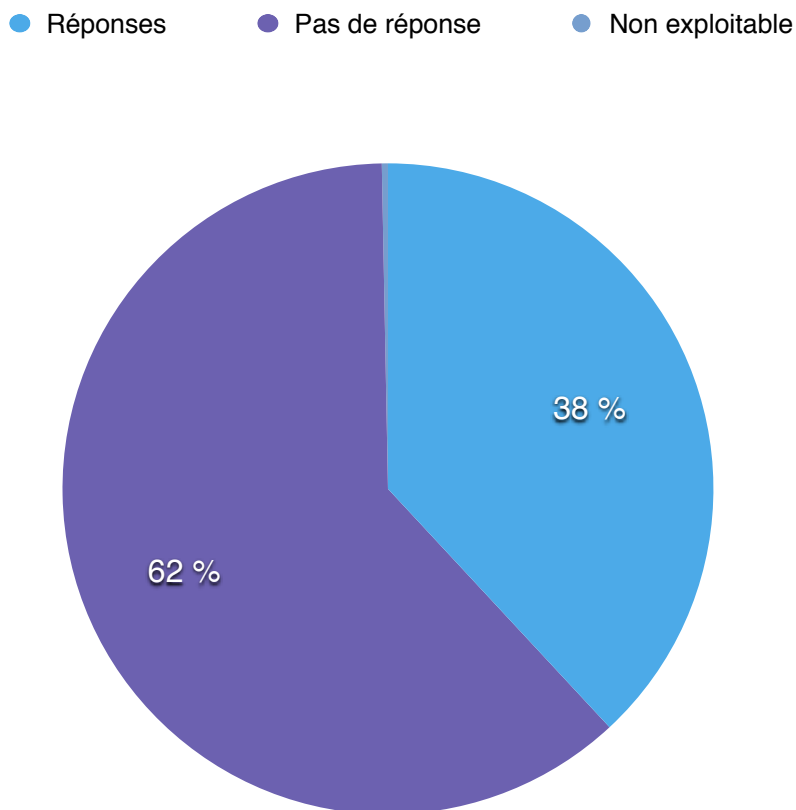


Figure 1 : Taux de réponse au questionnaire

III.3.B: Pourcentage de réponse aux différentes questions

- III.3.B.a. Définition de l'ulcère de jambe veineux

Sur le terrain des patients: Pour 25,44% d'entre eux, (n=29) l'ulcère veineux est une pathologie spécifique du sujet âgé.

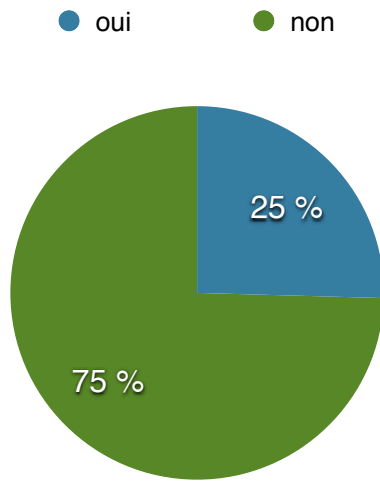
Sur les propriétés de l'ulcère: 39,47% (n=45) pensent que c'est une lésion douloureuse de la malléole interne, 35,08% (n=40) estiment que c'est une lésion indolore.

Parmi les médecins qui ont répondu, 47,37% (n=54) estiment que l'ulcère veineux peut être n'importe quelle plaie distale de la jambe.

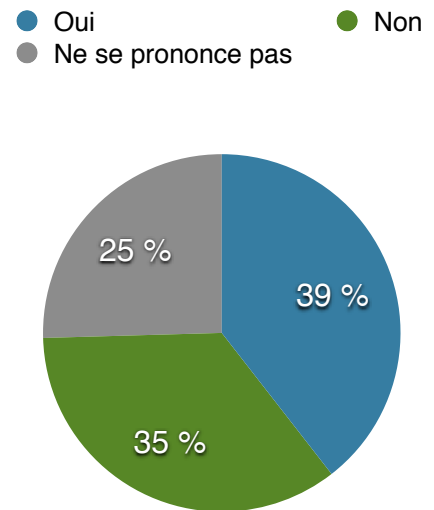
A propos du mode d'apparition: 50,88% (n=58) conçoivent qu'ils surviennent spontanément sur un terrain variqueux alors que 58,77% (n=67) pensent que c'est une plaie traumatique minime qui ne guérit pas.

	Nombre de médecins	Pourcentage %
Pathologie du sujet âgé	29	25,44
Pathologie douloureuse	45	39,47
Pathologie non douloureuse	40	35,08
Plaie quelconque de jambe	54	47,37
Survenue spontanée	58	50,88
Survenue post traumatique	67	58,77

Tableau 4: Connaissance de la pathologie ulcéreuse d'origine veineuse.



Pathologie du sujet âgé



Caractéristique douloureuse

Figure 1: Connaissance de la pathologie ulcéreuse

- III.3.B.b. Relatif au délai de consultation

On estime ce délai choisi par le patient sachant que le délai moyen de rendez vous chez un médecin généraliste est de 8 jours.

10,5% (n=12) des médecins généralistes reçoivent le patient dans la semaine qui suit l'apparition de la plaie.

88,6% (n=101) d'entre eux ne voient les patients que 2 ou 3 semaines après l'apparition de la plaie car l'automédication est un échec.

Un des médecins n'a pas répondu à la question.

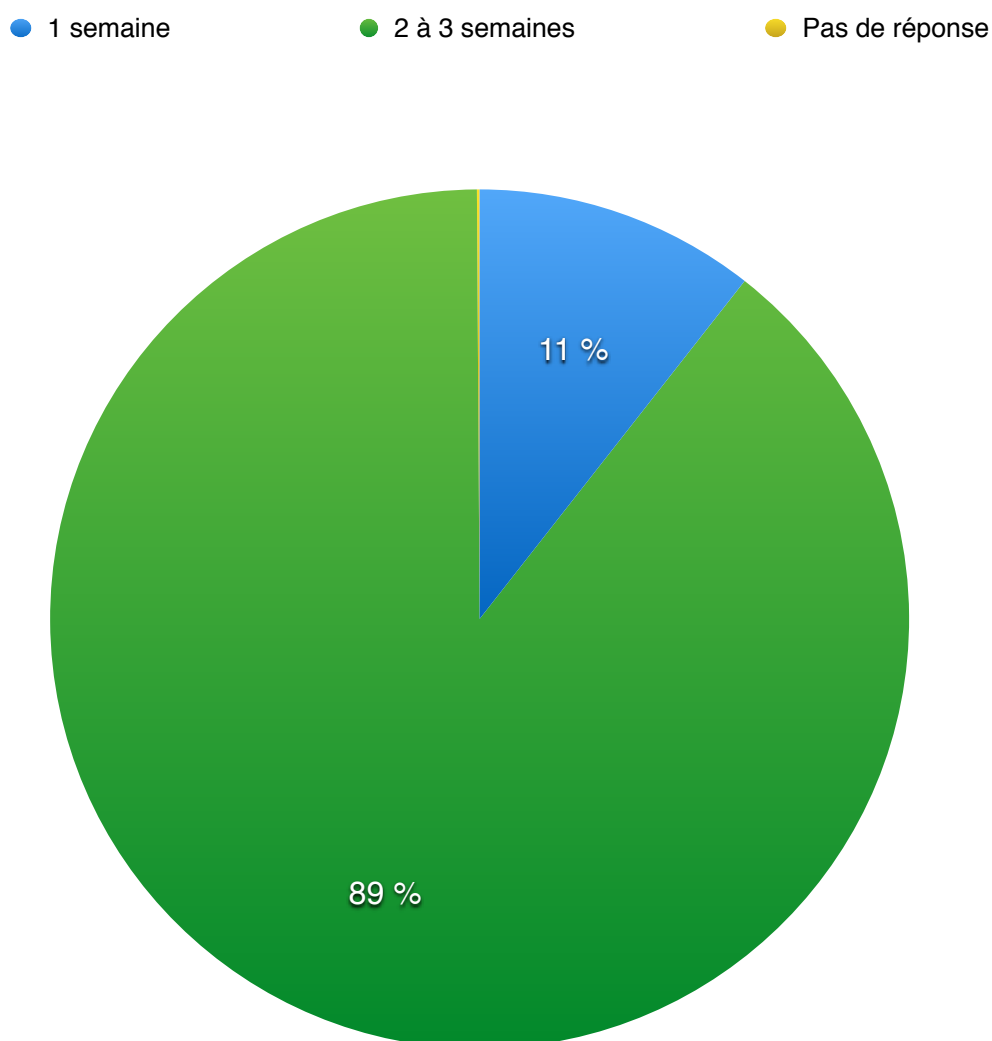


Figure 1: Délai de consultation chez le médecin généraliste.

