

Stratégies mises en place par les médecins généralistes et infirmiers libéraux de l'Hérault pour pallier la mauvaise observance des soins locaux de patients atteints d'ulcère de jambe. Étude qualitative à travers des entretiens semi-dirigés

Julie Chevet

▶ **To cite this version:**

Julie Chevet. Stratégies mises en place par les médecins généralistes et infirmiers libéraux de l'Hérault pour pallier la mauvaise observance des soins locaux de patients atteints d'ulcère de jambe. Étude qualitative à travers des entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03266370

HAL Id: dumas-03266370

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03266370

Submitted on 21 Jun 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Julie CHEVET

Le 3 juin 2021

STRATEGIES MISES EN PLACE PAR LES MEDECINS GENERALISTES ET INFIRMIERS LIBERAUX DE l'HERAULT POUR PALLIER LA MAUVAISE OBSERVANCE DES SOINS LOCAUX DE PATIENTS ATTEINTS D'ULCERE DE JAMBE. ETUDE QUALITATIVE A TRAVERS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES.

Directeur de thèse : Docteur Victor BASTIDE

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Professeur Olivier DEREURE

Docteur François CARBONNEL

Docteur en médecine : Docteur Victor BASTIDE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Julie CHEVET

Le 3 juin 2021

STRATEGIES MISES EN PLACE PAR LES MEDECINS GENERALISTES ET INFIRMIERS LIBERAUX DE l'HERAULT POUR PALLIER LA MAUVAISE OBSERVANCE DES SOINS LOCAUX DE PATIENTS ATTEINTS D'ULCERE DE JAMBE. ETUDE QUALITATIVE A TRAVERS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES.

Directeur de thèse : Docteur Victor BASTIDE

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Professeur Olivier DEREURE

Docteur François CARBONNEL

Docteur en médecine : Docteur Victor BASTIDE

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

PERSONNEL ENSEIGNANT ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard

BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON Bernard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre			

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BONAFE Alain
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DAVY Jean-Marc
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GROLLEAU RAOUX Robert
GUERRIER Bernard
GUILLOT Bernard
JONQUET Olivuer
LANDAIS Paul
LARREY Dominique
LE QUELLEC Alain
MARES Pierre
MAUDELONDE Thierry
MAURY Michèle
MESSNER Patrick
MILLAT Bertrand
MONNIER Louis
MOURAD Georges
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
RIBSTEIN Jean
SCHVED Jean-François
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
UZIEL Alain
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ,médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence

DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire

QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie

CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique

LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)
VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel
GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)
MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)
MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
QUANTIN Xavier (Pneumologie)
ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)
VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2ème classe

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématique
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick
AKKARI Mohamed
ALRIC Jérôme
AMEDRO Pascal
AMOUROUX Cyril
ANTOINE Valéry
ARQUIZAN Caroline
ATTALIN Vincent
AYRIGNAC Xavier
BADR Maliha
BAIS Céline
BARBAR Saber
Davide
BASSET Didier
BATIFOL Dominique
BATTISTELLA Pascal
BAUCHET Luc
BENEZECH Jean-Pierre
BENNYS Karim
BERNARD Nathalie
BLANCHET Catherine
BLATIERE Véronique
BOBBIA Xavier
BOGE Gudrun
BOURRAIN Jean Luc
BOUYABRINE Hassan
BRINGER-DEUTSCH Sophie
BRINGUIER
BRANCHEREAU Sophie
BRISOT Dominique
BRONER Jonathan
CADE Stéphane
CAIMMI Davide Paolo
CARR Julie
CARTIER César
CASPER Thierry
CASSINOTTO Christophe
CATHALA Philippe
CAZABAN Michel
CHARBIT Jonathan
COROIAN Flavia-Oana
COUDRAY Sarah
CRANSAC Fréderic
CUNTZ Danielle
DARDALHON Brigitte
DAVID Aurore
DE BOUTRAY Marie
DE LA TRIBONNIÈRE Xavier
DEBIEN Blaise
DELPONT Marion
DENIS Hélène
DEVILLE de PERIERE Gilles
DJANIKIAN Flora
DONNADIEU-RIGOLE Hélène
FAIDHERBE Jacques
FATTON Brigitte
FAUCHERRE Vincent
FILLERON Anne
FITENI Frédéric
GINIES Patrick
GRECO Frédéric
GUEDJ Anne Marie
GUYON Gaël
HENRY Vincent
JAMMET Patrick
JEDRYKA François
JREIGE Riad
KINNE Mélanie
LABARIAS Coralie
LACAMBRE Mathieu
LANG Philippe
LAZERGES Cyril
LE GUILLOU Cédri
LEGLISE Marie Suzanne
LOPEZ Régis
LUQUIENS Amand
MANZANERA Cyril
MARGUERITTE Emmanuel

BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle
MOSER Camille
MOUSTY Eve
MOUTERDE Gaël
PANSARD Nicole
PERNIN Vincent
PERRIGAULT Pierre François
PEYRON Pierre-Antoine
PICARD Eric
PICOT Marie Christine
PIERONI Laurence
POQUET Hélène
PUJOL Sarah-Lise
PUPIER Florence
QUANTIN Xavier
RAFFARD Laurence
RAPIDO Francesca
RIBRAULT Alice
RICHAUD-MOREL Brigitte
RIDOLFO Jérôme
RIPART Sylvie
SEGURET Fabienne
SENESSE Pierre
SKALLI El Medhi
SOLA Christelle
SOULLIER Camille
STOEBNER DELBARRE Anne
TEOT Luc
THIRION Marina
VACHIERY-LAHAYE Florence
VERNES Eric
VINCENT Laure
WAGNER Laurent
ZERKOWSKI Laetitia

RONGIERES Michel

ROULET Agnès

RUBENOVITCH Josh

SANTONI Fannie

SASSO Milène

SCHULDINER Sophie

Remerciements

- **Aux membres du jury :**

A Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de l'attention que vous avez porté à mon travail de thèse.

A Monsieur le Professeur Olivier DEREURE, merci d'avoir accepté de faire partie des membres du jury, je vous remercie également de l'intérêt que vous avez accordé à mon travail, c'est un honneur.

A Monsieur le Docteur François CARBONNEL, merci de votre accompagnement et de votre disponibilité durant mon travail, merci de la formation sur la plaie que vous nous dispensez durant l'internat et merci de faire partie de mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Victor BASTIDE, je te remercie de ta patience et de ta disponibilité qui ont grandement facilité ce travail, merci de ta confiance et de tes précieux conseils.

- **A mes maîtres de stage :**

Au Docteur Luc HEYRAUD, merci pour tout ce que vous m'avez transmis durant ces deux stages de médecine libérale, merci pour votre accueil et d'avoir supporté mon caractère… Vous êtes pour moi un modèle de rigueur et de compétences et tout particulièrement dans le domaine de la plaie. Merci de votre bienveillance.

Au Docteur Patrick RODOT, merci pour tout ce que vous m'avez enseigné et pour toute la confiance que vous m'avez accordé durant cette année de médecine libérale.

Au Docteur Christophe FONTAINE et à toute l'équipe de la Clinique Beau Soleil, particulièrement au Docteur Sylvie YECHE et au Docteur Sébastien DUFOUR, ce fut un stage difficile mais vous avez toujours su trouver le temps de nous transmettre les rudiments de la Médecine Interne et vous étiez toujours à nos côtés durant ce semestre, alors merci pour tout.

Au Docteur Bérangère COESTIER, merci pour ton accueil à ta consultation d'Endocrinologie et ta gentillesse.

Au Docteur Aurélie KHAU VAN KIEN, merci pour tout ce que tu m'as appris sur la plaie lors de ta consultation, ce fut un réel plaisir.

Au Docteur Michel PONS, au Docteur Franck CATALAN et au Docteur Patrick SOUTEYRAND merci pour votre accueil durant mon SASPAS.

A l'équipe de Pédiatrie du CHU de Nîmes, merci pour votre formation.

A l'équipe des Urgences du CH de Narbonne et particulièrement au Docteur Alain PERET et au Docteur Serge BRELIT, merci pour ce semestre riche en émotion et merci de m'avoir un peu réconciliée avec les Urgences.

Au Docteur Nassib AZOURY et à toute l'équipe de Cardiologie du CH de Béziers, merci pour votre accueil et votre enseignement.

- **A tous les autres médecins, infirmiers, aides-soignants, secrétaires, psychologues rencontrés depuis le début de mes études de médecine et particulièrement :**

A toute l'équipe du Centre Médical des Aubes, merci pour votre accueil. Merci à Marie-Pierre LE QUERE pour m'avoir donné des conseils sur mon guide d'entretien, au Docteur Elisa LEFANTIN pour sa bonne humeur, à Sylvie VIDAL pour sa joie et son soutien et au Docteur Cécile ADAM.

Au Docteur Chloé GERI, merci pour vos conseils concernant mon travail de thèse.

A tous les participants de l'étude qui m'ont accordé leur temps et leur confiance.

A l'équipe des « Princesses » de Thézan pour leur bonne humeur, leur bienveillance et au travail incroyable qu'elles accomplissent chaque jour.

- **A la Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux.**

- **A la Faculté de Médecine de Montpellier et à son Département de Médecine Générale.**

- **Au Syndicat des Internes du Languedoc-Roussillon.**

- **A ma famille :**

A Jean, déjà 3ans et demi que tu partages ma vie, et chaque jour je t'aime encore plus. Ton soutien indéfectible, ton affection et notre complicité sont pour moi des moteurs au quotidien. Tu es un modèle de travail et de rigueur que je ne saurais égaler. Mon homme, je t'aime fort et je ne me vois pas vivre sans toi.

A maman, merci pour tout, je ne sais même pas par où commencer. Tu as été un énorme soutien durant toutes mes longues études et tu m'as encouragé à chaque étape. Tu es pour moi un exemple de sagesse, de courage et de volonté et j'espère être à la hauteur de toutes tes qualités. Merci pour tous ces bons moments.

A Luc, merci de rendre maman si heureuse, vous avez de beaux projets à venir. Et n'oublie pas de prendre soin de toi, tu le mérites.

A mon frère, on ne se voit pas beaucoup, mais ça ne veut pas dire qu'on ne tient pas l'un à l'autre. Je suis contente que tu sois épanouie dans ta vie professionnelle et personnelle et je suis très fière d'être ta sister !

A mon père, tu es parti trop tôt… Merci pour toutes les valeurs de travail et de rigueur que tu m'as donné, j'aurais aimé pouvoir partager ce moment avec toi.

A Isabelle et Allan, merci pour votre bonne humeur et votre soutien, je regrette de ne pas pouvoir venir plus souvent vous voir.

A mes grands-parents pour tous ces moments partagés, la bonne cuisine de mamie et les taquineries de papi, longue vie à vous !

A mon parrain Maurice, à Marie-Thérèse et mes cousines Anne, Aurélie, Amandine et les petits-cousins, cousines pour ces bons repas de fête partagés et leur soutien

A ma marraine Marie-France, à Gégé, à Stéphane et à Angelina pour ces belles journées de retrouvailles à Alençon et en Ardèche.

A tous mes oncles et tantes, tous mes cousins et cousines et mes nombreux petits-cousins et petites-cousines.

A toute ma belle-famille, et particulièrement Louis, Cathy et Michel, merci pour ces bons moments partagés, vous êtes ma seconde famille.

A Rhumba, merci pour tes ronronnements de soutien.

- **A mes amis**

A ma Caro, merci d'être ma bouffée d'oxygène avec ta bonne humeur communicative, merci pour tous ces footings improvisés, pour toutes ces soirées fi-filles qui boostent et ces repas partagés (enfin soyons honnêtes… tous ces sushis !), merci pour tous ces voyages riches en émotion… La liste est tellement longue… Mais tout simplement, merci d'être cette amie fidèle et ma confidente.

A mes plus anciennes amies, Amélie merci pour toutes ces années collège-lycée et nos looks indescriptibles… Merci pour ces sessions Picard fondant au chocolat et ses apéros lyonnais et surtout merci d'être toujours là malgré le temps qui passe. Marie-Diane, on se connait depuis la maternelle… Merci pour tous ces bons moments partagés et ces orgies d'After Eight. J'ai hâte de voir cet heureux évènement en Juillet.

A Elena, merci d'être toujours là pour moi malgré la distance, merci pour ta spontanéité légendaire que j'adore et toutes ses années d'externat partagées. Ça n'aurait pas été pareil sans toi.

A Lulu, merci d'être aussi rayonnante et dynamique, merci pour toutes ces soirées endiablées pendant l'externat et toutes ces chutes mémorables. J'espère qu'on trouvera des occasions pour se voir malgré la distance et j'espère que tu seras heureuse dans ta nouvelle vie.

A Delphinou, merci pour tous ces restaus et ces après-midi plage, je suis heureuse de te compter parmi mes amies et j'espère qu'on partagera encore beaucoup de moments ensemble.

A Mai-Thi, merci pour ton humour et ta spontanéité, on se taquine souvent mais qui aime bien, châtie bien ! Je suis contente qu'on ait repris contact toutes les deux. A Stéphane et Tim pour ces week-ends de brunch, balades, jeux et orgies de sushis.

A Ornela, merci pour toutes ces belles randos partagées et ses brunchs cocoonings.

A Maria, la yoga-girl, merci pour ce fabuleux week-end yoga, méditation et soupe de chou-fleur, tu reconnaitras la référence !

A Troudy, merci pour ton humour et tes précieux conseils cotation.

A Hélène et Soraya et ce fabuleux stage à Beau Soleil qui nous aura rapproché dans les pires moments mais surtout dans les meilleurs.

A Romu, merci du soutien que tu apportes à Jean et merci pour tes précieux conseils en horticulture.

A toutes les personnes formidables que j'ai rencontré durant mon internat, Tahina, Aurélie, Estelle et Alice, Arthur, Marion, Florent, Arnaud, Flore, Nais et j'en oublie !

A Leila, Floriane et Alex, merci pour ce fabuleux voyage en Amérique Latine qui restera gravé dans ma mémoire et merci pour ces apéros improvisés, ces soirées endiablées durant l'externat. A Laura, alias Gégé, merci pour ta délicatesse légendaire.
Merci également aux autres compagnons de l'externat, Loic, Romain, Clément et Jules.

A Sophie, Pauline, Flavie, Guillemette, Priyanka, Amandine et Marion pour ces bons moments partagés durant l'externat.

A la team biterroise, à Charlotte et Clément pour ces sessions jeux ponctuées de décès en tout genre (Douve !) et ces défis à venir (j'ai pas donné l'année !), à Sophie et Pierik et ce futur challenge du sandwich de rillettes, à Marie, Aaël, Daisy, Bastien, Robert, Julia et Manu pour ces bons moments.