- III.3.B.c. Temps moyen estimé de cicatrisation des patients de chaque médecin

Il est de 3 semaines pour 6% (n=7) des médecins généralistes.

3 mois pour 55,26% (n=63) d'entre eux.

30,70% (n=35) considèrent qu'il est de 6 mois.

Pour 6% (n=7) de ceux ci il faut 1 an pour une cicatrisation.

Et pour 1,75% (n=2) des praticiens interrogés le temps nécessaire est de plus d'un an.

Un médecin n'a pas répondu à la question.

Donc **38,5% des médecins ont une cicatrisation en plus de 3 mois.**

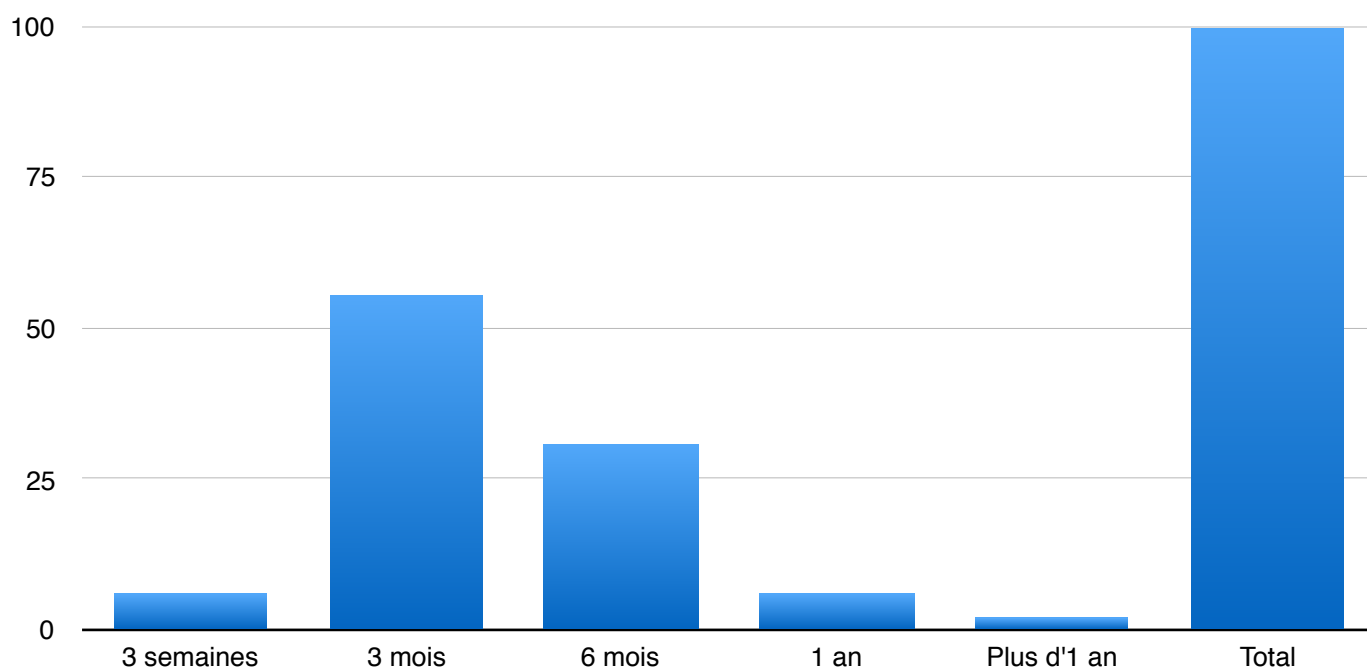


Figure 2: Temps moyen estimé de cicatrisation en fonction des médecins

• III.3.B.d. Prise en charge lors de la première consultation

Concernant le bilan vasculaire et la prise en charge multidisciplinaire:

Seulement **44,7% (n=51)** des médecins interrogés initient la cicatrisation dirigée et demandent immédiatement un bilan vasculaire avec écho doppler veineux et artériel, ce qui est la bonne conduite à tenir.

42,9% (n=49) d'entre eux initient la cicatrisation dirigée et demandent immédiatement un bilan vasculaire uniquement s'ils ne sentent pas bien les pouls distaux ou s'il existe des varices cliniques.

36% (n=41) des médecins disent initier une cicatrisation dirigée dans un premier temps et surveiller eux mêmes la plaie.

Parmi les médecins qui ont dit avoir initié une cicatrisation dirigée et surveillé eux même la plaie, 13 ont demandé un écho doppler tout de même si signe clinique.

Donc avec pourcentage rectifier:

N= 62/114 médecins demandent un écho doppler uniquement si signe clinique évocateur soit 54,38%

Un médecin n'a pas répondu à la question.

5,26% (n=6) initient la cicatrisation dirigée et demandent l'avis d'un dermatologue immédiatement.

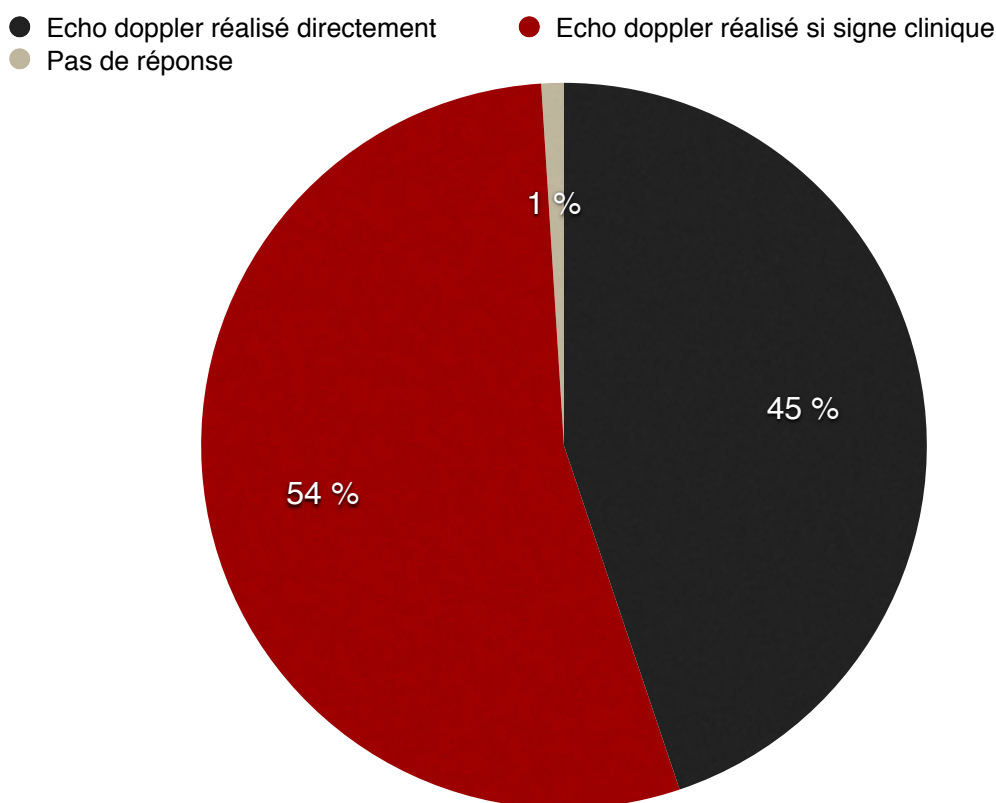


Figure 3: Réalisation d'un écho doppler lors du bilan en première consultation.