Sommaire

Introduction 29

1) **Définitions** 29
2) **Traitements** 29
3) **Epidémiologie et coût** 30
4) **Le retentissement sur la qualité de vie** 31
5) **Améliorations proposées et entreprises** 31
6) **L'observance, définition et enjeux** 32
7) **Intérêt du sujet** 33

Matériel et méthode 35

1) **La recherche qualitative** 35
   a. **La méthode qualitative** 35
   b. **Réalisation d'un guide d'entretien** 35
   c. **Recrutement des médecins généralistes et infirmiers** 36
2) **La méthode d'intervention** 37
   a. **Le déroulement des entretiens** 37
   b. **Le recueil des données** 37
3) **L'analyse des données** 37
   a. **Retranscription des entretiens** 37
   b. **L'analyse thématique des données** 38

Résultats 39

1) **Caractéristiques de la population** 39
2) **Stratégies mises en place par les professionnels libéraux pour pallier la mauvaise observance des soins locaux des ulcères de jambe** 40
   a. **Veiller à la compréhension du patient** 40
      i. Faire comprendre qu'il est le principal acteur 40
      ii. Eduquer en abordant les thèmes essentiels 40
      iii. Apprentissage progressif 42
      iv. Discours uniforme entre les intervenants 43
      v. Accorder le temps nécessaire 43
      vi. En respectant le cadre médicolégal 45
   b. **Organisation technique des soins** 45

i. Suivi du patient 45
ii. Soulager la douleur 47
iii. S'adapter au patient 48
iv. Les soins infirmiers 49
v. Impliquer l'entourage 51
c. L'importance du relationnel 52
i. Relation patient-soignant 52
ii. Relations interprofessionnelles 55
iii. Se protéger en tant que soignant 56
d. Un parcours de soins pluridisciplinaire 57
i. Des soins primaires coordonnés 58
ii. Solliciter d'autres professionnels si nécessaire 60
3) Les facteurs pouvant influencer l'observance des soins locaux qu'il faut prendre en compte 66
a. L'influence du patient et de son environnement 66
i. La personnalité du patient 66
ii. L'environnement social 67
iii. L'entourage 69
iv. Le terrain 70
v. Le rapport du patient à sa plaie 72
b. L'influence des professionnels 74
i. Le vécu des professionnels 74
ii. L'accès aux soins 77
iii. La place de l'infirmier 78
iv. Maitrise de la discipline 80
v. Formation des professionnels 83
c. La pathologie ulcéreuse 84
i. Environnement de travail 84
ii. La contention veineuse 85
iii. La plaie 87
iv. Les douleurs 89
v. Caractéristiques de la pathologie 91
4) Les améliorations envisagées par les professionnels de santé 93
a. Un dossier médical commun 93
b. Etre plus réactif face à la plaie 94

c. Mettre l'accent sur les mesures physiques 95
d. Des soins infirmiers facilités 95
e. Améliorer la formation 97

Discussion 99

1) Forces et limites de l'étude 99
2) Synthèse des résultats et comparaison à la littérature 100
a. L'éducation et les soins infirmiers pour assurer l'observance des soins locaux de l'ulcère de jambe 100
b. Le relationnel comme pierre angulaire d'une bonne observance 102
c. Un appui pluridisciplinaire pour soutenir l'observance 103
d. Des facteurs de mauvaise observance à prendre en compte 104
i. L'influence du patient et de son environnement 104
ii. L'influence des professionnels 106
iii. La pathologie ulcéreuse 107
3) Perspectives 109
a. Un dossier médical commun pour une coordination optimale des soins 109
b. Majorer l'autonomie des infirmiers libéraux qui le souhaitent 109
c. Une meilleure formation des futurs médecins généralistes et des journées de prévention pour les patients 110

Conclusion 112

Bibliographie 114

Annexes 117

1) Guide d'entretien 117
2) Grille d'analyse thématique 120
3) Verbatims : cf CD-rom en quatrième de couverture 122

Serment 123

Résumé/abstract 124

Abréviations

AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs

ASALEE : Actions de Santé Libérale En Equipe

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DMP : dossier médical partagé

DPC : développement professionnel continu

DU : diplôme universitaire

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FMC : formation médicale continue

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HBPM : héparine de bas poids moléculaire

IDE : infirmier diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPS : index de pression systolique

MMSE : Mini-Mental State Examination

MSU : Maître de stage universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

1) Définitions

Une plaie est considérée comme chronique s'il n'existe pas de tendance à la cicatrisation après 4 à 6 semaines de soins locaux bien suivis. Cette durée est également dépendante de son étiologie. Les plaies chroniques les plus fréquemment rencontrées sont les escarres, les plaies du pied diabétique et les ulcères de jambe.(1)
Dans ce travail, nous avons choisi de nous intéresser plus précisément aux ulcères de jambe, ils sont définis par une perte de substance cutanée dont l'origine peut être veineuse, microcirculatoire, artérielle ou mixte.
Leurs étiologies peuvent être identifiées cliniquement (examen local et général), via la mesure de l'index de pression systolique, via l'échographie doppler artério-veineuse ou d'après l'analyse anatomopathologique d'une biopsie cutanée pour les causes plus rarement rencontrées non vasculaires.(2)
Sa topographie concerne une zone située entre le genou et jusqu'à 2,5 cm sous la malléole. Elle exclut de ce fait le mal perforant plantaire.(3)

2) Traitements (2), (4)

On ne peut évoquer le traitement local sans parler du traitement de l'étiologie de l'ulcère, sans quoi, la cicatrisation serait impossible. La compression veineuse est essentielle dans le traitement de l'ulcère veineux ou mixte à prédominance veineuse et son port doit être intégré dans la prise en charge au long cours. Dans le cadre de notre travail de recherche, nous avons choisi de l'intégrer dans les traitements locaux car la compression est anatomiquement située dans la même zone que la plaie.

Le traitement local doit être adapté à chaque plaie ainsi qu'à chaque stade en fonction de son caractère fibrineux, nécrotique, bourgeonnant ou épidermisé. Il consiste à effectuer un nettoyage préalable de la plaie, une détersion chimique ou mécanique si nécessaire et à utiliser la classe de pansement et d'interface adaptée au stade de l'ulcère et à son caractère exsudatif ou non. Le rythme de réfection des soins locaux doit être adapté à l'évolution de la plaie.

De nombreuses mesures thérapeutiques complémentaires sont indispensables comme le traitement des comorbidités, la prise en charge de la douleur, de la dénutrition, la vaccination antitétanique ou encore la mobilisation.

Notre travail traitera essentiellement du traitement local des ulcères de jambe à savoir la compression veineuse et les soins de réfection du pansement.

3) Epidémiologie et coût

L'ulcère de jambe est une pathologie que l'on sous-estime dans la population générale car il y aurait une prévalence comprise entre 0,1 et 0,8%, fourchette qui a pu être précisée grâce à une analyse des données de remboursement de l'Assurance Maladie en 2011 qui porte cette prévalence à 115 000 patients.(5)
Pour avoir un point de comparaison, la prévalence de l'insuffisance cardiaque dans la population générale en Europe en 2016 était comprise entre 1 et 2%.(6)

Sans surprise, la pathologie ulcéreuse touche principalement les sujets âgés avec une moyenne d'âge de 71ans et une nette prédominance féminine (deux tiers de femmes).(5)
On retrouve, dans les référentiels, une prévalence allant jusqu'à 5% chez les sujets de plus de 80ans.(2)
En 2017, la région Occitanie faisait partie des régions ayant une population plus âgée que la moyenne nationale et avait le 4ème indice de vieillissement le plus élevé de France selon l'INSEE.

Concernant les coûts de prise en charge à domicile des ulcères, les chiffres de 2011 estiment que près de 115 millions d'euros ont été dépensés pour les soins infirmiers en ville et près de 90 millions d'euros pour les compresses et pansements en ambulatoire. Le montant total des dépenses ambulatoires est estimé à 272 millions d'euros et sous-estime nettement le coût total car il ne prend pas en compte les hospitalisations et le transport.(7)
Ces chiffres pourraient être améliorés selon l'Assurance Maladie en diminuant la durée de cicatrisation car en effet, avec un coût quotidien de 17 euros pour les ulcères, une diminution de 30 jours de la durée de cicatrisation à partir du 6ème décile (129 jours) pourrait entrainer une économie de 24 millions d'euros. Rappelons que la durée moyenne de cicatrisation d'un ulcère de jambe est de 211 jours avec une dispersion médiane de 95 jours.(5)

En dehors du retentissement sur le système de santé, il existe parallèlement un retentissement sur la qualité de vie des patients atteints de pathologie ulcéreuse qui ne doit pas être négligé.

4) Le retentissement sur la qualité de vie

Comme il est précisé dans le précédent paragraphe, la population souffrant d'ulcère de jambe demeure majoritairement âgée donc le plus souvent poly pathologique et parfois grabataire.
Dans ce contexte fragile, la pathologie ulcéreuse amène de nouvelles préoccupations qui, bien souvent, altèrent la qualité de vie de par la longueur des soins, leurs contraintes et le caractère récidivant de la maladie.
Une majoration des symptômes d'anxiété et de dépression a d'ailleurs été décrite en cas de retard de cicatrisation(8). Elle peut être également responsable d'une précipitation de la perte d'autonomie dans une population déjà fragile sur ce plan et fréquemment isolée.

Pour ces raisons, il s'agit actuellement d'un enjeu important de santé publique qui permettrait d'améliorer le confort, de diminuer les complications et de limiter la dépense publique en réduisant le temps de cicatrisation. Des améliorations sont possibles et ont déjà été proposées il y a quelques années.

5) Améliorations proposées et entreprises

Toujours dans son rapport de 2013, l'Assurance Maladie fait part d'une piste d'amélioration intéressante visant à prendre l'exemple sur d'autres pays européens comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni qui ont amélioré le parcours de soins de l'ulcère de jambe et qui ont développé des Centres Experts dans leur prise en charge. Leur but, réduire le temps de cicatrisation en apportant une prise en charge rapide et adaptée à la pathologie par le biais d'experts en cicatrisation. Les résultats annoncés sont probants, l'Allemagne aurait réduit la durée moyenne de cicatrisation à 84 jours versus 217 jours avec la prise en charge conventionnelle, le Royaume-Uni aurait augmenté son taux de guérison à 12 semaines de 12% à 32% et diminué son taux de récidive de 50% à 28%.(7)

Dans notre région Occitanie, le projet de télémédecine DOMOPLAIES lancé en 2013, piloté par CICAT Occitanie (réseau ville-hôpital, anciennement CICAT-LR), va dans ce

sens dans la mesure où il s'agit d'un « dispositif d'appui et de coordination pour optimiser l'orientation et faciliter la prise en charge de proximité, sur le lieu de vie, des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes. ». Il vient en « soutient » des effecteurs de soins.(9)
A ce jour, la quasi-totalité des consultations via ce dispositif se fait en télémédecine.
Ce réseau permet d'obtenir un avis d'expert en 48h qui propose un plan personnalisé de soins adapté à chaque patient et a l'avantage d'offrir une couverture régionale et d'améliorer l'accès aux soins, notamment pour des patients ne pouvant se déplacer ou vivant dans des endroits reculés.
Une étude récente montre un délai de cicatrisation comparable et non significativement différent entre les plaies prises en charge en présentiel et les plaies suivies en téléconsultation, ce qui exclut un effet délétère de la télémédecine.(10)
Une estimation ferait état de près de 47% d'hospitalisations non programmées évitées soit une économie de 78,6 millions d'euros grâce au réseau d'expert.(9) Il permet donc d'apporter une aide aux soins primaires dont les ressources sont parfois insuffisantes dans des situations complexes.

La région bénéfice également de services hospitaliers spécialisés dans la plaie comme le service de Plaies et Cicatrisation du CHU de Lapeyronie, les services de médecine vasculaire des différents CHU et CH ainsi que la HAD.

Dans la continuité des soins et pour poursuivre la cicatrisation, les soins doivent, par la suite, être exécutés régulièrement et de manière adéquate. Ceci implique, comme dit précédemment, une coordination des soins mais également une observance des soins.

6) L'observance, définition et enjeux

L'observance est définie comme l'adéquation entre le comportement du patient et les recommandations du professionnel de santé.(11)
Cette définition souligne l'implication que le patient doit avoir dans sa prise en charge car, en excluant les situations dans lesquelles le patient ne serait pas en pleine possession de ses moyens, il est en grande partie responsable de sa santé par ses agissements et ses choix de suivre ou non les thérapeutiques.
Dans les pays développés, selon un rapport de l'OMS de juillet 2003, la moitié des patients atteints de maladies chroniques ne prennent pas correctement leur traitement, et cette tendance ne fera que s'accroître avec l'augmentation des maladies chroniques.

La mauvaise observance entraine diverses complications ainsi que des surcoûts non négligeables.(12)

Dans le cadre des ulcères de jambe, l'observance des traitements, notamment du port de la compression veineuse, joue un rôle essentiel dans le pronostic cicatriciel puisqu'il est prouvé qu'il réduit le temps de cicatrisation de l'ulcère et limite le risque de récidive. En effet, selon une étude ancienne réalisée sur quinze années, 97% des patients portant régulièrement leur contention veineuse avaient cicatrisé à 5 mois de suivi contre 55% des patients ne la portant pas régulièrement. En ce qui concerne la récidive, dans le groupe des patients non-observant, elle était de 100% à trente-six mois de suivi et seulement de 29% à cinq ans dans le groupe des patients observant la contention.(13)

Malheureusement, l'observance est souvent faible dans les études avec moins de 40% de patients déclarant utiliser la compression veineuse quotidiennement ou partiellement. (14,15)
En revanche, nous ne retrouvons pas d'étude sur l'observance des soins de pansement dans la littérature, probablement parce qu'il s'agit d'une variante peu objectivable et complexe à étudier.

Parallèlement, cette responsabilité implique que le patient bénéficie d'une information claire concernant sa pathologie et ses traitements pour qu'il puisse en saisir les tenants et les aboutissants.
Le Professeur en économie de la Santé Claude Le Pen souligne que « L'effort pédagogique revient aux professionnels de santé. Leur tâche ne s'arrête pas à la prescription ni à la dispensation, elle inclut les explications et le suivi… ».

L'observance implique donc plusieurs acteurs dont l'ensemble des professionnels de santé et demeure capitale pour conforter l'alliance thérapeutique. Ceci est d'autant plus important dans les pathologies chroniques nécessitant une prise en charge sur le long terme comme les ulcères de jambe.

7) Intérêt du sujet

Devant cette problématique de retard cicatriciel de l'ulcère de jambe en lien avec le manque d'observance des thérapeutiques locales, nous nous sommes questionnés sur les stratégies des professionnels de santé pour pallier ce manque d'observance afin de

comprendre leurs pratiques et, dans un second temps, de mettre en exergue les facteurs à prendre en compte pour anticiper cette difficulté et pouvoir trouver des pistes d'amélioration. Pour cela, nous avons réalisé une analyse qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés de médecins généralistes et d'infirmiers libéraux installés dans l'Hérault. L'inclusion de ces deux acteurs de soins primaires essentiels dans la prise en charge des ulcères de jambe va nous permettre de confronter et de compléter les différents points de vue. A ce jour, il n'existe aucune étude qualitative sur ce sujet, nous espérons contribuer à une première réflexion sur cette problématique.

Matériel et méthodes

1) La recherche qualitative

a. La méthode qualitative

La recherche qualitative est particulièrement intéressante pour mettre en évidence des facteurs non quantifiables et subjectifs. Elle a donc tout à fait sa place dans la recherche en soins primaires et vient enrichir la recherche quantitative en permettant l'étude et la compréhension de phénomènes et de comportements.(16)

Cette méthode nous paraissait donc être la plus appropriée pour questionner les médecins généralistes et les infirmiers en ce qui concerne leurs stratégies pour pallier la mauvaise observance des soins locaux des ulcères de jambe. Quelles sont leurs pratiques ? Comment gèrent t'ils les situations difficiles ? Que ressentent t'ils ? Quelle est leur place dans cette prise en charge ? Ces questions font appel à une méthode de recherche qualitative afin de pouvoir laisser l'interviewé s'exprimer librement sur le sujet.

Sur ce sujet, il n'existe pas de travail de thèse déjà réalisé, que ce soit avec une recherche qualitative ou quantitative.

b. Réalisation d'un guide d'entretien

Le guide d'entretien commence par une courte introduction donnant l'intitulé complet du sujet. Les chiffres d'épidémiologie qui suivent n'étaient pas toujours abordés, surtout si la personne avait l'air assez « pressée ».
Il rappelle ensuite que les entretiens sont totalement anonymes et « anonymisés » s'ils venaient à énoncer le nom d'une ville, d'un confrère ou d'un établissement de soin.
Je recueillais également leur consentement oral pour pouvoir enregistrer l'entretien à l'aide d'un dictaphone et utiliser ces données dans le cadre de ma thèse.
Je termine mon introduction en soulignant qu'il ne s'agit pas d'un contrôle de connaissance mais bien d'un entretien visant à recueillir leurs pratiques, leurs ressentis et que par conséquent, ils peuvent laisser libre court à leurs pensées.

Le guide d'entretien est composé de six questions ouvertes dont une première question « bris de glace » les questionnant sur l'observance de manière générale afin de ne pas bloquer les interviewés peu à l'aise avec la pathologie ulcéreuse. Les questions

suivantes ciblent l'expérience qu'ont les interviewés dans la prise en charge des ulcères de jambe, leurs pratiques, les obstacles rencontrés mais aussi leurs ressentis face aux difficultés et les changements qu'ils aimeraient opérer dans de futures prises en charge. Des questions de relance permettaient de dynamiser l'entretien si les soignants n'avaient pas d'expérience dans la pathologie ulcéreuse. Ces questions étaient adaptées aux réponses des intervenants afin d'approfondir les questions principales. La première question ainsi que certaines questions de relance ont été modifiées après les trois premiers entretiens afin d'apporter plus de pertinence.