A propos de la compression veineuse:

49,12% (n=56) prescrivent systématiquement une compression veineuse contre 21,05% (n=24) qui en prescrivent une uniquement s'il existe des varices cliniques.

34/114 soit 29,82% des médecins ayant répondu aux questionnaires ne se prononcent pas sur la compression veineuse.

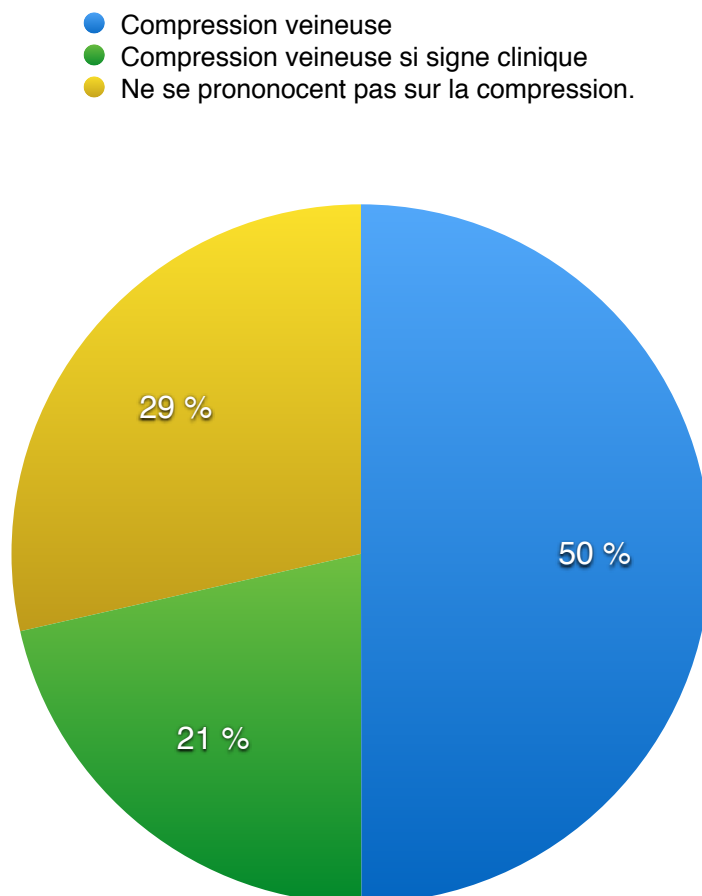


Figure 4: Prescription de compression veineuse dans l'ulcère de jambe

- III.3.B.e. Prise en charge lors de la consultation à un mois d'évolution de la plaie.

Concernant le traitement local de la plaie: prise en charge individuelle:

40,35% (n=46) des interrogés changent leur protocole de pansements estimant que la cicatrisation est très longue.

14,03% (n=16) des généralistes adressent leur patient au caisson hyperbare pour améliorer la cicatrisation.

10,52% (n=12) des médecins instaurent un traitement antibiotique.

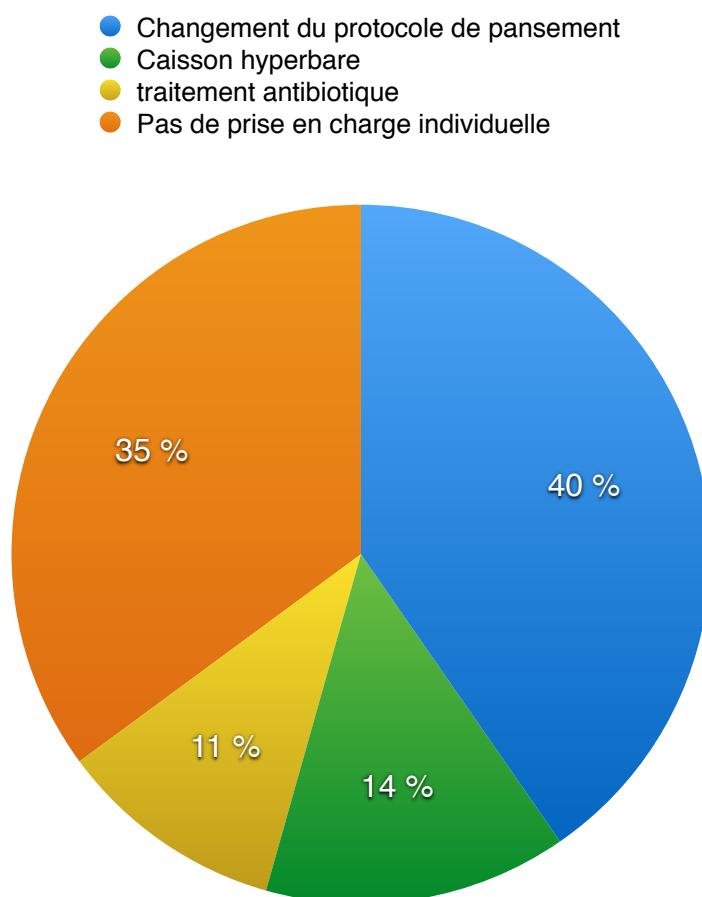


Figure 5: Adaptation du traitement de l'ulcère après échec du traitement de première intention.

Concernant la prise en charge adaptée:

60,52% (n=69) demandent une consultation de médecine vasculaire avec réalisation d'un echo-doppler artériel et veineux car non réalisé précédemment.

9,65% (n=11) médecins font appel uniquement au médecin vasculaire pour réalisation d'un écho doppler hors contexte de consultation plaie et cicatrisation.

33,33% (n=38) d'entre eux font appel à un service hospitalier spécialisé dans les plaies et cicatrisation.

11,4% (n=13) des médecins qui avaient précédemment demandé un echo doppler orientent le patient vers une unité spécialisée dans les plaies.

9,65% (n=11) des médecins adressent leurs patients à un chirurgien vasculaire et 46,5% (n=53) à un dermatologue.

102/114 médecins font appel à un confrère autre que médecin vasculaire soit 89,47%.

● Médecin vasculaire ● Dermatologue ● Chirurgien vasculaire ● Indifferent: consultation plaie ● Pas de réponse

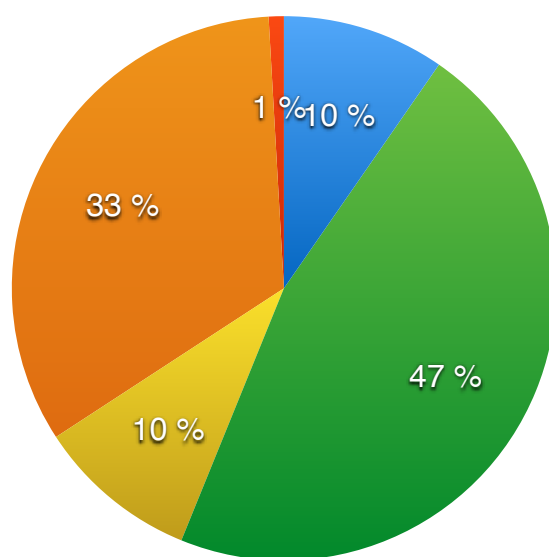


Figure 6: Répartition des demandes d'avis en fonction des spécialités.

- III.3.B.f: Analyse de la prise en charge lors de la deuxième consultation à un mois en fonction de celle de la première consultation pour ulcère veineux.

40,36% des médecins changent de protocole de pansement, parmi eux 50 % avaient mis en place un pansement seul en première intention, 17,4% avaient réalisé un bilan échographie doppler des membres inférieurs et mis en place une compression veineuse en cas de signe clinique et 4,35% avaient fait un bilan échographie doppler et mis en place une compression systématiquement dans ce contexte d'ulcère de jambe veineux.

La différence entre le groupe ayant fait des échographies doppler systématiquement et le groupe qui a eu la même prise en charge mais qu'en présence de signes cliniques est significative dans le sous groupe de médecins qui changent de protocole de pansement.