Les données sociodémographiques étaient recueillies en fin d'entretien afin de ne pas perturber les réponses aux questions des interviewés.

c. Recrutement des médecins généralistes et infirmiers

Nous avons sélectionné les médecins généralistes et les infirmiers libéraux selon une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné afin d'avoir de multiples profils et d'obtenir une étude la plus riche possible.

Le recrutement a été réalisé soit par connaissance, soit via la liste des MSU retrouvée sur le site de la Faculté de Médecine de Montpellier, soit en recherchant des professionnels au hasard sur internet.
J'ai également contacté la secrétaire responsable du Diplôme Universitaire de Plaies et Cicatrisation qui a diffusé un mail de présentation permettant à ceux qui souhaitaient participer à ma thèse de me recontacter pour un entretien.
Concernant le réseau d'expert Plaies et Cicatrisation, j'ai été mise en contact avec le Dr Géri, médecin coordinateur, qui m'a conseillé de ne pas inclure de professionnels travaillant pour le réseau car cela pourrait apporter un biais à mon étude. Après un second avis confirmant cette possibilité auprès du Dr Carbonnel, nous avons donc décidé de ne pas inclure cette catégorie de professionnels.

Initialement, l'étude se limitait aux professionnels de l'Hérault mais devant le peu de réponses des professionnels ayant le DU Plaies et Cicatrisations dans ce département, nous avons décidé d'inclure 2 professionnels exerçant respectivement dans le Gard et dans les Pyrénées Orientales et détenteurs de ce Diplôme.

2) La méthode d'intervention

a. Le déroulement des entretiens

Les dix premiers entretiens ont été réalisés soit au cabinet des professionnels concernés, soit à leur domicile selon leur souhait. En revanche, les six derniers entretiens ont été réalisés par téléphone pour limiter les contacts en période de pandémie de COVID-19 mais aussi parce qu'il s'agissait d'une période de confinement national.
Il s'agissait d'entretiens individuels semi-directifs enregistrés uniquement après avoir obtenu leur consentement oral.
Aucun entretien n'a été interrompu. La durée des entretiens allait de 10min à 51min pour le plus long avec une moyenne de 21min.

Les entretiens se sont essentiellement déroulés sur la pause déjeuner des professionnels, ce qui leur permettait de moins se soucier du temps pris pour l'entretien mais également de s'affranchir de la fatigue et de la lassitude de fin de journée. J'ai également noté que les professionnels semblaient plus à l'aise par téléphone.

b. Le recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone (PHILIPS Voice Tracer LFH0622) après consentement oral des professionnels.

La saturation des données a eu lieu au treizième entretien, trois entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer l'absence de nouvelle idée émergente.

3) L'analyse des données

a. Retranscription des entretiens

Les verbatims ont été retranscrits mot pour mot et individuellement sur le logiciel Microsoft Word en écoutant certains passages plusieurs fois afin d'être le plus fidèle aux propos des interviewés. Les données non verbales ont été inscrites entre parenthèses.
Tous les entretiens ont été « anonymisés » en inscrivant des astérisques après la première lettre des noms des professionnels, centres de soins ou villes qui étaient cités. La numérotation des entretiens s'étale de 1 à 16 soit de N1 à N16. L'ensemble des

entretiens retranscrits est disponible sur le CD-ROM joint.

b. L'analyse thématique des données

Pour notre étude, nous avons choisi l'analyse thématique qui nous paraissait être la plus appropriée pour répondre à ce sujet.

« La thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique) » (17)

Donc, une fois les verbatims retranscrits dans le logiciel Word, plusieurs lectures étaient effectuées afin de découper le texte en unités de sens annotées dans la marge, qui correspondent à des idées en rapport avec le sujet.
Ces unités de sens ont été progressivement regroupées en sous-thèmes puis en thèmes en fonction des liens entre elles.
Pour cela, un tableur du logiciel Excel a été utilisé pour chaque entretien en réalisant quatre colonnes « Rubrique », « Thème », « Sous-thèmes » et « Verbatims » correspondant au numéro de la ligne du verbatim. Cette méthode nous a permis d'associer plus aisément les différentes idées ressortant du corpus (voir tableau d'analyse en annexe).

Ensuite, trois tableurs d'entretiens, choisis pour leur richesse en unité de sens, ont été réunis afin de réaliser un tableur Excel global pour créer une base de travail. Chaque nouvelle grille correspondant à un nouvel entretien a par la suite été ajoutée dans le tableau global. Ceci a facilité le travail d'association et a permis de ne pas omettre des idées intéressantes.

Au fur et à mesure, les thèmes émergents nous ont permis de dégager des axes principaux puis des catégories répondant à notre problématique.

La thématisation a été effectuée en continue c'est-à-dire avec « une démarche ininterrompue d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique ».(17)

Résultats

1) Caractéristiques de la population

Au total, 16 professionnels de santé ont accepté de répondre à l'entretien dont 8 médecins généralistes et 8 infirmiers libéraux. Parmi les médecins généralistes, 7 étaient installés et 1 médecin était remplaçant régulier dans un cabinet. Les 8 infirmiers interviewés étaient installés en libéral. 2 professionnels possédaient le Diplôme Universitaire en Plaies et Cicatrisation, 1 professionnels était en cours de formation et 1 professionnel s'était auto-formé en Plaie (voir tableau 1 pour le détail).

Tableau 1 : Caractéristiques des professionnels interrogés

N	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Profession	Année installation	Diplômes Universitaires
1	41ans	F	Urbain	Seule	MG	2020	Aucun
2	34ans	F	Urbain	Seule	IDE	2013	Réanimation
3	48ans	F	Urbain	Seule	IDE	2012	Aucun
4	55ans	H	Semi-urbain	Association	MG	2001	Aucun
5	41ans	F	Semi-urbain	Association	MG	2008	Diabétologie
6	64ans	H	Rural et semi rural	MSP	MG	1988	Soins palliatifs
7	51ans	F	Urbain	Collaboration	IDE	2015	Hypnose et méditation PC, ETP, tabacologie
8	40ans	H	Semi urbain	Association	MG	2012	Maladies infectieuses extra-hospitalières
9	36ans	H	Semi-rural	Association	IDE	2010	Aucun
10	67ans	H	Urbain	Association	MG	1983	Auto-formation en Plaies et Cicatrisation

11	30ans	H	Urbain	Remplaçant	MG	Non installé	Plaies et Cicatrisation
12	36ans	F	Semi-rural	Association	IDE	2018	Plaies et Cicatrisations
13	50ans	F	Semi-urbain	Seule	IDE	2014	Aucun
14	38ans	F	Semi-rural	Association	MG	2015	Gynécologie
15	44ans	F	Semi-rural	Association	IDE	2016	Plaies et Cicatrisation en cours
16	45ans	H	Semi-urbain	Association	IDE	2008	Aucun

F : Femme, H : Homme, MG : Médecin généraliste, IDE : Infirmier Diplômé d'Etat, MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire, PC : pleine conscience, ETP : éducation thérapeutique

2) Stratégies mises en place par les professionnels libéraux pour pallier la mauvaise observance des soins locaux des ulcères de jambe

a. Veiller à la compréhension du patient

i. Faire comprendre qu'il est le principal acteur

Les professionnels sont d'accord sur le rôle actif que doit tenir le patient dans sa prise en charge pour espérer une guérison, et cela passe par la compréhension de sa pathologie mais également par l'intégration des mesures de prévention.

E13V6 : *« Je pense qu'il a besoin de comprendre sa place en tant qu'acteur, la compréhension de pourquoi il a cette, pourquoi il a enfin cette maladie, cet état de santé et heu… Et que en fait bah le premier à pouvoir le guérir c'est lui-même en fait.»*
E5V5 : *« Bah le rôle du patient il est quand même un peu actif dans le sens où il faut qu'il fasse… Voilà, il faut qu'il adhère aux traitements, qu'il comprenne qu'il y a les bandes de contention à mettre. Voilà, qu'il faut pas louper les traitements, qu'il faut faire attention à certaines choses dans la vie, voilà de protéger sa jambe. »*
E15V1 : *« Je dirais l'éducation du patient, ça me semble assez important, qu'il soit partisan des soins aussi. »*

ii. Eduquer en abordant les thèmes essentiels

- **Diagnostic et conséquences de la pathologie**

Il est question ici d'expliquer en premier lieu la pathologie pour que le patient puisse ensuite comprendre les traitements et l'évolution. Dans le cas spécifique de la pathologie ulcéreuse, certains professionnels préfèrent aborder d'emblée le fait que les soins sont assez longs mais également de s'appuyer sur un exemple similaire familial afin de rendre les explications plus concrètes pour le patient.

E1V1 : *« Dans l'observance thérapeutique de manière très générale… Alors souvent d'abord, la première mission c'est d'informer… De donner l'information sur le diagnostic de la maladie parce que si on comprend pas la maladie c'est compliqué, c'est difficile de comprendre le traitement qui en découle donc premier rôle c'est d'abord d'information. Donc information du diagnostic. Information donc des conséquences potentielles de la maladie en question… »*
E14V27 : *« Peut-être plus d'explications pour essayer qu'ils comprennent en fait que c'est important, c'est des soins qui sont très longs, et du coup peut être heu… Essayer de plus leur expliquer pour dire que ça va s'arranger mais que… Faut qu'ils fassent attention quoi… »*
E10V2 : *« Il y a une notion aussi parfois familiale, c'est-à-dire est-ce que tu as quelqu'un qui a déjà eu ce type de pathologie dans ton entourage, tu peux avoir la notion de ce qu'il… Comment ça a été pris en charge et quel temps ça a duré. »*

- **Traitements et effets indésirables**

Les professionnels soulignent qu'il est nécessaire d'expliquer chaque thérapeutique et son utilité mais aussi d'aborder les éventuels effets indésirables pour éviter un arrêt précoce des traitements. A l'inverse, il faut parfois évoquer les conséquences en cas de non observance pour sensibiliser le patient et rester à sa disposition s'il a besoin d'aide.

E2V3 : *« Alors je vais lui expliquer la nécessité des thérapeutiques, ce que ça va lui apporter, heu… Bah lui dire le contraire de, si… S'il observe pas, ce qui pourrait arriver. Et que s'il n'a pas compris et qu'il a besoin d'aide, je pourrais pallier à la prise des thérapeutiques. Voilà, la mise en place quoi. »*
E12V3 : *« Bah déjà on leur explique les traitements, chaque molécule en fonction de la pathologie, quand c'est possible bien entendu mais heu voilà, on essaye de leur expliquer heu chaque traitement pourquoi il est prescrit par le médecin. Heu… On essaye de leur donner quelques, quelques effets indésirables aussi qui peuvent survenir, pour qu'ils soient pas surpris si ça devait arriver… »*

Dans les thèmes hors traitement local, les professionnels mettent l'accent sur les règles hygiéno-diététiques qui encadrent la prise en charge de l'ulcère et doivent être adaptées à chaque profil de patient.

E14V30 : *« Bah c'est tabac… Enfin l'hygiène de vie en fait, le tabac, faire attention, enfin les règles hygiéno-diététiques quoi, c'est plus insister sur ça, et l'hygiène heu tout court. »*
E15V6 : *«… , l'hygiène de vie aussi au niveau alimentaire s'il est diabétique heu ou artéritique les conseils seront différents en fonction des pathologies associées quoi. »*

Ils insistent sur l'importance capitale de la contention veineuse et parlent aussi des mesures physiques qui font partie du traitement général.

E8V14 : *« Avec la contention un peu plus ouais. Faut bien faire comprendre au patient que c'est utile et que c'est une partie voir une grosse partie du traitement. »*
E15V5 : *« Oui, oui voilà bah c'est justement l'observance, le fait de comprendre pourquoi il peut marcher, ce que ça peut lui apporter, de se mettre au repos aussi, c'est important qu'il comprenne de pas être toujours debout, d'avoir les jambes un peu heu surélevées… »*

- **Les signes d'alerte**

Les professionnels jugent important d'éduquer le patient à reconnaitre les signes d'évolution anormale de sa pathologie afin qu'il puisse prévenir au plus tôt le soignant.

E1V66 : *« Moi je suis plutôt dans une démarche informative plus généraliste, que la personne apprenne à prendre soin d'elle, à pouvoir donner l'alerte par contre, à dire « attention » voilà « si ça va pas mieux vous m'appelez ». « S'il y a une plaie qui n'est pas normale vous m'appelez ». »*

iii. Apprentissage progressif

L'acquisition des notions importantes par le patient est facilitée par un apprentissage sur le long terme en reprenant les explications importantes régulièrement, à chaque changement dans la prise en charge et par étapes.

E11V7 : *« … le patient il peut ne pas être observant au début et vu qu'on le revoit, petit à petit, il comprend la prise en charge et il s'adapte… »*
E2V4 : *« Au tout début. Au début de la prise en charge et à chaque changement de thérapeutique, ou de nouvelles méthodes… »*
E9V1 : *« En 3 temps, d'abord on explique ce qui se passe, on explique ce qu'on fait et on explique ce qui va… Ce qui va se passer quoi. »*

iv. Discours uniforme entre les intervenants

Plusieurs professionnels insistent sur la nécessité d'unité du discours que chacun des membres de l'équipe soignante délivre au patient pour qu'il puisse avoir une information claire et compréhensive qui lui permette d'observer les traitements.

E8V4 : *« Il faut qu'au moins les soignants paramédicaux, médecins aient le même discours et que ce soit assez clair pour que le patient il ait pas dix milles sons de cloche, et qu'il soit perdu dans, dans, dans ce qu'il doit faire ou la compréhension qu'il a du traitement. »*
E11V12 : *« … enfin je pense que tout acteur de santé participe à l'observance, à condition que ça soit pas un acteur de santé qui ait un point de vue complètement différent et qui heu, qui casse complètement la prise en charge quoi. »*

Un médecin souligne que chaque professionnel doit intégrer dans sa pratique une formation continue afin de pouvoir proposer une prise en charge comprise de tous et uniforme.

E11V13 : *« Après les recommandations et la mise à jour de nos connaissances c'est là aussi pour qu'on dise, pour qu'on raconte pas tous des choses différentes quoi, mais bon. »*

v. Accorder le temps nécessaire

Les notions de temps et de disponibilité ont été abordées de nombreuses fois par les professionnels de santé qui semblent préoccupés par cette variable. Il est important pour eux de se libérer des tâches non médicales pour pouvoir consacrer le plus de temps possible au patient.

E5V2 : *« Et deuxième chose c'est la communication, l'explication, prendre le temps quand même d'expliquer l'intérêt de faire les choses et s'assurer que le patient a bien compris. »*

- **Bien organiser son temps de consultation**

Certains professionnels soulignent l'importance d'organiser la consultation en ciblant les besoins du patient et en prévoyant des supports papiers afin de pouvoir transmettre le plus d'information nécessaire au patient dans un temps qui est limité.

E11V8 : *«… mais globalement avoir voilà avoir une ordonnance quasiment pré-faite ou dedans il y a pas mal de choses importantes, notamment les conseils pour le patient, de la documentation parce que souvent c'est vrai qu'en médecine générale en 20 minutes, un quart d'heure, on a un peu de mal à donner, à donner toutes les infos. »*
E15V14 : *« Des fois en libéral on a pas forcément le temps de s'attarder sur la vie des gens, leur hygiène de vie alors que quand il y a des consultations il me semble qu'on a d'avantage, on peut cibler en fait les besoins, ce qui va aller, ce qui ne va pas aller chez la personne. »*

- **Déléguer pour plus de disponibilité**

Un médecin a évoqué la présence d'une infirmière ASALEE et d'une Assistante Médicale lui permettant de déléguer certains soins et certaines tâches non médicales pour pouvoir consacrer plus de temps au patient.