10,53% des praticiens interrogés mettent en place un traitement antibiotique en l'absence d'indication, parmi eux 41,7% avaient réalisé une prise en charge par simple pansement lors de la première consultation avec un protocole de pansement unique, 33,33% avaient mis en place des contentions veineuses et réalisé un écho-doppler en cas de signe clinique et seulement 8,3% avaient réalisé une échographie et mis en place des contentions de manière systématique.

33,3% des praticiens généralistes installés en ville envoient leur patient en consultation plaie et cicatrisation, 23,7 % de ceux ci avaient mis en place un protocole de pansement seul, 10,53% avaient réalisé un écho-doppler et une contention et 2,63% avaient eu une prise en charge optimale.

46,5 % des médecins interrogés ont envoyé leurs patients chez un dermatologue 40,26% de ceux ci avaient réalisé seulement un pansement lors de la première consultation, 11,7% avaient fait un bilan échographique et pansement si signe clinique et 1,3% avaient fait un bilan systématique et mis en place des contentions.

La différence entre les deux groupes (réalisation systématique et en cas de signes cliniques) est significative dans les deux groupes.

Pour le caisson hyper bare 14% des médecins adressent leurs patients, parmi eux 62,5% avaient réalisé un pansement seul, 37,5% avaient fait un bilan doppler et une contention si signe clinique et 0% avaient eu une prise en charge adaptée. La différence est significative entre les deux groupes.

9,65% des médecins de ville orientent leurs patients vers un chirurgien vasculaire, 45,45% d'entre eux avaient fait un pansement, seulement 18,2% avait eu une conduite adaptée mais que si signe clinique et 0% de ceux qui avaient eu une conduite adaptée en première intention orientent leurs patients vers un chirurgien vasculaire.

Conduite tenue à la première consultation	Nombre absolu	Pansement seul	Imagerie Contention Pansement - Si signes cliniques	Imagerie Contention Pansement -Toujours	Compressio Si signes cliniques VS toujours
Conduite après un mois de traitement					
Modification de protocole de pansement	46 (soit 40,36%)	23 (soit 50%)	8 (soit 17,4%)	2 (soit 4,35%)	Chi 2: 4,04 S avec p< 0,05
Traitement antibiotique	12 (soit 10,53%)	5 (soit 41,7%)	4 (soit 33,33%)	1 (soit 8,3%)	Chi 2: 2,27 NS
Plaie et cicatrisation	38 (soit 33,3%)	9 (soit 23,7%)	4 (soit 10,53%)	1 (soit 2,63%)	Chi 2:3,13 S; P<0,05
Dermato	53 (soit 46,5%)	19 (soit 35,85%)	6 (soit 11,32%)	4 (soit 7,55%)	Chi 2: 0,53 NS
Echo doppler	77 (soit 67,5%)	31 (soit 40,26%)	9 (soit 11,7%)	1 (soit 1,3%)	chi 2: 6,84 P<0,05 Significatif
caisson hyperbare	16 (soit 14%)	10 (soit 62,5%)	6 (soit 37,5%)	0 (soit 0%)	Chi 2: 7,38 P<0,01 Significatif
chirurgien vasculaire	11 (soit 9,65%)	5 (soit 45,45 %)	2 (soit 18,2%)	0 (soit 0%)	Chi: 2,2 Non significatif.

Tableau 5: Récapitulatif de la prise en charge en seconde consultation en fonction de la prise en charge lors de la consultation initiale.

III.3.C: Analyse des réponses du sous groupe de médecin ayant des cicatrisation de plus de 3 mois

- III.3.C.a. Explication sur la création pour l'analyse d'un sous groupe

Le délai moyen de cicatrisation d'un ulcère veineux dans une prise en charge optimale est de 102 jours (3,4 mois) (12) c'est pourquoi nous avons décidé d'étudier plus profondément le groupe de 46 médecins déclarant une cicatrisation des ulcères veineux chez leur patients en plus de 3 mois afin de déterminer les facteurs pouvant être impliqués dans le délai important de guérison.

- III.3.C.b. Prise en charge en première consultation

Parmi les 44 praticiens, seulement 10 soit **22,7% ont eu une prise en charge considérée optimale** avec mise en place d'un pansement, réalisation d'un bilan vasculaire avec échographie doppler des membres inférieurs et prescription de bas de contention.

Au sein du groupe restant,

Trois mettent en place uniquement un pansement.

Huit médecins seulement réalisent des examens complémentaires à type d'échographie doppler systématiquement sans mettre en place de contention et huit autres demandent la réalisation d'un bilan échographique vasculaire des membres inférieurs en présence de signes cliniques.

Donc environ **39% des praticiens du sous-groupe ne réalisent pas un bilan étiologique** devant un ulcère veineux.

Six médecins mettent en place une contention systématique et deux uniquement sur signes cliniques donc parmi les praticiens interrogés **26/46 (56,5%) ne traitent pas la pathologie sous jacente.**

On peut en conclure que dans ce groupe **77,3% des médecins n'ont pas une prise en charge optimale, plus de 39% ne réalisent pas de bilan étiologique et 56,5% ne traitent pas la pathologie sous jacente.**

- III.3.C.c. Prise en charge lors de la consultation à un mois d'évolution.

Il y a 44 médecins qui obtiennent une cicatrisation complète en plus de 3 mois,

19 changent de protocole de pansement soit 41, 3%

3 instaurent un traitement antibiotique soit 6,5%

17 adressent à un consultation plaie et cicatrisation soit 3,7%

20 font appel à un dermatologue soit 43,5%

31 réalisent un écho doppler soit 67,4%

6 avaient déjà demandé un écho et en redemandent une soit 13% (4 ont coché les cases E et F donc seulement 2 avait omis l'échodoppler à la première consultation donc 4%)

9 envoient au caisson hyperbare soit 19,6%

6 adressent leurs patients à un chirurgien vasculaire soit 13%

Malgré la non cicatrisation à un mois il persiste 28,6 % des médecins qui ne réalisent pas de bilan étiologique en omettant l'échographie doppler.

	Nombre de médecins	Pourcentage
Nombre total de médecins qui ont une cicatrisation en plus de 3 mois	44	100
Changement protocole	19	44,2
Antibiothérapie	3	6,8
Plaie et cicatrisation	17	38,6
Dermatologue	20	45,5
Echographie doppler	31	70,4
Echographie doppler répétée	2	4,5
Caisson hyperbare	9	20,4
Chirurgien vasculaire	6	13,6

Tableau 6: Prise en charge lors de la seconde consultation chez les médecins ayant une cicatrisation en plus de 3 mois.

III.4. Analyse des résultats

III.4.A. Respect de l'objectif de l'étude

L'objectif principal était la mise en évidence d'un retard de cicatrisation des ulcères veineux à Marseille par rapport au temps nécessaire à la guérison de ces plaies dans un parcours de soin adapté.

Le questionnaire proposé a permis de faire ressortir plusieurs facteurs pouvant être associés à ce retard de cicatrisation.

III.4.B. Mise en évidence du retard de cicatrisation

Pour 44/114 médecins soit environs 38,5% des praticiens interrogés, le délai de guérison est de plus de 3 mois.

Comme démontré (12) en centre de soin avec prise en charge optimale, ce délai est d'environ 3 mois pour 92% des patients concernés par les ulcères veineux.

Le délai de prise en charge est donc statistiquement plus important chez les patients pris en charge par des médecins de ville marseillais que dans un centre de prise en charge dédié à la pathologie.

Comparaison des 2 groupes: khi 2:13,629 avec $p<0,05$

III.4.C. Facteurs associés au retard de cicatrisation

- III.4.C.a. Connaissance par les praticiens de la pathologie

La connaissance de la pathologie ne semble pas être en cause dans ce retard: la plupart des médecins traitants ont une définition en accord avec celle de l'HAS.

- III.4.C.b. Retard de consultation du patient

On retrouve une différence très significative entre les deux délais de consultation à la question 2: L'un des principaux facteurs semble être le retard de consultation des patients: Retard de cicatrisation par consultation tardive des patients (question 2).

Le délai de consultation des patients est un des facteurs associés au retard de cicatrisation des ulcères veineux.

Chi 2: 138 $p < 0,001$ différence significative entre les deux groupes.

- III.4.C.c. Défaut de recherche de l'étiologie de la plaie par le praticien dans le groupe de médecins ayant une cicatrisation en plus de 3 mois.

77,8% des médecins n'ont pas une prise en charge optimale, (Khi 2:32,05 $p<0,05$)

Plus de 41% ne réalisent pas de bilan étiologique (Khi 2: 14,9 $p<0,05$)

Et 59,1% ne traitent pas la pathologie sous jacente. (Khi 2: 5, 967 $p<0,05$)

Ces pourcentages élevés pourraient expliquer le retard dans le délai de cicatrisation:

Il s'avère que la prise en charge est non adaptée / non optimale pourrait être associée au retard de cicatrisation des ulcères de jambe d'origine veineuse.

Les tests de Khi 2 révèlent par rapport à l'étude où les patients bénéficient d'une prise en charge optimale des différences statistiquement significatives.

- III.4.C.d. Défaut dans la prise en charge de la pathologie de fond

Si la prise en charge lors de la première consultation ne permet pas une guérison optimale en un mois, une correction de la première prise en charge pourrait être apportée lors de la consultation suivante à un mois.

Cependant, parmi les 46 médecins qui n'obtiennent pas une cicatrisation en 3 mois, il persiste **28,6 % qui ne demandent pas d'échographie doppler des membres inférieurs**.

Cela pourrait constituer un autre facteur associé au retard de cicatrisation des ulcères de jambes d'origine veineuse.

On observe grâce à l'analyse statistique par test du Xhi 2 qui compare le groupe de médecins à Marseille par rapport au patient ne guérissant pas dans l'étude (10.11) de référence.

Xhi 2: 62,051 donc on retrouve une différence significative avec $p < 0,001$.

L'absence de prise en charge optimale pourrait expliquer ce délai trop important de cicatrisation.

- III.4.C.e. Délai de consultation chez les médecins spécialistes (16)

Toutefois, 12/13 soit 92,3% des médecins qui ne réalisent pas d'écho doppler dans le groupe des médecins qui ont une guérison en plus de 3 mois adressent le patient à un médecin ou chirurgien spécialiste qui sont formés à la prise en charge des ulcères.

Les avis pourraient limiter le temps de cicatrisation mais en prenant en compte le délai de consultation pour des spécialistes en France, la prise en charge optimale peut donc prendre plusieurs mois avant d'être mise en place.

Ceci peut donc être un élément expliquant le délai de cicatrisation des ulcères veineux aujourd'hui en France.

- III.4.C.f. Éléments du questionnaire pouvant expliquer le retard de cicatrisation mis en évidence dans cette étude:

- Le délai de consultation du patient qui est souvent de 2 à 3 semaines.
- Le défaut de recherche étiologique à l'origine de la plaie lors de la première consultation 55,3% des médecins interrogés et 77,8% de ceux qui ont une guérison en plus de 3 mois n'ont pas une prise en charge optimale.
- L'absence de prise en charge optimale lors d'une hypothétique consultation à un mois de persistance de la plaie. Parmi les médecins interrogés, 18% ne réalisent toujours pas de bilan étiologique à un mois dont 28,6% chez les médecins ayant des guérisons en plus de 3 mois.
- Le délai de consultation chez les spécialistes.
Aujourd'hui en France, il y a en moyenne 61 jours de délai toutes spécialités confondues, pour une consultation.
Pour la dermatologie, 64 jours sont nécessaires.
Or, 46,3% des médecins interrogés et plus particulièrement 43,5 % de ceux qui n'ont pas de cicatrisation en 3 mois adressent le patient à un dermatologue.

III.5: Discussion

III.5.A. Validité intrinsèque de l'étude

- III.5.A.a. Biais de sélection

Sur 300 courriers envoyés de manière aléatoire aux médecins généralistes marseillais, 114 réponses ont été reçues, soit un taux de réponse de 38%.

Ce pourcentage semble élevé comparé aux thèses empruntant le même schéma méthodologique avec un mode d'envoi différent du questionnaire aux médecins généralistes (mail par l'intermédiaire de l'union régionale des professionnels de santé par exemple). Dans ces cas le taux de réponse moyen est compris entre 5 à 10%.

Cependant, malgré un temps de recueil de 3 mois, ce taux reste faible comparé à d'autres études. L'étude de V. Tauveron (12) avait un taux de réponse de 54 %. et celle d'I.D. Graham (13) un taux de 61 %.

L'explication pourrait être la grande sollicitation des médecins généralistes à participer aux études ce qui entraîne un biais de sélection.

Dans cette étude le randomisation, sur les pages jaunes de l'annuaire, et l'envoi par courrier postal avec lettre affranchie pour la réponse ont permis de lutter contre ce biais de sélection.

La population étudiée est donc représentative des médecins généralistes marseillais, conforme avec l'objectif de l'étude.

La stratification et la répartition en plusieurs sous groupes limitent le biais au moment des analyses statistiques.

- III.5.A.b. Biais de mesure

Le questionnaire élaboré en amont avec la directrice de thèse a été envoyé de manière identique à tous les médecins tirés au sort.

Il a été réalisé selon les recommandations précises et les définitions exactes de l'HAS.

- III.5.A.c. Biais de classement

L'anonymat limite le biais d'information, il est spécifié, sur la présentation du questionnaire, que les réponses sont confidentielles.

Le biais pourrait être malgré tout être présent car chaque médecin généraliste ne reçoit pas le même nombre de patients ayant un ulcère veineux.

Cependant il est limité par la prévalence importante de la pathologie (**1% dans la population générale**).

Le biais de mémorisation/déclaration est présent, au moment de la réponse au questionnaire, le praticien ne dispose pas de chaque dossier de patient.

Le délai de guérison est donc donné subjectivement selon l'appréciation du médecin interrogé.

- III.5.A.d. Limitations de l'étude

Pour démontrer l'amélioration sur la qualité de vie des patients et évaluer avec certitude le délai de cicatrisation il faudrait réaliser une étude comparative prospective de deux groupes de patients, avec vérification objective par photographie des résultats en fonction de la prise en charge initiale dans les deux groupes.

Nous avons à ce jour pas retrouvé, dans la bibliographie, d'étude de la sorte.

III.5.B. Validité extrinsèque de l'étude

- III.5.B.a. Autres études françaises.

-La population de l'étude:

Dans cette étude 114 médecins généralistes exerçant en médecine de ville ont répondu au questionnaire.

Comparativement on retrouve les mêmes résultats dans une thèse parisienne (32) incluant les internes en médecine générales avec 394 personnes.

Une étude de V. Tauveron (12) comptait 95 médecins interrogés et

Une étude de J. Caron-Mazet (14) n'interrogeait que 13 médecins hospitaliers

Il existe un retard de prise en charge entraînant un temps de cicatrisation trop important du à de nombreux facteurs:

-Le temps moyen estimé de cicatrisation:

Le délai moyen de guérison en prise en charge optimale d'un ulcère veineux est de 102 jours (92% des patients). (11)

En France la durée moyenne pour la cicatrisation d'un ulcère est de 6 à 9 mois.

Pour 60% des patients le délai de guérison est de plus de 26 semaines, allant même jusqu'à un an chez 50% d'entre eux. Dans 23% des cas le patient n'est soulagé qu'au bout de 2 ans et pour 8% la pathologie persiste à 5 ans. (15)

Pour les ulcères veineux récalcitrants: le délai est de 10 mois. Le taux de récurrence est très élevé: 67 à 76%.

Les médecins interrogés estiment que la plupart de leurs patients ont un délai de cicatrisation bien plus important que lors d'une prise en charge complète, mais cela correspond tout de même à la moyenne française du délai de guérison (6 à 9 mois) soit 2 à 3 fois plus longtemps que si la prise en charge était d'emblée optimale.