E6V5 : *« Nous, médecins généralistes des fois on est, on peut être aidés. Moi j'ai une infirmière ASALEE ça m'aide bien, hein. Donc ça, ça me permet de, de faire mon métier de médecin… »*
E6V31 : *« Moi j'ai toujours eu un petit doppler, un petit crayon doppler, j'ai toujours essayé de faire des IPS, mais là effectivement si l'infirmière ASALEE me les fait, elle me les fait pas encore mais c'est vrai que ça m'arrange vachement parce que c'est chronophage. »*
E6V6 : *« C'est-à-dire, bah j'ai une assistante médicale aussi, elle me fait beaucoup de papiers, beaucoup de… Beaucoup de… S'il y a un arrêt de travail souvent c'est elle qui me le fait, s'il y a un bon de transport, c'est elle qui me le fait, s'il y a une demande de 100%, je lui dis quoi faire et c'est elle qui me le fait. »*

vi. En respectant le cadre médicolégal

- **Tracer les informations**

Un médecin a inclus le cadre médicolégal dans la délivrance de l'information en insistant sur le fait de bien tenir son dossier médical pour pouvoir prouver que l'information a bien été délivrée au patient en cas de litige.

E1V21 : *« « Maintenant libre à vous d'accepter ou pas de suivre ce traitement. Mais moi, dans mon dossier, c'est tracé que je vous en ai informé. » »*
E1V24 : *« Voilà, moi c'est ce que je préconise, c'est ce que je prescris sur mon ordinateur, maintenant c'est ce que je trace… »*

- **Informer la famille**

Toujours dans une optique médicolégale, ce professionnel informe également la famille du patient afin de faire connaitre des situations complexes parfois non contrôlées qui lui échappent.

E1V69 : *«… à un moment donné aussi, informer la famille, ce qui est souvent très important parce que quand il y a une mauvaise observance, je parle pour les patients âgés, il faut toujours inclure, tout en respectant le secret professionnel mais, les partenaires familiaux, pour pas qu'on vous reproche d'avoir fait ceci ou cela. »*

b. Organisation technique des soins

i. Suivi du patient

- **Régulier et dans des délais adaptés**

Le suivi du patient doit être organisé et adapté au stade de sa pathologie pour pouvoir réévaluer l'état clinique au moment opportun et s'assurer que les traitements sont bien respectés.

E1V7 : *« Ça peut être tous les mois, ça peut être toutes les semaines, tous les quinze jours ça dépend évidemment de la phase de la maladie et de qu'est-ce que l'on doit réévaluer pour s'assurer de l'observance du traitement. »*
E1V37 : *«… éventuellement du coup une fois par semaine quand on y passe pour la visite hebdomadaire sur, souvent, sur… Ce type de personne âgée on voit, on soulève le pansement. »*

La plupart des médecins interrogés mettent l'accent sur le suivi de la plaie par les infirmiers qui peuvent surveiller la plaie d'une manière beaucoup plus rapprochée et sans qui, ils estiment que la prise en charge serait compliquée.

E5V51 : *« Bah oui parce qu'en plus les ulcères, nous on sera pas tous les jours au chevet du patient pour aller faire la plaie, donc si on a pas une équipe infirmière qui tient la route, on peut pas, voilà. »*
E1V64 : *«… je recueille les compétences aussi avec un vrai partenariat avec les infirmiers pour justement garantir la surveillance et l'observance de la plaie, ce que moi, je ne peux pas faire au quotidien soyons très honnêtes. »*

Cependant, un médecin a fait part de son intention d'améliorer le suivi des plaies par lui-même en programmant des rendez-vous à l'avance.

E11V40 : *« C'est peut-être ça l'organisation, c'est vrai que j'organise beaucoup la prise en charge initiale et peut être qu'organiser le suivi derrière par moi, pas que par l'infirmière mais par moi, mais revoir le patient en vrai, peut être des fois je pense pas trop à le programmer. Peut-être qu'il faudrait que je programme plus facilement le suivi… »*

- **Rigoureux**

Les soignants évoquent de la rigueur dans le suivi du patient, que ce soit réévaluer la prise en charge à chaque consultation pour ne pas omettre un détail ou être bien attentif à ce qui se passe autour de la plaie.

E1V9 : *« Donc le suivi est le suivi qui permet de surveiller bah la réalité des soins faits, ou pas faits, ou mal faits, ou pas suffisamment faits et de réévaluer bien sûr le travail de réévaluation ensuite qui est le travail de… de vérification que le diagnostic est bien posé, que bah le traitement en question est toujours bien adapté, et que, et surtout que le traitement évolue comme on s'y attend, voilà. Donc réadaptation ou pas de la prise en charge thérapeutique. »*
E13V35 : *« Heu cette personne du coup elle enveloppait sa jambe dans du papier Cellophane, donc c'était évident que heu bah oui j'avais la plaie à surveiller mais j'avais*

aussi tout ce qui était autour de la plaie et la peau autour de la plaie et bien sur le membre complet quoi ! »

- **Facilité par l'utilisation des photos via smartphone**

Nombre de soignants ont insisté sur cet avantage de pouvoir suivre l'évolution de la plaie via les photos qui, de nos jours, sont très facilement réalisables sur le smartphone au lit du malade. Il permet de réajuster plus facilement les thérapeutiques et de vérifier l'observance des traitements.

E11V41 : *« Bah moi justement quand je donne mon mail pour avoir des photos etc c'est pour que même si le patient oublie au moins bah il y a l'infirmière qui m'envoie la photo, ça me rappelle, et ça me permet d'ajuster, d'ajuster les thérapeutiques. »*
E13V15 : *« Et là je lui dis « écoutez… Je vais prendre des photos… Et puis voilà quoi, juste pour savoir un petit peu, enfin pour créer mon dossier personnel entre guillemets, personnel, professionnel quoi ». »*

ii. Soulager la douleur

- **Adapter une prémédication**

Certains soignants ont parlé de la prémédication qui peut être donnée avant les soins locaux pour éviter l'inconfort du patient. Ils peuvent utiliser des paliers 1 ou 2 que le patient possède lui-même ou parfois même des paliers 3.

E1V41 : *« Donc, auquel cas quelques fois il faut adapter une petite prémédication heu… Voilà avec, mettre parfois un peu d'Actiskenan, enfin voilà ça dépend, il y a des personnes qui ont besoin d'avoir un petit… Une petite prémédication antalgique, des fois de palier 2, des fois de palier 3 avant des soins, selon le type de soins. »*
E9V24 : *« Ou alors on voit le traitement antalgique qui a été mis en place pour d'autres symptômes et qui peut fonctionner là si jamais heu pour une douleur d'arthrose ou quoi ce patient-là a un traitement antalgique palier 1 ou palier 2, eh bien je peux lui dire une demi-heure avant que je fasse le soin de le prendre. »*

- **Utilisation de palier 3 si nécessaire**

Comme vu précédemment, l'utilisation d'antalgiques de palier 3 dans la pathologie ulcéreuse n'est pas si rare pour certains soignants et est plutôt bien vécue.

E6V16 : *« Non là, j'ai pas le souvenir, c'était pas un patient très douloureux, j'en ai eu des patients douloureux, mais c'était pas un patient forcément très douloureux celui-là. Bon il était sous morphiniques mais c'était pas dramatique. »*

- **Utilisation d'anesthésiques locaux**

Certains infirmiers disent utiliser des anesthésiants locaux avant de réaliser les détersions, ce qui fonctionne pour eux sur certains patients.

E9V25 : *« Et puis après sinon on peut avoir recours, avec l'accord du médecin, à des petits soins locaux. Là par exemple j'ai une patiente qui est suivie depuis des années pour des ulcères, eh bien on met un peu d'anesthésique local avant de faire les détersions quoi, voilà. »*

- **Réagir si le traitement est insuffisant**

Une infirmière a évoqué la priorité pour elle qu'est la douleur du patient qu'elle solutionne en mettant le médecin traitant au courant pour une réévaluation rapide.

E12V20 : *« Heu au niveau antalgie non, du coup, donc j'ai relancé le médecin traitant heu pour qu'elle passe et qu'elle évalue la douleur et qu'elle puisse prescrire autre chose parce qu'elle avait de l'Acupan mais elle a très, très mal toléré l'Acupan, elle avait Lamaline pareil… »*
E12V22 : *« On a interpellé le médecin traitant pour qu'elle puisse revenir et qu'elle réévalue le traitement au niveau douleur parce qu'à ce jour la priorité c'est la douleur. »*

iii. S'adapter au patient

- **A son environnement**

La plupart des infirmiers disent devoir s'adapter à l'environnement du patient, probablement car il s'agit pour eux de limiter les contraintes imposées au patient pour faciliter l'observance des soins.

E3V37 : *« En libéral je pars du principe que je suis chez eux donc c'est à moi à m'adapter à eux, à leur environnement, à ce qu'ils sont. »*
E15V2 : *« Qu'on puisse prendre aussi en considération l'environnement et les habitudes de vie du patient, ça ça me semble important aussi dans la prise en charge… »*

- **A son état général**

Les soignants sont bien conscients que la contrainte des soins locaux est limitée par l'état général du patient et qu'il est important d'adapter les soins en fonction du projet cicatriciel pour ne pas être invasif inutilement.

E6V17 : *« Non mais là je vous parle de situations totalement dépassées, hein donc heu voilà. La question de l'observance ne se posait pas, il fallait faire un pansement enfin on faisait un pansement, on faisait un pansement palliatif, c'est-à-dire qu'on enlevait ce qui se décollait enfin je vous fais pas un dessin. »*
E9V28 : *« Il faut voir plusieurs choses parce que c'est des soins qui sont douloureux, qui sont longs, récurrents donc heu… Je sais pas, ça se discute. Ça se discute surtout sur l'état général du patient, est-ce que ça vaut le coup de faire une détersion d'un ulcère chez un patient qui a plus de 90ans par exemple vous voyez et qui a un état général qui se dégrade et qui est en dénutrition qui a une albu dans les chaussettes enfin, voilà, tous ces facteurs-là doivent être étudiés et pas forcément se contenter de fermer les plaies quoi… »*

- **A l'état de sa plaie**

Une infirmière a parlé du fait qu'elle s'adaptait préférentiellement à l'état de la plaie plutôt qu'au protocole mais sans pour autant le modifier intégralement.

E13V16 : *« « … mais par contre je vais pas mettre le pansement américain tout autour parce que je pense vraiment que la lésion péri-lésionnelle qui est tout autour sur la jambe, c'est peut-être dû à quelque chose de réactif, enfin une réaction quoi. Donc je vais mettre cet Urgo Start, et je vais mettre des compresses sèches et un bandage, et je reviendrai dans 2 jours ». »*
E13V22 : *« Moi je me permets pas de prendre des initiatives par rapport au protocole par contre hein, je fais juste les soins comme on le ferait sur… Enfin juste les soins quoi hein. J'ai une continuité de soins mais heu… On va dire avec une approche professionnelle heu logique quoi hein. »*

iv. Les soins infirmiers

- **Systématiques**

La plupart des médecins soulignent que les soins infirmiers sont indispensables dans la gestion de l'observance des soins locaux.

E1V32 : *« Enfin moi dans les cas de figure où j'ai été confronté, il y avait systématiquement des soins infirmiers. C'est-à-dire que ça ne se faisait pas sans soins infirmiers et que finalement l'observance était assurée par la présence du soin infirmier… »*
E4V19 : *« Enfin moi tous les ulcères que j'ai eu à traiter, c'était des ulcères qui étaient surtout encadrés par les équipes paramédicales c'est-à-dire infirmiers etc. »*

- **Complets**

Plusieurs infirmiers affirment que les soins locaux pour eux ne peuvent être exécutés sans avoir réalisé des soins d'hygiène complets au préalable pour travailler sur des bases saines.

E9V6 : *« On peut pas venir que pour le soin. Vous voyez ? Il faut, dans le meilleur des cas, il faut qu'on prenne le patient du début à la fin, qu'on suive son traitement, qu'on voit un petit peu ce qu'il en est, de prendre en charge aussi quelque part la toilette au moins du membre inférieur, pour avoir vraiment localement une hygiène nickel… »*
E13V34 : *« Bah pour moi c'était un temps qui est nécessaire. Je peux pas dire, je peux pas dire, quand il s'agit heu… Quand il s'agit de faire un pansement bah c'est vrai qu'on a aussi des soins d'hygiène du membre hein, pour moi c'est une partie évidente quoi, je ne m'occupe pas d'une plaie, je m'occupe d'un membre qui a une plaie. »*

- **Réguliers**

La régularité et la fréquence plusieurs fois par semaine des soins locaux permettent d'assurer l'observance des soins en cadrant la prise en charge.

E1V39 : *« L'observance finalement moi dans les cas de figure auxquels j'ai été confronté était assurée par le fait que c'était des soins infirmiers quotidiens voir tous les 2 jours. »*
E8V11 : *« Alors sur les plaies on va dire chronique comme ça les ulcères chroniques, j'ai l'impression qu'on a moins d'obstacles à l'observance puisque c'est des choses qui sont suivies par les infirmières avec des pansements réguliers, avec souvent un protocole qui est bien établit… »*

v. Impliquer l'entourage

- **Moyen d'alerte**

L'entourage est parfois un moyen pour les soignants d'être prévenu en cas de récidive de la pathologie pour pouvoir revoir le patient rapidement.

E5V13 : *« En sachant que cette dame, elle a une fille, qui s'occupe d'elle. Heu, qui vit pas avec elle mais qui s'occupe d'elle très régulièrement et qui a une bonne confiance en moi et dès qu'il y a quelque chose de… Notamment un ulcère qui revient, elle m'appelle et… Pour que je la vois, pour que je refasse le point, et éventuellement une prise de sang quand même pour savoir s'il faut mettre des antibiotiques ou pas, voilà, et relancer un peu la machine. »*

- **Pour stimuler les soins**

Plusieurs médecins évoquent l'avantage que représente les proches de certains patients pour favoriser l'observance des soins. L'entourage permet d'insister sur les soins et de surveiller qu'ils soient bien réalisés.

E5V28 : *« Non chez elle en fait, c'est tout le contexte en fait. Je pense que cette dame elle serait sans sa fille, sans le médecin et l'équipe infirmière qui est à l'écoute, elle se ferait pas soigner du tout et ce serait une catastrophe en fait. »*
E14V6 : *« Oui il y a la famille qui joue aussi quand… Souvent les personnes âgées quand on parle aux petits, aux enfants heu ils ont… Quand les enfants du coup leurs font une réflexion ils ont tendance à nous écouter un peu plus et à faire attention. »*
E14V8 : *« On sait pas mais en général si la compagne dit « il va le prendre », c'est que derrière elle va… Elle va surveiller qu'il le prenne quoi (rires) »*

- **Pour soulager les professionnels**

Une infirmière intègre au maximum les aidants dans le processus de soins pour parfois faire le lien avec le médecin traitant quand elle manque de temps pour le faire elle-même.

E12V27 : *«… on dit aux familles, aux aidants d'appeler les médecins traitants parce que si on se met à devoir appeler tous les médecins de tous nos patients pour tous les problèmes, en fait on passe une journée complète au téléphone. Alors quand on peut,*

quand les personnes sont isolées on le fait parce qu'on a pas le choix, mais heu dans la plupart des cas c'est vrai qu'on essaye quand même de, d'intégrer les aidants et les familles… »

c. L'importance du relationnel

i. Relation patient-soignant

- **Relation de confiance**

Tous les soignants interrogés ont évoqué cette relation de confiance avec leurs patients comme atout majeur pour faciliter l'observance. Ils dessinent un trio patient-médecin-infirmier.

E13V4 : *« la deuxième chose c'est le lien de confiance qu'il a avec les soignants qui l'entourent. »*
E5V1 : *«… l'élément principal c'est la relation avec le médecin et l'infirmière… La relation de confiance, j'aurais tendance à dire. »*

Certains parlent d'une relation qui se construit sur le long terme et trouvent qu'elle se développe plus facilement en libéral qu'en milieu hospitalier.

E1V71 : *«… mais voilà, sur ce type de patient, j'ai pas 70ans et c'est pas des patients que j'ai connu depuis 30ans. Donc auquel cas bah j'aurais pu construire quelque chose, voilà. »*
E12V1 : *« Heu, la relation de confiance qu'on peut établir avec, alors pour ma part à domicile, après à l'Hôpital c'est peut-être un peu plus compliqué parce que le temps de séjour est plus court. Mais heu nous heu… A domicile, oui sur heu, c'est la relation de confiance qui va plutôt déterminer heu… La bonne observance du traitement. »*

Une infirmière évoque la place du médecin généraliste en milieu rural qui lui semble être plus patriarcale et qui aurait sans doute plus de poids dans l'observance.