Peu d'entre eux semblent avoir des ulcères récalcitrants.

Dans cette étude le délai moyen de guérison est de 141 jours soit 39 jours de plus que la durée de guérison en prise en charge complète.

Le temps de cicatrisation estimé par les médecins traitants dans cette étude est allongé par rapport au temps dans le cadre d'une prise en charge optimale.

Cela correspond à la durée moyenne pour la cicatrisation de l'ulcère veineux dans les autres études réalisées.

-Le temps moyen de consultation après apparition de la plaie:

Cette étude démontre que le délai de consultation des patients suite à l'apparition de la plaie est déjà de 2 à 3 semaines.

Ces 21 jours sont significatifs alors que le temps moyen aujourd'hui en France est de 6 à 9 mois.

Il est à noter que selon l'étude de l'Observatoire d'accès aux soins, (16) en moyenne, il faut compter 8 jours pour un rendez vous chez le médecin généraliste donc le délai de consultation de 2 à 3 semaines ne peut être imputable au corps médical.

Il n'y a pas d'étude à ce jour évaluant le délai de consultation des patients dans les ulcères veineux.

-La qualité de la prise en charge: Concernant le traitement et la recherche d'une étiologie:

La méconnaissance des recommandations pour la bonne pratique dans la prise en charge des ulcères veineux semble être une des causes de retard de cicatrisation.

Dans cette étude: Seulement 44,7% (n=51) des médecins interrogés initient la cicatrisation dirigée et demandent immédiatement un bilan vasculaire avec échographie doppler veineux et artériel, ce qui est la bonne conduite à tenir selon les recommandations.

La thèse réalisée à Paris (17) où sont interrogés les internes en médecine générale sur la prise en charge des ulcères veineux démontrait que seulement 47,3% des participants à l'étude répondaient en tenant compte des recommandations.

Cependant, 77% des personnes ayant répondu à ce questionnaire n'avaient pas eu de formation initiale sur le sujet, pourtant 88% se sont retrouvés confrontés à un ulcère veineux au cours d'un stage hospitalier.

Dans une étude réalisée à Colmar pour la nécessité d'une équipe mobile de plaie et cicatrisation, (14), on constate que pour la majorité des médecins interrogés dans leurs études, ils estimaient leurs connaissances comme bonnes dans le domaine des plaies chroniques cependant 11 des 13 médecins étaient intéressés par la venue d'une équipe spécialisée pour les cas difficiles.

Dans cette étude, 77 % des praticiens gériatres avaient eu une formation spécifique à la prise en charge des plaies.

-Concernant le traitement de la cause sous jacente:

Dans notre étude, 49,12% (n=56) prescrivent systématiquement une compression veineuse contre 21,05% (n=24) qui en prescrivent une uniquement s'il existe des varices cliniques. On peut estimer que les médecins qui prescrivent une compression veineuse sont 70%.

Cela correspond bien aux résultats de l'étude de Colmar (14): Deux tiers des malades atteints d'ulcère de jambe portaient des bandes de compression soit environ 66%.

Cependant, 34/114 soit 29,82% des médecins ayant répondu aux questionnaires ne se prononcent pas sur la compression veineuse.

Dans cette étude, les médecins généralistes n'ont pas été interrogé sur la volonté d'amélioration de prise en charge par compression des ulcères veineux.

Dans les autres études, on retrouve une volonté d'amélioration des praticiens due à un manque de confiance concernant leur prise en charge.

Dans l'étude d'ID Graham (13): Uniquement 16 % des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête avaient confiance en leur capacité à traiter un ulcère de jambe de manière adéquate; 61 % d'entre eux répondaient avoir une méconnaissance des produits disponibles pour le traitement des plaies chroniques.

Dans l'étude de J. Caron-Mazet (14) : 31 % des médecins interrogés estimaient leurs connaissances comme moyennes et 54 % souhaiteraient bénéficier d'une formation complémentaire sur le thème

Les internes de médecine générale interrogés dans la thèse parisienne étaient demandeurs d'un perfectionnement de leurs connaissances sur le sujet.

Dans l'étude d'I.D. Graham (13) : 82 % des médecins souhaiteraient une formation sur la prise en charge des ulcères;

89 % aimeraient obtenir un référentiel sur les thérapeutiques efficaces et validées dans l'UVJ;

82 % estiment que le taux de guérison des plaies s'améliorerait si les praticiens avaient accès à des référentiels de prise en charge.

- III.5.B.b. Etudes européennes

- Au Royaume Uni avec la création d'un réseau de soin, le taux de guérison à trois mois est de 92% (5).

Dans cette étude, le taux de guérison à 3 mois estimé par les médecins traitants est de 61,4%.

Comparaison des deux valeurs: χ^2 à 26,73 avec un risque alpha à 0,05 et un ddl de 1 χ^2 = 3,84 donc différence significative entre les deux groupes.

Ceci démontre la nécessité de création d'un réseau de soin avec une meilleure prise en charge et un délai de guérison pouvant entraîner une économie certaine pour l'état.

- En Pologne une récente étude (18) menée par Moscicka a démontré l'état actuel des connaissances dans la prise en charge des ulcères de jambe d'origine veineuse, mettant en évidence le rôle primordial de la compression veineuse et l'influence qu'elle a sur le délai de guérison, en effet une prise en charge adaptée peut améliorer le délai de guérison avec un taux à 67% en 12 semaines et 81% en 24 semaines.

Ce qui concorde avec les résultats du questionnaire de cette étude.

Effectivement les patients bénéficiant d'une prise en charge adaptée avec pose de bas de contention sont plus nombreux dans le groupe guérissant en 3 mois ou moins.

- III.5.B.c. Etudes dans le monde

En Australie, une étude de 2018 (19) a démontré l'importance sur l'amélioration de la qualité de vie des patients et le bénéfice sur le plan financier d'une prise en charge plus optimale des ulcères de jambe veineux.

Sur le coût total, la mise en place d'une compression systématique aux personnes souffrant de cette pathologie en particulier coûterait 270 millions de dollars australiens soit 167 millions d'euros sur 5 ans entraînant une économie du système de santé de 1,4 milliards sur le même temps soit 870 millions d'euros.

En Australie les bas de contention ne sont pas pris en charge par le système de santé, donc les ulcères de jambes veineux ne sont traités que chez les patients pouvant financer leur prise en charge.

Le bénéfice que le remboursement entraînerait nous confirme la place primordial de la compression veineuse dans le traitement de la maladie ulcéreuse d'origine veineuse.

Sachant qu'en France le remboursement des compressions de classe III (recommandée) est **systématique**, la compression est tout de même **peu pratiquée car peu prescrite**.

Il serait nécessaire de renforcer la place de la compression veineuse dans la prise en charge de l'ulcère de jambe par la population médicale de ville.

Cela entraînerait un bénéfice certain dans la durée d'évolution de l'ulcère et dans la qualité de vie des patients comme démontré dans cette étude Australienne.

III.6. CONCLUSION

L'ulcère de jambe d'origine veineuse est une pathologie très fréquente dont la prévalence est de 1% de la population française. (11)

L'âge moyen de survenue est de 70 ans. (15)

Lorsque le traitement de celui ci est optimal, le délai de guérison est de 102 jours. (5)
Aujourd'hui en France le délai moyen est de 6 à 9 mois (180 à 270 jours) pouvant se prolonger jusqu'à 5 ans et plus chez 8% des patients dont la prise en charge est pourtant l'objet de recommandations par l'HAS. (15)

Actuellement, on rencontre des difficultés à estimer le coût total de la pathologie.
En effet, les études réalisées sont peu comparables quant à leur populations étudiées et les dépenses secondaires tels que les arrêts de travail, les soins à domiciles... qui sont difficilement quantifiables.
Il a été néanmoins mis en évidence une variabilité importante du coût selon la taille et l'ancienneté de l'ulcère.
Le coût étant dépendant de la durée d'évolution de l'ulcère.
On pourrait donc agir en diminuant le délai de cicatrisation de la plaie.