E7V57 : *« Ouais et puis en milieu rural il y a quand même les médecins traitants qui sont… Ils ont une autre place qu'en ville. Le médecin traitant c'est quand même quelque chose… C'est quelqu'un qui connait toute la famille… »*

Une autre infirmière trouve que la confiance avec le patient est basée aussi sur les explications qu'elle peut donner en effectuant les soins.

E12V5 : *« … et puis du coup heu voilà, la confiance elle s'établit comme ça en leur expliquant voilà, en ne cachant pas, enfin pas « cacher », c'est un mot qui est très fort mais c'est pas on vient, le médecin l'a prescrit, on l'administre, on explique pas, non, non, c'est pas… En tout cas pour notre part à nous dans notre cabinet non. »*

- **Adhésion au traitement**

Les médecins soulignent que cette relation de confiance qui se créer avec le patient conditionne son adhésion aux soins.

E11V2 : *« Après forcément la relation avec le patient hein, s'il nous fait confiance c'est quand même un peu mieux parce que moi l'exemple qui me vient en premier lieu c'est si on veut essayer de vacciner quelqu'un et qu'il adhère à notre prise en charge, s'il nous fait pas confiance, vu le, vu la réticence qu'il y a pour les vaccins bien il se fera jamais vacciner quoi. »*
E14V5 : *« Le rapport aussi qu'on a avec eux effectivement. S'ils ont confiance en nous etc, ils auront plus tendance à suivre ce qu'on leur dit heu… Que si… Ils ont pas confiance, ouais, ça c'est vrai que… ça joue aussi dessus ouais. »*

- **Le patient au centre de la prise en charge**

Un médecin insiste sur le fait que le patient doit rester la principale préoccupation du professionnel de santé et qu'il doit soustraire son jugement pour garder une écoute attentive du patient.

E4V20 : *« Bon, moi je prends le temps aussi de dire les choses aux gens c'est-à-dire que prendre le temps de parler aux gens c'est une énorme partie du soin. Le soin commence dans la salle d'attente, il ne commence pas devant la prescription ou devant la prescription des examens complémentaires. »*
E4V21 : *« C'est une approche globale avec la présentation de la personne, le ressenti qu'on a sur cette personne initiale, qu'il faut mettre un peu de côté parce qu'on ne fait pas de la médecine avec des émotions, on la fait avec de la raison, sans juger, parce qu'il faut être d'abord dans le soin avant d'être, même si on juge implicitement. Mais ce qu'il faut c'est vraiment être dans le soin. »*

- **Soutenir le patient**

Le soutient au patient a été cité par un médecin, il précise qu'il est inutile de culpabiliser le patient ou d'essayer de l'effrayer lorsqu'il n'est pas observant.

E1V14 : *« Il y a des patients dont on sent que ça sert à rien de les culpabiliser heu… Sur une éventuelle mauvaise observance qu'il faut au contraire soutenir. »*
E1V12 : *«… alors il y aura des personnes qui auront peut-être plutôt tendance à être paternalistes, à donner des… à être donneur de leçons, à dire attention faut faire ci, faire peur, voilà. Heu… Pff j'ai pas l'impression d'être sur ce mode là… Voilà. Encore une fois… Je suis plus… J'essaye d'informer. »*

Prendre des objectifs plus modestes et plus facilement réalisables pour encourager le patient, plusieurs professionnels l'ont évoqué.

E1V16 : *«… ou il faut peut-être prendre des objectifs plus petits, peut-être pas ceux qui sont dans les bouquins mais tout simplement pour soutenir le patient et essayer d'avoir un petit plus plutôt que rien du tout. »*
E2V22 : *« Oui on a beaucoup négocié, en fait on a beaucoup négocié avec la patiente heu, bon bien on met cette crème, celle-là vous ne la supportez pas, on va à la douche, bon finalement on fait dans la bassine. Donc on s'est adaptés avec ce qu'elle pouvait supporter, sinon elle aurait catégoriquement arrêté les soins, elle serait restée comme ça et… »*

- **Relation singulière avec les infirmiers**

Plusieurs infirmiers relatent la relation de confiance qui les lient à leurs patients et qui va au-delà de celle qu'ils ont avec leur médecin. Probablement que les patients se sentent plus à l'aise avec les infirmiers qu'ils voient souvent presque quotidiennement.

E3V30 : *« Même quand il va voir sa généraliste, si elle lui parle d'un nouveau médicament, il ne le prendra pas temps que je suis pas venue le voir et que je lui dis « oui vous pouvez le prendre ». »*
E3V40 : *« Ils sont très, très demandeurs, vous voyez, ils osent pas poser les questions au médecin. Le médecin vient, fait l'ordonnance, ils disent « oui Docteur ! » (rires). Et quand l'infirmière arrive par contre « c'est quoi ça, et c'est pour quoi ça, et qu'est-ce*

que ça peut me faire ça, et les effets secondaires sur ça ». »
E16V7 : *« Bah nous on est surtout là pour ça j'ai envie de dire, enfin une bonne partie de notre boulot c'est de, de, de pallier en fait au manque de ressources, enfin c'est compliqué parce qu'il y a plein de choses qui se mélangent, heu nous on est comme une béquille de soins, enfin moi je le vois un peu comme ça sur le domicile parce qu'on fait pas forcément de la réanimation hein à domicile. »*

Une infirmière évoque la confiance extrême et exclusive, pour ne pas dire « pathologique » que le patient lui accorde et qui la pousse même à mentir.

E3V22 : *« Le fait qu'il ait confiance en personne sur les nouveaux protocoles qu'on peut mettre en place ça peut être un frein et du coup je suis obligée de « gruger », de dire que l'idée vient de moi pour qu'il accepte le nouveau protocole en fait. Si je lui dis « ça vient de plaies et cicatrisation » il va jamais vouloir… »*

ii. Relation interprofessionnelles

- **Relation de confiance médecin-infirmier**

De nombreux professionnels en parlent, une bonne entente et une bonne communication entre les principaux acteurs de soins primaires facilitent les prises en charge.

E7V27 : *« En général, s'il y a une bonne relation de confiance avec l'infirmière et le médecin, ça se passe très bien. »*
E9V16 : *« Je dirais qu'il nous fait quand même assez confiance, les généralistes avec lesquels on travaille parce qu'ils savent que… On a, on a des résultats mais c'est vrai que quand on est un peu perdu, on peut le solliciter quoi. »*

Au-delà de l'entente entre ces acteurs, l'entraide a été évoquée et notamment dans les situations complexes ou d'échec.

E6V13 : *« Par rapport au fait que c'était difficile, pénible pour les infirmiers aussi, ça sentait pas bon, que c'était compliqué que c'était, qu'il y avait une charge mentale, enfin voilà. »*
E7V9 : *« Pour l'observance c'est important parce que s'il y a pas de lien entre professionnels, comme c'est des plaies qui sont souvent longues, heu et heu multifactorielles, on peut vite se sentir en échec en fait, avec ces plaies. Surtout si le*

patient n'est pas compliant finalement, s'il y a justement pas d'observance du patient ça devient vite décourageant pour les professionnels. »

iii. Se protéger en tant que soignant

- **Savoir prendre du recul**

La stratégie réside parfois dans l'acceptation de la décision du patient, c'est ce que ce médecin évoque en parlant de responsabilisation du patient qui est apte à décider lui-même.

E1V20 : *« Et après aussi responsabiliser le patient, sur sa décision de se soigner ou pas. Heu… si une personne est en pleine possession de ses moyens intellectuels, c'est à elle de décider aussi si elle adhère au projet thérapeutique ou pas. »*
E1V25 : *«**…** maintenant, au bout d'un moment il y a une question de responsabilité du patient d'adhérer ou non, voilà. Il n'y a pas non plus à infantiliser, de toute façon, on est très limité par le libre arbitre du patient qui est en face de soi. »*

Ces soignants soulignent l'obligation de moyen qui fait partie de leur profession mais tout en prenant conscience qu'elle est parfois insuffisante pour guérir.

E5V47 : *« Ressentis, bah quand j'ai fait tout mon possible et que j'ai perdu beaucoup de temps, c'est un peu fatiguant quoi, c'est désespérant parfois. Mais après, moi je me donne toujours les moyens d'aller au bout donc… Je vais essayer par tous les moyens de, de faire adhérer le patient, d'avoir un avis, voilà, après ça demande beaucoup d'énergie… »*
E9V21 : *« Après je pense que c'est propre à chaque heu, à chaque professionnel voilà. Hum… Moi je sais que ça me dérange pas, je suis pas… Je suis pas là pour tout refermer et tout… Je suis là pour faire au mieux et si ça se fait au mieux voilà, déjà c'est beau. »*

Certains professionnels évoquent la distance qu'ils finissent par prendre face au refus de leur patient lorsqu'ils ont rempli leur obligation de moyen.

E1V78 : *« Mais si c'est quelqu'un qui est responsable de ses actes malheureusement il y a un moment donné ou on est là pour tout mettre en place, pour expliquer, pour*

rationnaliser, pour, pour voilà les infirmiers ils font ce qu'ils peuvent. Après si la personne ne veut pas se soigner ou ne veut pas faire ses soins malheureusement… »
E14V25 : *«… puis des fois, après tu abandonnes pour certains patients, tu dis « bon bah, faites ce que vous voulez, je vous donne du Doliprane et puis au revoir quoi ». »*

- **Se nourrir du positif, valorisation de la cicatrisation**

Les situations ayant une évolution positive sont valorisantes pour les soignants participant à la prise en charge et il est important pour eux de les utiliser pour s'encourager et encourager le patient et de donner un sens à leur pratique.

E7V32 : *« Chacun à un rôle important et en même temps et en même temps c'est passionnant ! Quand c'est bien pris en charge c'est super, vraiment les plaies comme ça… C'est un peu bête à dire mais de voir la bonne évolution, c'est valorisant… »*
E15V22 : *«… je trouve que c'est valorisant pour eux de voir qu'on arrive à pouvoir mettre un mot « fin » aussi sur leur prise en charge parce que des fois c'est très long hein. Mais voilà, ça permet de donner du sens et de savoir aussi que ce qu'on fait c'est bien et même pour eux aussi voilà, c'est pas inutile donc des fois ça encourage aussi. »*

- **Savoir se remettre en question**

Certains soignants mettent en avant la remise en question qu'ils font régulièrement de leur pratique afin de réajuster la prise en charge si nécessaire.

E4V33 : *« Et avoir et garder l'humilité de se dire que je me trompe et de demander à quelqu'un d'autre. Ça c'est important aussi, c'est très important, moi je vois la médecine comme ça. »*
E13V36 : *« J'ai toujours plus ou moins, après j'ai pas, enfin je dis pas que j'ai eu la méthode efficace à 100% mais en tout cas j'ai toujours cherché à me questionner de sorte que s'il y avait quelque chose à réajuster, bah je le réajustais hein ! »*

d. Un parcours de soins pluridisciplinaire

La totalité des professionnels interviewés ont parlé de pluridisciplinarité de la pathologie ulcéreuse. Le parcours de soins doit faire appel aux compétences nécessaires à la prise en charge du patient pour pouvoir assurer l'observance des soins adéquats.

E4V6 : *« Donc en fait on a toujours toute cette équipe avec toute cette chaine qui existe, entre le médecin généraliste, le spécialiste, des équipes hospitalières aussi, parce que je bosse pas mal avec Plaies et Cicatrisation. »*
E11V44 : *« De toute façon pour moi la plaie c'est une prise en charge transversale. »*
E15V25 : *«… parce que pour moi c'est pas un problème de plaie uniquement, c'est vraiment une globalité en fait, c'est un ensemble de choses qui pourraient faire intervenir vraiment beaucoup plusieurs professionnels de santé qui pourrait être très, très intéressant. »*

i. Des soins primaires coordonnés

- **Rôle central du médecin généraliste**

Le médecin généraliste a un rôle central dans le parcours de soins, ce qui lui permet d'avoir un aperçu global de la prise en charge.

E1V65 : *« Et ensuite, eh bien moi je fais finalement le travail de médecin généraliste qui est finalement un travail de guidance et de « recentration » des informations du spécialiste et de ceux qui sont sur le terrain qui sont les infirmiers. »*
E3V26 : *« Je les avais appelé pour prendre rendez-vous mais apparemment il faut que ça soit le médecin généraliste qui envoie les photos… Donc ça j'avais fait tout ça, j'avais pris les photos, j'avais pris les mesures, j'avais envoyé tout au généraliste mais… Donc elle il faut qu'elle envoie tout ça, comme une lettre de motivation pour avoir un rendez-vous. »*

Un médecin généraliste insiste sur le fait que le médecin doit être le directeur des soins et doit savoir maîtriser la prise en charge et non pas déléguer les prises de décision aux infirmiers.

E10V16 : *« Il faut pas que le médecin se repose sur les connaissances de l'infirmière, il doit diriger, il doit en discuter avec elle parce qu'il y en a quand même qui ont de très bonnes pratiques, mais il doit quand même, c'est lui qui a l'œil, qui doit avoir l'expérience. »*

- **Expertise technique des IDE**

Les infirmiers soulignent le fait qu'ils sont sur le terrain quotidiennement et qu'ils sont en mesure d'offrir une expertise technique des soins.

E13V42 : *« Oui je suis une exécutante bien sur je suis une infirmière donc heu, après comme je vous disais j'ai pas de DU et puis bon je suis sensée appliquer des protocoles, d'accord. Mais c'est vrai qu'elle m'a laissé, elle m'a donné la possibilité de parler de mon expertise…»*

Les médecins d'ailleurs mettent en exergue cette expertise en leur demandant conseil sur les pansements à prescrire.

E1V58 : *« … Mais sur le type de pansement… Voilà je leur fais confiance et je leur demande souvent « bon voilà, là on en est où, qu'est-ce que vous prescririez, vous avez besoin de quoi ». »*
E5V42 : *« Alors je travaille en équipe avec les infirmières souvent, parce que, elles, elles en voient souvent aussi, elles ont des habitudes avec des pansements, donc on peut travailler, voilà. Voilà, elles me montrent un peu la plaie mais au niveau des pansements et tout… »*

Ce médecin fait confiance aux infirmiers sur la détersion car elle précise qu'elle manque de pratique dans ce domaine.

E1V60 : *« Mais sur la prise en charge à proprement parlé de la plaie, moi j'ai jamais détersé une plaie heu… Ou quoi que ce soit. Donc voilà je fais confiance aux soins infirmiers. »*

- **Travailler avec son réseau de professionnels**

Les médecins ayant de l'expérience dans la plaie ont exprimé leur tendance à travailler avec leur propre réseau de professionnels habitués à la prise en charge de la plaie. Ils ont l'habitude de prendre en charge ce type de pathologie et se sont organisés pour.

E10V37 : *« Après c'est, c'est plus difficile, mais moi je sais que j'aime travailler avec des équipes que je connais et qui ont l'habitude de, de ce type de plaie de façon à privilégier si tu veux des compétences paramédicales, hein, des compétences infirmières. »*
E11V32 : *«… bah c'est vrai que vu que je connais très bien C* G* qui est vacataire en*

P au CHU et qui en plus de ça est dans le réseau bah je fais directement appel à elle en fait. En fait j'appelle un copain quoi. Je passe pas vraiment par le réseau en fait.*

- **Complémentarité médecin-IDE**

La complémentarité des compétences entre médecin et infirmier est essentielle pour améliorer les pratiques de chacun.

E5V43 : *« « On s'entraide », voilà. Moi je peux avoir une idée et elles aussi, c'est intéressant de partager quoi. »*
E13V39 : *«… j'ai constaté maintenant autour de moi que j'avais plus de médecins qui avaient des DU, donc ça c'est chouette aussi, du coup on échange, alors eux ils veulent profiter de l'expérience de terrain que j'ai et du coup ensemble, on arrive à trouver des protocoles qui conviennent bien… »*

Un médecin a déclaré avoir déjà fait les pansements en alternance avec les infirmiers parce qu'il avait besoin de se sentir impliqué dans la prise en charge complexe de ce patient.

E6V9 : *« Je prenais à charge alternativement les pansements avec les infirmiers parce que je devais faire ma part du, du, du boulot et que c'était mon boulot aussi de le voir, il fallait l'accompagner quand même… »*

- **Aide du kinésithérapeute**

Le kinésithérapeute aide à la réalisation des soins locaux en faisant diminuer l'œdème des membres inférieurs.

E3V28 : *« Parce que ce monsieur il a un kiné quand même. Le kiné il l'accepte, donc il y va 3 fois par semaine, pour drainer un petit peu. »*
E7V30 : *« Le kiné, s'il draine bien, c'est génial. »*

ii. Solliciter d'autres professionnels si nécessaire

- **Connaitre ses limites professionnelles**

La plupart des professionnels font facilement appel aux spécialistes lorsqu'ils ne se sentent pas à l'aise dans la prise en charge pour pouvoir donner des réponses au patient.

E1V55 : *« Voilà, donc c'est vrai que c'est pas mon domaine de compétence particulier donc moi comme dans tout domaine ou je ne me sens pas particulièrement compétente, j'ai pas de difficulté à faire appel à un spécialiste… »*
E3V33 : *« Bah je suis infirmière hein, je suis pas médecin, donc j'ai mes limites aussi. »*
E4V30 : *« Alors un, moi je pense que quand on arrive à ces tableaux-là, qui sont des tableaux complexes… ça fait appel nécessairement à plusieurs disciplines donc se dire « moi je vais gérer seul », c'est impossible. On est obligé d'être pluridisciplinaire et de demander l'aide de plusieurs disciplines pour essayer d'avancer. »*

Un médecin évoque même le caractère délétère d'une prise en charge sans avoir le niveau d'expertise requis.

E10V42 : *«… pour prendre en charge une plaie, qu'elle soit un ulcère artériel ou veineux, il faut avoir un niveau de compétence ou un niveau d'expertise. Donc je pense que tous les médecins ne peuvent pas se lancer là-dedans et que ça serait même dangereux. »*

Une infirmière parle du caractère rassurant d'un professionnel qui connait ses propres limites.

E13V40 : *«… j'ai remarqué que les médecins avec qui je travaillais ils avaient quand même souvent confiance en moi parce que j'ai pas peur de dire que je me sens en difficulté aussi et… »*

- **Tirer parti de son expérience/formation**

Les professionnels formés dans la discipline font part de plus de patience et essayent plusieurs solutions avant de demander un avis spécialiste.

E11V29 : *« Alors-moi si j'ai des difficultés dans une plaie… Je fais pas forcément appel à quelqu'un, tout du moins de prime abord, je veux dire par là que je, j'essaye, moi, vu que j'ai une formation, j'essaye de comprendre ce qu'on a mal fait… »*
E10V23 : *« Quand tu le sais, quand tu, quand tu, quand tu as l'habitude d'en traiter si tu veux, je pense que heu… Toi tu t'adaptes, mais quand ce sont des médecins si tu veux qui n'ont pas, qui connaissent pas ce type de lésion, qui n'en voit pas souvent… »*
E15V23 : *« Parce que maintenant j'ai quelques petits reflexes avec trop d'écoulement, pas assez d'écoulement heu il y a quand même heu une habitude de voir les plaies je*

trouve et ça fait qu'on devient un peu plus réactive. Voilà, ou on se laisse plus une marge de manœuvre en disant « j'essaye ça pendant 2-3 jours, si ça marche pas on change ». »

- **Avis intra profession**

Parfois certains professionnels vont d'abord solliciter leurs collègues avant le spécialiste pour avoir plus de poids face au patient ou bien avoir un avis rapide.

E14V26 : *«… on utilise les collègues, quand moi je me sens bloquée, je vais chercher C* ou C* en lui disant « viens, qu'est-ce que tu en penses ? », soit elles proposent une autre solution, soit elles vont dans mon sens, ou s'il y a une solution à laquelle j'ai pas pensé, soit elles vont dans mon sens et le patient il commence à se dire « bon, s'il y a 2 médecins qui disent heu… peut être que… ». »*
E15V19 : *« Non bah après oui ou en discuter avec mes collègues ou des fois vraiment quand ça me pose soucis partager avec d'autres collègues pour avoir un autre regard mais bon heu… »*

Cet infirmier sollicite ses collègues possédant le DU en Plaies et Cicatrisation.

E9V19 : *« Ça peut arriver de solliciter d'autres collègues infirmiers, d'autres qui ont des DU de Plaies et Cicatrisation pour savoir un peu ce qu'ils en pensent... »*

- **Les services spécialisés en plaies**

Ce médecin dit faire appel aux spécialistes pour avoir un poids supplémentaire face au patient et donc faciliter son observance aux thérapeutiques.

E5V30 : *« En fonction des patients, ça peut m'arriver d'appeler… De demander des avis quand même au réseau des plaies par exemple, ça je le fais assez facilement. Je trouve que c'est pas mal, surtout pour des gens qui ont du mal à entendre la prise en charge ou à se dire que c'est important, qu'il faut continuer. »*
E5V31 : *« Heu parfois quand moi j'y arrive pas toute seule ou les infirmières, c'est bien de faire rentrer un spécialiste parce que… Parce que bah il y a un regard d'une autre personne aussi et qui vient de « l'Hôpital ». Donc des fois ça permet d'adhérer un peu mieux aux soins, voilà. »*

Certains médecins ont avoué se sentir rassurés dans leur prise en charge lorsqu'ils ont un avis d'expert, notamment sur la longueur de la cicatrisation.

E1V48 : *« Plaies et Cicatrisation là où on prenait en photo et on envoyait voilà, pour avoir une guidance sur le bien-fondé de l'évolution et de la thérapeutique et de la plaie elle-même. Mais voilà ce qui était un peu rassurant. »*
E8V8 : *«… sur des prises en charge un peu longues, on a quand même souvent l'appui d'une structure plus spécialisée type Plaies et Cicatrisations ou parfois les, le service d'angiologie du CHU pour nous guider un peu dans la prise en charge. Parce qu'autant les plaies aigues, les brûlures ou autres, c'est assez balisé, autant sur les plaies chroniques, on peut avoir des fois plus de difficultés, alors que ce soit sur le temps qu'il faut pour les cicatriser, en tout cas pour être sûr d'être dans la bonne direction, parce qu'on voit pas une amélioration du jour au lendemain, ou même de semaine en semaine. »*

Dans le même souci de réassurance, ce médecin fait appel au réseau parce qu'elle est consciente de manquer de compétence dans la discipline.

E14V19 : *« C'est vrai que je le fais assez facilement parce qu'au niveau pansement je suis pas très forte donc heu… En Plaies et Cicatrisations etc avec les infirmières je le fais assez facilement… »*

La peur d'avoir des connaissances dépassées est également un motif d'appel.

E9V13 : *« Nous il nous est arrivé de faire intervenir plus à des réseaux, des gens qui ont l'habitude, parce que même si on a de la bouteille, on est pas au fait des dernières, des derniers pansements qui peuvent se faire… »*
E10V29 : *« Mais parfois c'est quand même intéressant d'avoir un avis sur heu ce que les autres font et puis l'évolution quand même des prises en charge parce que l'évolution elle change hein c'est, depuis que je fais de la plaie moi ça fait 40ans heu, il y a quand même eu de grosses évolutions, j'ai connu des produits qui faisaient l'opposé de ce qu'on voulait et qu'on continuait d'appliquer. »*

Pour avoir une prise en charge cadrée.

E9V14 : *« … ça nous arrive de solliciter les réseaux Plaies et Cicatrisations qui eux c'est assez, c'est cadré c'est-à-dire que eux ils partent d'un bilan vasculaire, en fonction du bilan vasculaire ils voient un petit peu ce qu'on peut faire en terme de contention, de pansement. »*
E14V29 : *« … enfin là je le fais de plus en plus, déclencher plus facilement Plaies et Cicatrisations, les réseaux plus rapidement, parce que du coup comme ils sont bien cadrés les patients ils adhèrent plus en fait donc heu… »*

Ces professionnels font appel au réseau si l'ulcère est volumineux, bilatéral ou évolue depuis un certain temps.

E2V34 : *« Tout dépend de l'état de l'ulcère, mais souvent les ulcères de jambe c'est sur les deux jambes, c'est étendu donc je me ferais conseiller en tout cas tout de suite. »*
E8V21 : *« Je, je pense que peut-être je contacterais, si c'est un ulcère vraiment volumineux, pas un ulcère on va dire de petite taille tout récent, peut-être plus tôt les Plaies et Cicatrisation parce que c'est vrai que par expérience, quand ça a trainé un peu puis finalement les infirmières l'ont contacté, ça nous a quand même… Aidé dans le suivi en téléconsultation du traitement, de l'évolution heu… »*

Si l'ulcère évolue de manière anormale.

E4V28 : *« Aidé dans le sens, c'est pour ça que je vous disais au début de la conversation que je travaille assez avec Plaies et Cicatrisation, parce que quand je sens qu'il y a quelque chose qui déconne, qui me va pas trop, je leur demande leur avis… »*

Le fait que les patients n'aient pas besoin de se déplacer pour la consultation avec le réseau est un argument supplémentaire à la fois pour les professionnels de soins primaires et également pour les patients.

E5V35 : *« Enfin voilà, quand ils ont du mal à adhérer, c'est des gens qu'on va avoir du mal à déplacer à l'Hôpital. Voilà qui vont pas forcément avoir envie d'aller en consultation, donc… »*
E14V22 : *« Parce que souvent les ulcères c'est des gens qui ont du mal à se déplacer donc c'est vrai que les réseaux de soins c'est facile finalement, avec les infirmières, les*

tablettes… Et c'est vrai que ça marche bien, et les patients sont contents, ils adhèrent beaucoup plus facilement à ça parce que du coup ils ont pas besoin de sortir de chez eux, c'est l'infirmière qui s'occupe de tout… Et ils voient que ça s'arrange quoi donc heu… Ouais. C'est vrai que Plaies et Cicatrisation, c'est bien fait. »

Au contraire, une infirmière précise que les téléconsultations effraient certains patients qui ont du mal à adhérer à une prise en charge sans voir l'expert physiquement.

E3V15 : *« En fait avant ils se déplaçaient Plaies et Cicatrisation, moi je trouve que c'était bien pour les patients, maintenant ils se déplacent plus. Ce monsieur n'a confiance en personne à part moi (rires). Et… Et du coup comme il sait que l'information ne vient pas de moi vous voyez, « il faut faire ce traitement là » machin et tout, et qu'il ne les voit pas… »*

- **L'angiologue libéral**

La quasi-totalité des professionnels de santé font faire un bilan artério-veineux chez l'angiologue.

E5V38 : *« Oui, bah après c'est plus voilà, le doppler, de savoir si, voilà s'il y a peut-être une phlébite avec ou s'il y a un terrain artériel sous-jacent qui fait que ça cicatrise pas bien heu… Voilà. C'est plus ça. »*
E14V21 : *« Bah, en fait quand je vois des ulcères déjà je fais un doppler pour voir s'il y a quoi que ce soit donc si c'est artériel je vais l'orienter plutôt vers le chir vasculaire donc du coup eux les intègrent en pansement etc. »*

Certains médecins ont précisé qu'ils travaillaient essentiellement avec un angiologue de proximité ou une connaissance pour faciliter la prise en charge.

E5V45 : *« Voilà, c'était juste ça, et c'est vrai que quand on est dans un village, même à côté de M*, les gens sont réticents à consulter à la ville, voilà. Donc c'était, c'est plus ça en fait. Là heu… Bah voilà, de l'avoir à côté, elle, elle travaille sur l'Hôpital aussi et du coup je peux lui demander un avis beaucoup plus facilement, ou même l'appeler au téléphone avant de l'envoyer mais rien que ça… »*
E6V24 : *«… j'ai un excellent angiologue qui m'aide bien qui s'appelle le Docteur L. à B**

que je trouve que… D'abord il est bon et en plus il est bien, il reçoit les gens. Donc il est bien, on a une relation ancienne, quand je lui demande de recevoir quelqu'un, il le reçoit. Voilà. »

- **Autres professionnels**

Une infirmière a précisé avoir proposé un recours à l'HAD dans une situation d'impasse thérapeutique concernant la douleur.

E12V25 : *« Enfin moi j'avais proposé, j'avais proposé l'HAD si vraiment on était un peu… Si on était à court de proposition enfin voilà on savait plus trop vers qui se tourner, peut être l'HAD aurait été… Une bonne chose. »*

Dans un cadre plus anecdotique, une infirmière a même évoqué un coupeur de feu…

E2V25 : *« Et d'autres professionnels heu… Il y a quelqu'un qui a essayé de lui arrêter le feu, voilà, on y croit ou on n'y croit pas ! »*

3) Les facteurs pouvant influencer l'observance des soins locaux qu'il faut prendre en compte

Durant leurs entretiens, les professionnels de santé ont mis en exergue plusieurs facteurs pouvant influencer l'observance.

Cette partie se compose de 3 axes : l'influence du patient et de son environnement, les professionnels, et la pathologie ulcéreuse.

a. L'influence du patient et de son environnement

i. La personnalité du patient

- **Caractère de chaque patient**

Plusieurs professionnels ont parlé de l'impact que pouvait avoir le caractère et la personnalité de chaque patient sur l'acceptation des soins.

E4V3 : *« Après pour l'observance heu… Il y a aussi des gens qui ont des heu… des profils caractériels particuliers, peu importe leur niveau socio-économique ou leur contexte hein. »*
E14V12 : *«… elle a des idées très… Arrêtées en fait, et du coup elle en fait qu'à sa tête*

et s'il y a un truc qui lui va pas, elle va pas le faire quoi, on a beau lui expliquer en long en large, si elle s'est rentrée dans la tête que non, c'est non quoi ! »

- **Habitudes de vie ancrées**

Une infirmière évoque le cas d'un patient chez qui la prise en charge d'un ulcère a été compliquée à mettre en place car il était réticent à changer son quotidien.

E13V31 : *« Voilà, donc j'essayais de lui faire comprendre et tout ça mais c'était pas poss… Lui il était dans des habitudes de vie heu… Il y avait pas de raison qu'on change les choses, voilà. »*

- **Exigences grandissantes**

Un grand nombre de professionnels de santé parlent de l'exigence abusive de certains patients concernant l'organisation des soins et qui peut facilement les mettre en difficulté dans leur quotidien.

E4V23 : *« … Une syntaxe qu'on utilise de plus en plus, c'est plus « voudriez-vous, souhaiteriez-vous, pourrions-nous etc », il y a plus de… On est dans l'injonction, c'est « il faut », « il faut et je veux », alors « je voudrais » mais « je veux », je l'entends de plus en plus. »*
E14V16 : *« Et plus, elle veut que des médecins femmes, des jeunes femmes, parce qu'elle dit que c'est plus dynamique… »*
E13V11 : *« Voilà en fait c'est un patient qui a décidé de A à Z du jour de passage pratiquement hein, et de l'heure de passage. Et c'est on va dire incompressible, incontournable quoi, je peux pas négocier ni l'horaire ni le jour. C'est important quand même de parler de ça. »*

ii. L'environnement social

- **Contexte socio-éducatif**

Le contexte socio-éducatif est un facteur clé de l'observance cité à chaque entretien car il influe sur la compréhension de la pathologie et notamment sur la compréhension de la longueur des soins d'ulcère.

E10V1 : *« Moi je pense que le niveau social c'est un critère important puisque c'est heu… Il y a des gens qui ont conscience du fait que tout ce qui est plaie est susceptible*

d'être long en matière de traitement, et puis il y en a d'autres qui aimeraient que l'on aille vite et qu'ils soient guéris en 8-10 jours, ce qui est pas le cas des ulcères des membres inférieurs. Voilà. Donc heu… Pour moi la notion de niveau social est quand même importante. »

E16V1 : *«… il y a des gens qui… Qui sont dans la non-observance par ignorance, par incompréhension heu… Déjà parce qu'intellectuellement en fait ils ont pas les ressources en fait pour comprendre leur problématique de, de, de santé ou pouvoir appliquer les, les prescriptions qui leur seraient nécessaire. »*

- **Mauvaise hygiène de vie**

Des infirmières évoquent des profils particuliers de patients ayant une mauvaise hygiène de vie. Dans ces conditions, on peut imaginer qu'il est compliqué pour ces patients de comprendre la rigueur des soins d'ulcère.