Il existe en France, des insuffisances lors de la prise en charge diagnostique de premier recours qui entraîne un délai trop important de cicatrisation causant des dépenses de santé publique considérables.

**D'après cette enquête observationnelle transversale, on démontre des prises en charge hétérogènes et incomplètes des praticiens interrogés.
Certaines pratiques peuvent entraîner une persistance de la plaie induisant un risque pour le patient et une augmentation du coût en santé publique.**

Les réponses obtenues aux questionnaires impliquent que le délai de cicatrisation est plutôt associé à une prise en charge diagnostique et thérapeutique des praticiens de ville qui ne cherchent pas à déterminer l'étiologie de la plaie et de ce fait ne peuvent mettre en place un traitement adapté .

Les facteurs pouvant être associés au retard de cicatrisation des ulcères de jambe veineux identifiés dans cette étude sont:

Le **délai de recours au système de santé** par les patients qui consultent rarement avant 2-3 semaines d'évolution alors qu'en moyenne en France les médecins généralistes sont disponibles en 8 jours.

L'absence de recherche étiologique du praticien de premier recours et par conséquent l'absence de mise en place d'un traitement adapté.
Ce facteur pourrait être neutralisé lors d'une deuxième consultation rapprochée toutefois, on remarque qu'il persiste une part de médecins généralistes qui ne recherchent pas d'étiologie même lors de la deuxième consultation.
Sachant que dans cette étude, on considère que le patient consulte une nouvelle fois à un mois ce qui n'est pas toujours le cas en réalité.

De plus, il est important de prendre en compte les **délais de consultation chez les différents médecins spécialistes.**

Une étude anglo saxonne de 2004 (5) met en évidence l'importance des **centres spécialisés** de prise en charge des ulcères d'origine vasculaire sur la réduction du délai et du coût de la pathologie.

L'information sur l'existence et le mode de fonctionnement de ces centres spécialisés doit être **diffusée en priorité aux médecins généralistes** car ils sont souvent le premier et seul recours au système de santé et selon plusieurs études, (12.13.14.17) demandeurs de formation et aides à la pratique clinique.

Ceci permettrait de trouver une thérapie adaptée à chaque patient pour diminuer le délai de cicatrisation et ainsi réduire le coût en terme de santé publique.

Bibliographie:

1. HAS Haute autorité de santé. Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement. 2006.
2. HAS Haute autorité de santé. Les pansements, indications et recommandations d'utilisation. 2011.
3. 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 Vénéréologie*. 2004 Aug;131(8-9):781-6
4. Canadian Association of Wound Care. Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe. 2006.
5. Guest JF, Fuller GW, Vowden P. Venous leg ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes. *Int Wound J*. 2018 Feb;15(1):29-37.
6. Faresjo T, Frodin T, Vahlquist C, Klevbrand M, Elfstrom J, Leszniewska D, et al. Cost of the treatment of leg ulcers: initiating a quality assurance process. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1997; 10: 125-30
7. Lees TA., Lambert D. Prevalence of lower limb ulceration in a urban health district. *Br J Surg*. 1992; 79: 1032-1034
8. Lévy E, Lévy P. Management of venous leg ulcer by French physicians, diversity and related costs: a prospective medicoeconomic observational study. *J Mal Vasc*. 2001 Feb;26 39-44.
9. Korn P, Patel ST, Heller JA, Deitch JS, Krishnasasthy KV, Bush HL, Kent KC. Why insurers should reimburse for compression stockings in patients with chronic venous stasis. *J Vasc Surg*. 2002 May;35(5):950-7.
10. Debure C. *Traité de Médecine vasculaire, Maladie veineuses, lymphatiques, microcirculatoires. Thérapeutique: Ulcères de causes vasculaires*. Issy les Moulineaux. Elsevier Masson. 2017. 912p (505-519 (12))
11. Nelzen O, Berquist D, Lindhagen A. Leg ulcer etiology. A cross sectional population study. *J Vasc Surg* 1996 ; 557-564.
12. Mekkes JR, Loots MAMA, Van Der Wal AC, Bos JD. Causes, investigation and treatment of leg ulceration. *Br J Dermal* 2003; 148: 388-401
13. Graham ID, Harrison MB, Shafey M, Keast D. Knowledge and attitudes regarding care of leg ulcers: survey of family physicians. *Can Fam Physician*. 2003; 49:896-903
14. Caron- Mazet J. Roth B. Guillaume JC. Enquête de prévalence et des pratiques de prise en charge des plaies chroniques dans 14 établissements gériatriques du Haut-Rhin *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie* 2007; 134: 645-651
15. Jurus C. Evaluation et principes de prise en charge des ulcères dans le cadre de la maladie post thrombotique. *Phlébologie* 2009.
16. IFOP: Institut Français d'Opinion Publique. Observatoire de l'accès aux soins, réalisée par l'Ifop pour le cabinet Jalma. (En ligne).http://www.leciss.org/sites/default/files/111030_Enquete_IFOP-JALMA_nov2011.pdf? .2011.
17. Cielewski Baroiller V. Prise en charge de l'ulcère veineux de jambe: évaluation de la qualité des connaissances des internes de médecine générale d'après les guidelines internationales. *DES Médecine Générale*. Paris 7. 2013. p102-133

18. Mościcka P, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J, Jawień A. The role of compression therapy in the treatment of venous leg ulcers. *Adv Clin Exp Med*. 2018
19. Cheng Q, Gibb M, Graves N, Finlayson K, Pacella RE. Cost-effectiveness analysis of guideline-based optimal care for venous leg ulcers in Australia. *BMC Health Serv Res*. 2018
20. Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS, Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *JAm Acad Dermatol* 2003 ; 148 / 388-401
20. HAS: Haute autorité de santé. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques et limitées. 2010.
21. Steed DL and co. Wound- healing trajectories as outcome measures of venous stasis ulcer treatment. *Int Wound J* 2006 ;3 :40-47
22. Noël B. Prise en charge de l'ulcère de jambe d'origine veineuse. *Rev Med Suisse*. 2005; volume 1. 30322
23. Noaillan Fx. Rôle de l'infirmier libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques. *DES Médecine Générale*. Poitiers. 2012. p.55-70
24. Perruchoud D, Ramelet A. Epidémiologie des ulcères de jambes, réflexions critiques. Résumé de la communication du 12 décembre 2014 à la société française de phlébologie. *Phlébologie annales vasculaires*. 2015, 68, 1, p.65-69
25. Fauga E. Prise en charge ambulatoire d'ulcères de jambe infectés: Revue de la littérature, évaluation de pratiques professionnelles et perspectives. *DES Médecine Générale*. Bordeaux. 2014. p.45-55
26. Moffatt C, Franks P, Oldroyd M, Bosanquet N, Brown P, Greenhalgh RM, et al. Community clinics for leg ulcers and impact on healing. *BMJ* 1992; 305(6866):1389-92.
27. Brittenden J, Bradbury AW, Allan PL, Prescott RJ, Harper DR, Ruckley C, V. Popliteal vein reflux reduces the healing of chronic venous ulcer. *Br J Surg* 1998;85(1):60-2.
28. Margolis D, Bilker W, Santanna J, Baumgarten M. Venous leg ulcer: incidence and prevalence in the elderly. *J Am Acad Dermatol* 2002;46(3):381-6.
29. Nelzén O, Bergqvist D, Lindhagen A. The prevalence of chronic lower-limb ulceration has been underestimated: result of validated population questionnaire. *Br J Surg* 1996; 83: 255-8
30. Valencia I, Falabella A, Kirsner R, Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *JAm Acad Dermatol* 2003 ; 148 / 388-401
31. Moffatt C, Francks P, Doherty D, Martin R, Blewett R, Ross F, Prevalence of leg ulceration in a London population *An International Journal of Medicine*, 2004. Volume 97, Issue 7,
32. Walzer S, Dröschel D, Vollmer L, Atkin L, Ousey K. A cost-effectiveness analysis of a hydration response technology dressing in the treatment of venous leg ulcers in the UK. *J Wound Care*. 2018 ;27(3):166-172.
33. Gohel M, Barwell J, Taylor M, et al. Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335:83-8.
34. Simon D, Dix F, McCollum C. Management of venous leg ulcers. *BMJ*. 2004 Jun 5; 328(7452): 1358-62.