E2V11 : *« Oui, un problème environnemental. Elle vivait avec son mari, que tous les deux, des retraités mais avec une hygiène de vie médiocre, sur tous les plans et… Peu de sommeil, une alimentation mauvaise. »*

E3V10 : *« Qui ont une hygiène de vie et une hygiène corporelle pas au top. Enfin les deux que j'ai moi en ce moment, et ceux que j'ai pu voir dans ma carrière, c'est toujours à peu près les mêmes profils pour moi… »*

- **Isolement socio familial**

Les soignants ont cité l'isolement socio familial dans deux contextes, le premier est la perte de motivation à se prendre en charge et le deuxième, au contraire, est l'occupation que les soins peuvent procurer au patient qui n'a plus d'activité et le poussent à se soigner.

E13V9 : *« Les personnes qui sont sorties du circuit professionnel depuis longtemps qui en plus heu qui n'ont pas d'entourage proche heu ça peut heu, ça peut participer aussi à l'observance. Ça aide, ça nourrit aussi heu sa motivation à l'observance. »*

E16V11 : *« Au contraire, très impliqué dans sa prise en charge, de toute façon le problème c'est que sa vie tournait un peu autour de ça parce que lui était en arrêt depuis des années en fait à la maison en incapacité de travail. »*

iii. L'entourage

- **Démotivation**

Un médecin évoque l'influence de la motivation de l'entourage dans l'observance des soins, principalement lorsqu'il s'agit d'un patient dépendant. Elle parle surtout des soins quotidiens et de l'achat du matériel.

E5V8 : *« Si l'aidant il est pas du tout dans la démarche thérapeutique, ça… Parce que parfois d'ailleurs, l'observance, c'est pas que le patient. Ça peut être l'aidant qui dit « j'en ai marre de lui mettre sa bande », ou qui l'empêche de prendre sa douche comme il faut. Enfin je sais pas. Ça peut être plein de choses. »*
E5V48 : *« Ou après quand c'est les aidants aussi qui sont réticents, quand on demande d'acheter un pansement spécial et que l'aidant dit que c'est trop cher ou veut pas l'acheter parce qu'il faut aller à l'autre pharmacie ou je sais pas quoi, ça c'est toujours un peu énervant. »*

- **Indisponibilité**

L'entourage a également son rôle à jouer lorsque le patient en dépend pour ses déplacements de consultation médicale. Cela peut être un facteur de retard de soins.

E5V19 : *« En fait sa fille me l'amène. C'est pareil, c'est un peu compliqué parce que la fille veut être là et… »*
E7V77 : *« Donc « bon bah quand ma fille elle viendra, on lui demandera qu'elle prenne rendez-vous dans 6 mois, parce qu'il n'y a qu'à ce moment-là qu'elle peut nous amener. » Hein, c'est des problématiques auxquelles on pense pas mais qui font que ça évolue pas. »*

- **Incompréhension**

Une infirmière évoque l'incompréhension familiale malgré les explications des soignants, surtout lorsqu'il s'agit d'une décision de limitation des soins.

E12V8 : *« Et heu on a la famille de l'autre côté qui heu… Bah qui comprend pas trop malgré le fait qu'on ait quand même bien expliqué, que le médecin traitant aussi ait vu la famille, heu on est un petit peu dans une petite impasse. On est dans une impasse. Parce qu'en fait on est plus dans de là, dans du curatif, on est dans du palliatif, et que du coup cet ulcère on sait que de toute façon, on arrivera pas à bout. »*

Dans certains cas, les explications dispensées à l'entourage peuvent être chronophages.

E7V7 : *« Ça peut être aussi quelque chose qu'on voit en libéral qui peut être plus ou moins toxique finalement puisque l'infirmière devra gérer aussi les conseils heu de la famille. »*

- **Influence négative**

L'influence négative que peut avoir l'entourage a été évoquée par quelques soignants, elle peut être un obstacle supplémentaire à l'observance des soins.

E14V17 : *« Alors elle pour le coup je pense que la fille est comme la mère, donc en fait elles s'auto attisent et elles s'aident pas du tout quoi. Il y a que sa fille en fait, il y a qu'elle et sa fille et du coup il y a pas d'autre personne et elles vivent ensembles, enfin du coup… Là pour le coup l'entourage aide pas du tout. »*
E16V4 : *« Bah comme souvent les gens évoluent dans leur milieu social ou dans leur milieu intellectuel si vous voulez heu souvent si vous n'avez pas de ressources intellectuelles suffisantes, c'est pas vos copains qui vous ressemble un petit peu sur ce plan là qui vont pouvoir forcément vous aider à pouvoir… A le faire quoi, parce que ça fonctionne un peu en vase clos hein comme on le fait tous d'ailleurs… »*

iv. Le terrain

- **Suivi antérieur**

Ce jeune médecin exprime sa difficulté à éduquer des patients âgés qui ont déjà eu un long parcours de soins avec des habitudes médicales ancrées.

E1V67 : *« Moi étant « jeune médecin » heu… C'est pas des patients qui ont grandi avec moi. Donc si je prends en charge un patient âgé à l'heure actuelle, c'est un patient qui a déjà eu un suivi avec un autre médecin avant moi. Donc c'est particulier, parce que, du coup, on arrive un peu tard (en rigolant). Sur la moralisation… Voilà, en gros on rattrape un peu enfin… Bien… Voilà, ce qui s'est passé avant, on pourra pas l'enlever, et la personne, elle a déjà son expérience, son vécu. »*
E1V68 : *« Il y a des personnes qui sont vigilantes par rapport à leur propre état de santé et vont faire cet effort là mais il y a des personnes qui ont 80ans et qui déjà leurs*

habitudes de vie, qui ont déjà vécu avec d'autres médecins, qui leur ont donné d'autres façons de faire et qui… »

- **Troubles cognitifs**

Les professionnels de santé ont presque tous évoqué les troubles cognitifs comme facteur affectant l'observance des soins, certains expriment même de l'inquiétude face à des comportements dangereux.

E16V6 : *« Ou parce que vous avez aussi, au-delà du, du, des difficultés intellectuelles comment dire, des troubles cognitifs qui font que bon bah il y a un âge ou de toute façon même prendre un pilulier dans une boite qu'on vous a préparé vous êtes incapable de le faire ou voilà quoi. »*
E1V77 : *« Et je pense qu'il faut aussi accepter voilà, l'observance, l'observance, l'observance oui, oui, éventuellement si on a quelqu'un de vraiment dément ça ne dépend pas de lui l'observance. »*
E3V7 : *« Hier, une dame à qui, chez qui on avait fait un pilulier, et elle, elle est tout le temps en train de trafiquer ses médicaments, elle met le pilulier sens dessus-dessous… Donc hier je suis partie avec… (rires) Donc elle a pas trop aimé hein… Parce que c'est une dame de 94ans qui a toujours géré sa vie, enfin vous voyez… Mais j'ai cru comprendre que l'observance est pas là et du coup elle se met en danger… »*

- **Poly pathologies**

Les patients concernés sont souvent des patients ayant déjà de multiples lourdes pathologies donc de nombreuses contraintes quotidiennes. Un médecin souligne que pour elle, l'observance est inversement proportionnelle au nombre de pathologie dont souffre le patient.

E14V2 *« …son historique heu… Les différentes maladies qu'ils peuvent avoir et les différents antécédents. Plus ils ont de maladies souvent, moins ils ont… Ils ont envie de suivre le traitement. »*
E9V4 : *« C'est souvent qu'on a à faire à des patients qui ont des, des heu… Des pathologies multiples, donc qui sont souvent associées, donc on a des troubles de la vascularisation avec des problèmes de retour veineux, des artérites, associés également des problèmes de diabète heu… »*

L'ulcère de jambe peut donc être noyé dans la poly pathologie du patient et est rarement le seul motif de consultation selon ce médecin.

E8V18 : *« C'est un peu le problème de la Médecine Générale et la qualité aussi, on a un peu tendance à faire un peu tout en même temps, parce qu'on y va rarement, si on fait une visite, pour un ulcère chronique on va rarement faire une visite pour un ulcère chronique. On y va pour l'ulcère chronique plus renouveler le traitement plus voir parce qu'il est essoufflé plus son épouse qui est tombée il y a 3 jours plus heu voilà. C'est un peu tout mélangé ouais. »*

- **Patients psychiatriques**

Le profil psychiatrique des patients n'aide pas à la compréhension des soins et peut donc avoir un impact sur l'observance comme le souligne cette infirmière.

E3V23 : *« C'est une ermite quoi, enfin vous voyez il vit tout seul, ils l'ont envoyé au M* en rééducation. Il m'appelait tous les jours en me disant « sortez-moi de là » « je vais me jeter par la fenêtre », « ils font n'importe quoi sur mes jambes », alors qu'il est revenu il avait les jambes nickel quoi… Alors je lui avais dit « envoyez moi une photo, il faut que je regarde », et je voyais bien qu'il y avait une très bonne évolution… »*
E3V2 : *«Pour les patients psy bah c'est parce qu'ils ont pas envie ou que voilà. »*

v. Le rapport du patient à sa plaie

- **Longue étape d'acceptation de la maladie**

Les soignants soulignent la difficulté parfois qu'ont leurs patients à accepter la maladie et donc à mettre en route les soins nécessaires.

E2V6 : *« Ça a été… Très long à faire entendre à la personne que c'était des ulcères et qu'il fallait les soigner, ça a été une première étape. »*
E3V21 : *« Donc là il y a un ulcère de la jambe qui a pété il y a… 3 semaines-1 mois. Et il a mis du temps à accepter qu'on appelle une infirmière et qu'on le prenne en charge. »*
E16V2 : *« Après bah il y a la question de l'acceptation de la maladie et ça c'est aussi un autre… Une autre chose heu… »*

- **Consultation si symptôme gênant**

Les patients attendent parfois des symptômes gênants comme la douleur pour consulter, ce qui peut retarder la mise en place des soins.

E5V14 : *« Après elle est à la fois pas très observante et à la fois observante. Quand elle a une plaie, elle comprend bien que ça lui fait mal et qu'il faut bien qu'elle entende… Enfin qu'elle écoute les infirmières, qu'elle fasse les pansements, qu'elle… Elle accepte quand même dans ces moments-là de me voir. »*
E7V69 : *« Surtout chez les diabétiques enfin, on voit pas mal ça aussi ou ça reste heu « bon bah c'est une petite plaie, c'est tout petit, ça fait un peu mal », puis quand vraiment ça fait mal, oui on s'en occupe mais c'est un peu tard. Mais heu voilà. »*

- **L'errance médicale**

La pluridisciplinarité de la prise en charge de la plaie est complexe à comprendre pour les patients qui sont parfois démunis lorsqu'ils cherchent à consulter initialement.

E11V42 : *«… j'ai l'impression qu'il y a une errance médicale les gens ils vont voir tous les spécialistes de la terre heu… Des chirurgiens, des dermato, ça passe par tous les, ça passe par tous les, ça passe par toutes les phases quoi. Donc heu non c'est sûr que le suivi et la prise en charge aujourd'hui elle est pas… Pour la plaie elle est pas comment dire, c'est pas quelque chose de cadré… »*
E11V45 : *« Mais je veux dire voilà, tu as pas un spécialiste de la plaie que tu pourrais… Que tu pourrais aller voir de toi-même ou que les gens seraient au courant. »*

- **Insensibilité à la prévention**

Une problématique au-delà du sujet, la prévention de la récidive d'ulcère est souvent méconnue ou incomprise des patients.

E3V34 : *« Mais bon, on tourne en rond, parce qu'on va soigner un ulcère et puis paf dès que ça va aller mieux, il va se re-laisser aller et ça va re-péter ailleurs. »*
E5V29 : *« Elle se fait soigner quand elle, quand c'est le moment mais tout ce qui est prévention… Elle est pas du tout observante donc heu… »*

b. L'influence des professionnels

i. Le vécu des professionnels

- **Combat pour les soins**

De nombreux professionnels de santé ont évoqué la notion de négociation pour effectuer les soins avec la nécessité de mener un combat pour faire accepter la prise en charge au patient. Un médecin parle même de menace d'amputation pour essayer de faire respecter le traitement.

E3V29 : *« Enfin c'est un peu compliqué de le prendre en charge, il faut négocier tout le temps, tout le temps pendant des semaines, des mois pour arriver à lui faire accepter de prendre un rendez-vous. Donc là j'ai réussi pour les ulcères, le reste on verra plus tard ! »*
E14V13 : *« Donc j'ai dû la menacer d'une amputation, et le chir vasculaire, je l'ai vu dans son courrier, a parlé aussi d'amputation pour qu'elle prenne son traitement et que les infirmiers fassent les pansements ! Sinon elle arrivait en consult avec juste des compresses scotchées, c'était magnifique ! »*
E13V33 : *« Et du coup il fallait toujours que je me batte contre lui pour qu'il accepte que je fasse quand même les soins comme, comme il fallait, comme c'était préconisé ! Je sais pas comment dire, c'était heu… Je sais pas comment on peut dire ça, comment on peut appeler ça… C'est des négociations en fait, constantes. »*

Ce combat implique parfois l'ensemble des professionnels concernés.

E14V10 : « Et du coup qui sont compliqués parce qu'elle voulait pas faire venir l'infirmière donc on a réussi, en finissant par *gueuler* que… Le *chir* vasculaire aussi a *gueulé,* le pneumologue a *gueulé* (rires). »

- **Relation de transfert**

Les soins quotidiens effectués par les infirmiers peuvent parfois amener à des relations familiales avec les patients qui dépassent les limites du soin. La distance professionnelle n'est donc plus respectée et peut mettre le soignant en difficulté.

E3V42 : *« Des fois il faut arriver à mettre des limites. Par exemple, la semaine dernière, j'ai encore eu une dame, bon ça fait 8ans que je vais chez elle tous les jours, donc pour elle je suis un peu sa petite fille vous voyez, du coup elle a plus aucune distance, plus*

aucune barrière, et c'est vrai que même moi je me suis laissée… Embarquée là-dedans… »

- **Diminution de l'impact des professionnels**

Ce soignant a l'impression que l'impact qu'il a sur ses patients diminue, qu'il n'est plus écouté et que ses conseils ne sont plus respectés malgré ses efforts. Ceci montre bien que la relation patient-soignant a changé ces dernières années, le patient est plus autonome dans ses décisions.

E4V9 : *« Même si on explique milles fois ou 150 milles fois, ça marche pas beaucoup. Donc en fait, le poids qu'on a face au… Face au patient, en tant que médecin généraliste, il est pas si important que ça. En tout cas, il se détruit avec le temps hein, ça c'est vraiment le sens que je mets dans cette phrase. Je vois progressivement. »*

Dans cette idée, un autre médecin a évoqué le problème que pose l'utilisation d'internet par les patients qui s'auto-informent sans pouvoir faire le tri entre les diverses informations et parfois confirment leurs préjugés erronés. Ces données faciles d'accès peuvent diminuer le poids de la parole des professionnels.

E8V6 : *« Les patients ils font souvent des recherches heu… Ils ont pas, on va dire, toujours les moyens de faire le tri entre les informations, c'est surtout ça le problème. C'est pas forcément trouver la bonne information, c'est de faire le tri entre les informations qu'ils peuvent trouver ou parfois c'est… Ils vont chercher une information qui confirme ce qu'ils pensent déjà et ça c'est un souci ouais. Voilà. »*

- **Manque de reconnaissance**

Ici se pose le problème du temps et de la rémunération des actes infirmiers en ce qui concerne les téléconsultations faites au lit du patient avec les réseaux d'experts et les pansements complexes auxquels se surajoutent d'autres actes.

E7V16 : *« Alors souvent on fait appel à, au réseau Plaies et Cicatrisation, qui se déplace pas, pour lequel on doit faire des visios… Des visios, pour lesquelles on est pas rémunérées, qui nous prennent du temps et heu qui nécessitent aussi heu une disponibilité et du patient et de nous. »*
E10V39 : *« Elles les fuient un peu parce que c'est chronophage, les plaies ulcéreuses*

et les plaies que ça soit artérielles ou veineuses, c'est chronophage il faut beaucoup de temps parce qu'il faut, que ce soit entre le nettoyage de la plaie, le parage, la mise en place des différentes couches, les contentions heu… Souvent l'HBPM qu'il y a en plus, elles y passent ¾ d'heure quoi, et ¾ d'heure c'est pas, elles sont pas payées pour ça. »

Ce manque de reconnaissance entraine une véritable aversion de la prise en charge de la plaie chez certains infirmiers.