35. Waycaster C, Carter MJ, Gilligan AM, Mearns ES, Fife CE, Milne CT. Comparative cost and clinical effectiveness of clostridial collagenase ointment for chronic dermal ulcers. *J Comp Eff Res*. 2018;7(2):149-165.
36. Wollina U, Heinig B, Stelzner C, Hansel G, Schönlebe J, Tchernev G, Lotti T. The Role of Complex Treatment in Mixed Leg Ulcers - A Case Report of Vascular, Surgical and Physical Therapy. *J Med Sci*. 2018 Jan 1;6(1):67-70.
37. Klonizakis M, Gumber A, McIntosh E, King B, Middleton G, Exercise fidelity and progression in a supervised exercise programme for adults with venous leg ulcers. *Int Wound J*. 2018
38. Smith D, Team V, Barber G, O'Brien J, Wynter K, McGinnes R, Tsiamis E, Weller CD. Factors associated with physical activity levels in people with venous leg ulcers: A multicentre, prospective, cohort study. *Int Wound J*. 2018 Apr;15(2):291-296.
39. Carpentier PH, Mathieu M. Evaluation de l'efficacité clinique d'un médicament veinotrope : les enseignements d'un essai thérapeutique avec la diosmine d'hémisynthèse dans le syndrome des jambes lourdes. *J Mal Vasc* 1998 23(2) : 106-12.
40. Lyseng-Williamson K., Perry C.M. Micronized Purified Flavonoid Fraction. A Review of its use in Chronic Venous Insufficiency, venous Ulcers and Haemorrhoids. *Drugs* 2003 ; 63(1): 71-100)
41. Gohel MS, Barwell JR, Taylor M, et al. Long term results of compression therapy alone versus compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335:83-8.

Annexe 1: Questionnaire adressé aux médecins traitants

Prise en charge de l'Ulcère Veineux En Ville

Madame, Monsieur, cher confrère, cher consoeur ,

Nous vous proposons de participer à cette étude sur la prise en charge des ulcères veineux en ville, dans le cadre de la thèse de Médecine générale soutenue par Mlle Sarah Rezkallah .

Plusieurs réponses sont possibles à chaque item, il n'y a pas de « mauvaise » réponse.

Le but de cette étude est d'améliorer à terme le réseau de soin dans la prise en charge des patients souffrant de plaies chroniques variqueuses en faisant un état des lieux des pratiques de chacun.

Nous vous remercions par avance pour votre participation,

1. POUR VOUS UN ULCERE VEINEUX :

- ☐ Est une pathologie spécifique du sujet âgé
- ☐ Est une ulcération indolore dans la zone de la malléole interne
- ☐ Est souvent douloureux
- ☐ Peut être n'importe quelle plaie distale de la jambe
- ☐ Survient spontanément sur un terrain variqueux
- ☐ Est une plaie traumatique minime qui ne guérit pas

2. QUEL DELAI ESTIMEZ VOUS ENTRE L'APPARITION DE LA PLAIE ET LA CONSULTATION AVEC VOUS ?

- ☐ Le patient vient le plus souvent dans la semaine, spontanément ou amené par sa famille s'il est âgé.
- ☐ Le patient vient le plus souvent après 2 ou 3 semaines, parce que la plaie s'aggrave avec les soins « maison »

3. QUEL EST POUR VOUS LE TEMPS MOYEN DE CICATRISATION D'UN ULCERE

DIAGNOSTIQUÉ « ULCERE VEINEUX », TOUT TRAITEMENT CONFONDU ?

- ☐ 3 semaines
- ☐ 3 mois
- ☐ 6 mois
- ☐ 1 an
- ☐ Plus d'un an

4. DEVANT UNE PREMIERE CONSULTATION POUR UN ULCERE DE LA JAMBE APRÈS UN TRAUMATISME MINIME:

- ☐ Vous initiez une cicatrisation dirigée dans un premier temps (prescription de pansements, infirmière, etc...) et vous surveillez la plaie
- ☐ Vous initiez la cicatrisation dirigée et vous demandez immédiatement un écho doppler veineux et artériel
- ☐ Vous initiez la cicatrisation dirigée et vous demandez un écho doppler veineux et artériel uniquement si vous ne sentez pas bien les pouls distaux, ou s'il existe des varices cliniques
- ☐ Vous initiez la cicatrisation dirigée et vous demandez l'avis d'un dermatologue immédiatement
- ☐ Vous prescrivez systématiquement une compression veineuse (chaussettes, bas, bandages multitypes, etc..)
- ☐ Vous prescrivez une compression veineuse s'il existe des varices cliniques.

5. DEVANT UNE PLAIE CHRONIQUE DE LA JAMBE (plus d'un mois sans progression) :

- ☐ Vous changez votre protocole de pansements, la cicatrisation des ulcères veineux c'est très long.
- ☐ Vous instaurez un traitement antibiotique
- ☐ Vous faites appel à un service hospitalier spécialisé « plaies et cicatrisation » pour améliorer la cicatrisation dirigée
- ☐ Vous faites appel à un dermatologue
- ☐ Vous demandez un écho doppler artériel et veineux, parce qu'il n'y en avait pas de récent dans le dossier
- ☐ Vous (re) demandez un echo-doppler dans une unité spécialisée dans les bilans d'ulcères
- ☐ Vous envoyez votre patient au caisson hyperbare, pour améliorer la cicatrisation
- ☐ Vous envoyez votre patient à un chirurgien vasculaire

Annexe 2: Tableur excel.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. A vertical margin line is positioned on the left side, creating a narrow left margin. The paper is otherwise blank, with no text or markings other than the printed lines.

RÉSUMÉ:

Objectif: Etudier les pratiques des médecins généralistes marseillais concernant la prise en charge des ulcères de jambe d'origine veineuse.

Méthode: Enquête de type descriptive observationnelle transversale utilisant un questionnaire anonyme, élaboré en amont sur 300 médecins généralistes de Marseille tirés au sort sur les pages jaunes.

Les réponses des praticiens étaient comparées à celles retrouvées dans la littérature par test du Xhi 2.

Résultats: 114 soit 38% des praticiens interrogés ont retourné le questionnaire.

38,5% d'entre eux obtiennent une cicatrisation des plaies ulcéreuses en plus de 3 mois.

55,3% des généralistes, et 77,8% de ceux qui obtiennent une cicatrisation en plus de 3 mois, n'offrent pas une prise en charge exhaustive en première intention selon les recommandations de l'HAS.

89,47% des médecins généralistes orientent leurs patients vers des confrères spécialistes pour lesquels le délai de consultation moyen est de 61 jours.

88,6% de leurs patients ne consultent qu'au bout de 2 à 3 semaines d'évolution.

Conclusion: Il persiste aujourd'hui à Marseille, malgré une prise en charge protocolaire par l'HAS, un retard de cicatrisation impliquant des dépenses de santé publique considérables dans les ulcères de jambe d'origine veineuse.

Les éléments pouvant être associés à ce retard sont multiples. Ils impliquent la négligence du patient qui ne consulte qu'au bout de quelques semaines d'évolution de la plaie, l'absence de bilan étiologique et de prise en charge de la pathologie sous jacente par les médecins généralistes, le délai de consultation important chez les spécialistes.

En conséquence, il est nécessaire de créer des **centres spécialisés** de prise en charge diagnostique et thérapeutique des ulcères d'origine vasculaire en s'inspirant du modèle anglo saxon.

En diffusant les informations sur l'existence et le mode de fonctionnement des centres, une thérapie adaptée à chaque patient pourrait être mise en place afin de réduire le délai de cicatrisation et ainsi diminuer le coût en terme de santé publique. (309 mots)

Mots clés: Ulcère de jambe, coût, recommandations haute autorité de santé, délai de cicatrisation, consultation spécialiste en France.



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.