E10V41 : *« Oui tout à fait, ça elles le disent toutes. C'est pour ça, moi je vois dans mon équipe que sur les 4 on en a 2 qui fuient un peu, qui fuient un peu les plaies parce qu'elles me disent que c'est trop long à prendre en charge. »*

- **Difficultés des remplaçants**

Le statut de remplaçant inspire peu confiance à certains patients. Il est parfois difficile pour le remplaçant de poursuivre une prise en charge déjà entamée ou de faire passer des messages clés surtout lorsqu'il s'agit de situations complexes.

E1V72 : *« Quand on est jeune médecin et qu'on arrive en remplacement ou en dépannage bah on prend en cours les choses et on est aussi obligé de respecter la personne voilà dans son fonctionnement. Dans une certaine mesure, il y a une sorte de lâcher prise à avoir quelque part aussi. »*
E2V30 : *« Alors moi j'ai pas eu du tout d'impact parce que bon on se connaissait depuis quelques temps. Par contre, ça a eu un impact avec un de mes remplaçants avec qui elle s'est mise en colère, où elle voulait tout envoyer valser et voilà elle lui disait qu'il faisait mal son travail entre guillemets parce qu'elle supportait plus la souffrance. »*
E3V16 : *« Enfin même mes remplaçantes, si elles sont trop jeunes, il veut pas qu'elles viennent chez lui enfin… C'est un peu compliqué quoi. »*

- **Sentiment d'échec**

Plusieurs professionnels se sentent frustrés devant l'impasse thérapeutique que leur imposent leurs patients qui refusent le traitement adéquat.

E2V26 : *« Alors, j'ai ressenti de la frustration, beaucoup de frustration, tout le long de la prise en charge, ou en fait on sait que ce protocole fonctionnera un minimum mais que la patiente le refuse… »*

E14V23 : *« Tu sais que potentiellement le traitement il marche mais comme ils l'essayent pas en fait heu… Eh bin tu as du mal à leur proposer autre chose en plus souvent c'est des patients qui sont très demandeurs, qui viennent toujours dire « ça, ça va pas, ça, ça va pas », et puis quand on leur propose une solution c'est « ah nan je veux pas », donc heu… C'est frustrant, tu te sens dans l'impasse en fait… »*

Parfois indépendamment de la décision du patient, les professionnels se sentent en échec car ils ne solutionnent pas la souffrance du patient ou parce qu'ils ne peuvent contrôler l'évolution de la pathologie.

E2V27 : *«… on se sentait impuissants parce que de voir que la patiente souffrait et que ça n'évoluait pas… On se disait bon bah on a tout essayé mais finalement elle a raison, elle a mal, ça ne fonctionne pas donc quoi faire ? »*
E10V32 : *« On sait que malheureusement parfois il y a des évolutions dramatiques, que c'est pas obligatoirement dépendant de tout ce qu'on peut faire à côté de vasculaire, parce qu'il y a un autre détail général, c'est-à-dire on soigne un individu, on soigne pas une plaie. On se rend compte qu'on a bien progressé dans beaucoup de connaissances mais qu'on maitrise pas tout, voilà. »*

ii. L'accès aux soins

- **Inégalité de l'accès au médecin**

Les professionnels évoquent un contraste entre l'accès au médecin en ville et l'accès en milieu rural, que ce soit le généraliste ou le spécialiste. Ceci fait écho aux problématiques actuelles de densité médicale qui pourrait avoir un impact sur la prise en charge des patients.

E1V51 : *« Alors, il y a une grosse différence entre la médecine de ville et la médecine rurale. La médecine de ville, il est très facile de s'appuyer sur un spécialiste. »*
E5V40 : *« Donc après c'est toujours pareil, en fonction de là où on travaille, on a pas le même, on soigne pas de la même façon, probablement. »*
E7V58 : *« Mais souvent ils sont pas nombreux et ils sont complètement débordés, donc là vraiment… »*

Les visites à domicile sont de plus en plus rares quel que soit le lieu d'exercice selon cette infirmière.

E7V63 : *« Mais même en ville hein, je vois que même si on est en ville c'est compliqué aussi hein, parce que l'accès au médecin traitant devient difficile et le médecin se déplace de moins en moins hein. »*

Ce médecin évoque une difficulté d'accès à certaines spécialités par rapport à d'autres.

E1V52 : *« Alors les dermatologues sont difficiles d'accès, par contre un angiologue ou un phlébologue c'est très facile. »*

- **Inégalité de l'accès à l'infirmier**

Peu cité dans nos entretiens, un médecin a pourtant évoqué des difficultés d'accès à l'infirmier dans les zones rurales.

E10V5 : *« Heu par contre ce sont des pansements que les gens ne doivent pas faire eux-mêmes, ce sont des pansements qui doivent être fait par un tiers, en particulier une infirmière, donc un des éléments de l'observance, c'est de savoir si ces gens sont à proximité d'un cabinet infirmier ou s'ils peuvent avoir une infirmière attitrée pour les prendre en charge, ce qui n'est pas toujours vrai dans les campagnes. »*

- **Indisponibilité du matériel**

Le matériel est parfois indisponible dans l'immédiat à la pharmacie ce qui peut compliquer le quotidien de l'infirmière qui en dépend pour ses soins.

E7V28 : *« Et puis il y a la pharmacie aussi qui n'a pas toujours le matériel heu, il faut du temps pour qu'elle commande alors faut pas se tromper. »*
E7V61 : *« C'est parce que c'est pareil la pharmacie, le temps d'avoir le matériel. Bon maintenant ça commence quand même bien à, à fonctionner mais heu, voilà c'est compliqué. »*

iii. La place de l'infirmier

- **Prescription déléguée à l'infirmier**

Un bon nombre d'infirmiers fait part d'une liberté laissée par le médecin généraliste quant à la prescription des pansements. Certains parlent même d'une délégation de

cette tâche par manque de connaissance du médecin, ce qui fait appel à l'expertise technique de l'infirmier.

E7V4 : *« Du médecin à nous ou à l'inverse le médecin qui heu, qui se « décharge » et qui dit « voilà j'ai pas assez de connaissances et je vous fais confiance ». Et donc l'infirmière va mettre en place un protocole basé sur ses propres connaissances et sa propre expérience. »*
E2V21 : *« La médecin généraliste qui était pas… Qui faisait ce qu'on lui disait de prescrire, enfin qui prescrivait ce qu'on lui disait parce que c'était pas sa spécialité…* ***»***
E16V16 : *«… bon bah ils pensent qu'on va essayer ça, on va essayer ça et on a quand même une certaine latitude nous si vous voulez en tant qu'infirmiers sur et la prescription du matériel et sur un peu l'organisation des soins et les médecins souvent nous délèguent un peu ça, ils nous marquent « 5 pansements à domicile » voilà, ou heu « pansement tous les jours » etc »*

- **Souhait d'une primo-prescription infirmière**

Une infirmière souhaiterait que l'ordonnance d'initiation des soins locaux ainsi que l'appel du réseau puissent être réalisés sans l'aval du médecin afin de gagner du temps dans l'initiation des soins.

E7V40 : *« Sauf que pour nous appeler, faut qu'ils aillent chez le médecin traitant, qu'il fasse une ordonnance, parce que le médecin traitant regarde s'il y a vraiment un début d'ulcère, et à ce moment-là il nous fait une ordonnance et on vient. Voilà. (silence). Là aussi c'est une perte de temps et… On a pas cette autonomie nous… »*
E7V17 : *« Heu il faut pour le réseau aussi l'accord du médecin traitant, qui est pas forcément pour aussi, donc il faut aussi argumenter de ce côté-là pour avoir accès au réseau. Donc c'est pas si simple et parfois ça prend des semaines. »*

- **Une autonomie infirmière à limiter**

Les médecins ayant une expérience dans la plaie veulent garder un contrôle sur la prise en charge et cela est possible grâce aux connaissances qu'ils ont dans le domaine.

E11V22 : *«… et puis il y a des choses qui vont être mises en place qu'il faudrait pas… Souvent parfois c'est sans forcément l'avis du médecin, elles font ça un peu à leur sauce. »*
E10V14 : *« Enfin moi c'est une communication, il faut savoir s'imposer, c'est pour ça*

que c'est difficile pour les médecins généralistes qui ont très peu de formation sur les ulcères, qu'ils soient variqueux ou artériels, de s'imposer parce qu'ils connaissent pas tout, ils connaissent pas cette prise en charge. »

- **Une source de conflit**

La place de chaque professionnel dans la prise en charge n'est pas toujours évidente et peut être source de conflit avec un patient qui joue l'intermédiaire. Les discordances importantes aboutissent dans des cas extrêmes à un changement d'équipe de soins.

E13V43 : *«… mais c'est dommage, des fois je me dis voilà quand j'ai à faire à quelqu'un qui est fermé à toute… A toute négociation, à toute réflexion ou critique objective, heu bah c'est sûr que le patient qui est au milieu bah c'est lui qui en pâtie quoi, voilà, donc c'est tout ce que je peux rajouter. »*
E16V10 : *« Donc en synthèse, il y a eu un peu une résistance de la part du médecin généraliste qui était pas chaud, chaud pour mettre des antibio, nous c'est vrai qu'en sous-marin on a un peu poussé auprès du patient parce que des fois ça passe… Comment dire… Si l'infirmier dit ça au médecin, ça passe pas toujours très bien quoi, en fonction du médecin évidemment en fonction de l'infirmier aussi mais bon, c'est toujours moins, comment dire plus délicat de le suggérer au médecin de le mettre sous antibio quand ça vient de la part de l'infirmier que du patient. »*
E7V27 : *« Et on a pas de ressource à moins de dire, quand c'est le professionnel, par exemple le médecin traitant qui reste bloqué, à moins de dire, et c'est déjà arrivé de dire à la patiente « changez de médecin traitant, il vous faut voir quelqu'un », parce que des fois ça peut durer des mois hein. »*

iv. Maitrise de la discipline

- **Ecart d'expérience entre jeunes médecins et infirmiers**

Les jeunes médecins installés et les remplaçants ont souvent une patientèle peu âgée et, de ce fait, ils côtoient peu la pathologie ulcéreuse et donc ont peu d'expérience dans la discipline. A l'inverse, les infirmiers en voient plus fréquemment dans leur quotidien et ont un œil plus aguerris.

E8V10 : *« J'ai pas forcément un cas précis récent. Je sais pas, j'ai pas eu de cas vraiment récent, on a plutôt des patients jeunes ici heu… Et voilà. »*
E11V19 : *« Je sais qu'en tout cas ça ne s'est jamais vraiment amélioré. Après moi en*

tant que remplaçant je les vois pas… C'est pas des gens que j'ai suivi plusieurs années, j'ai dû la voir voilà une paire de mois le temps du remplacement et puis après je l'ai plus vu quoi. »
E1V43 : *«… les infirmiers ont souvent beaucoup plus de bouteille, après quand on est jeune dans le métier, que le jeune médecin interne ou post internat qui n'a pas forcément dans l'œil beaucoup de plaies et beaucoup d'évolution de plaies. »*

- **Reconnaissance d'une incompétence personnelle**

Une grande partie des professionnels interrogés admettent un manque de compétence dans cette discipline. Ils le justifient différemment : manque d'attirance pour le sujet ou médecine trop vaste pour être maîtrisée entièrement notamment.

E1V50 : *« Enfin, après on devient compétent souvent dans ce qu'on aime plus particulièrement, donc c'est vrai qu'honnêtement ce type de, de prise en charge c'est pas quelque chose sur lequel je me sens particulièrement compétente. »*
E3V31 : *« Moi, l'obstacle c'est que je trouve que je ne suis pas très bonne en plaie et cicatrisation et que justement, que ce monsieur repose tout sur moi, je me dis heureusement que j'étais entourée sans qu'il s'en rende compte, parce que c'est un petit peu lourd… »*
E16V18 : *« On peut pas être compétent dans tous les domaines… Enfin celui qui prétend ça pourquoi pas, en tout cas moi c'est pas mon cas heu et que bah s'il y a des spécialités c'est bien que ça sert à quelque chose… »*

- **Une remise en question des connaissances de l'autre**

Les médecins ayant de l'expérience dans la plaie ont verbalisé le manque de connaissance de certaines infirmières mais une infirmière a également souligné que le médecin n'avait pas toujours la compétence non plus. Un peu plus haut dans notre étude, il avait été aussi question de délégation de l'acte de prescription médicale aux infirmières par manque de connaissance du médecin.

E7V11 : *« Le médecin traitant bin c'est difficile aussi parce que c'est pas vraiment forcément sa spécialité. Et du coup heu c'est compliqué, la place elle est un peu compliquée. »*
E10V19 : *« L'infirmière qui était à côté de chez elle n'avait pas les réelles compétences pour la prise en charge de ce type de plaie, au début c'est le problème que j'ai*

rencontré, parce que j'ai eu plusieurs fois des erreurs sur le… Sur l'utilisation des produits localement hein, c'est-à-dire la mise en place de Tull alors que la lésion était fibrineuse des trucs comme ça. »
E11V24 : *« Oui bah je pense qu'on peut prendre chaque chose utile dans la prise en charge de la plaie, j'ai rencontré des erreurs à chaque niveau en fait que ça soit au niveau de, voilà je parlais des bandes, au niveau des antiseptiques certaines en mettaient en continu heu… Enfin vraiment c'était vraiment sur beaucoup de choses quoi. »*

- **Manque d'aisance avec les nouvelles technologies**

Un médecin relate être particulièrement peu à l'aise avec les nouvelles technologies, notamment celles que l'on utilise pour faire de la téléconsultation avec les réseaux.

E6V25 : *« Ça j'y fait souvent appel parce que le, le, le, le côté tablette tout ça, il est difficile à gérer pour un généraliste, quand je suis en EHPAD, ils se chargent de la partie technique proprement dite. »*
E6V27 : *« Heu mais utiliser le réseau… La messagerie heu santé sociale machin dont j'ai oublié le mot de passe, le code et tous, non ça c'est pas pratique du tout. Donc je laisse faire à d'autres. »*

- **Les pratiques hors cadre comme conséquence**

Le manque de connaissance peut aboutir à des pratiques personnelles pas toujours recommandées qui effraient certains professionnels. Une infirmière ajoute que ces pratiques peuvent devenir couteuses pour notre système de soins.

E11V55 : *« Qu'on soit à peu près… A peu près au clair partout quoi. Sinon c'est pour ça qu'après il y a des dérives, des gens, enfin moi je pense, qui font de la médecine générale un peu comme ils ont envie, qu'il y a de l'homéopathie partout que… Enfin voilà je veux dire c'est des choses aussi des fois, si on a pas été formé c'est sûr qu'on fait un peu à notre sauce quoi. Des fois c'est pas très bien ! »*
E15V12 : *« Et puis après moi je vois dans la pratique de beaucoup d'infirmières hein chacune fait la petite popote, on prescrit des pansements et on y va gaiement, ça coûte cher et puis ça traine heu… »*

v. Formation des professionnels

- **Envie de se former ambivalente**

De jeunes médecins disent avoir envie de se former dans cette discipline mais pas en premier lieu car il s'agit pour eux d'une pathologie peu fréquente dans leur patientèle et pour laquelle on peut assez facilement avoir un avis.

> E5V53 : *« Bah moi je pense que j'aurais besoin oui parce que je suis pas du tout trop au point. Après je fais tellement de choses que c'est pas forcément la première chose que j'irais faire, parce qu'on en voit pas tant que ça et je trouve qu'on a de l'aide justement. Enfin… Le réseau, ça aide beaucoup, où les infirmières elles sont un peu plus aguerris. »*
> E8V22 : *« Les plaies ? Ouais, ouais, c'est un sujet intéressant après c'est vrai qu'en général j'ai tendance à prioriser les formations qui correspondent à ma pratique, on va dire, la plus fréquente, aux problèmes que je rencontre le plus fréquemment et comme finalement les ulcères c'est, on va dire, un par an, ou des fois moins, c'est pas là-dessus que je vais me jeter en priorité mais c'est vrai que c'est toujours intéressant. »*

Ce médecin a envie de faire d'autres formations plus prioritaires pour lui.

> E6V34 : *« Alors c'est pas le… L'ulcère de jambe c'est pas prioritaire, donc j'ai des choses qui sont plus prioritaires que j'ai à faire, que je suis en train de faire mais il y a des choses plus prioritaires. »*

Un bon nombre de professionnels restent motivés pour se former dans cette discipline, parfois de différentes manières, comme en intégrant des échanges de pratiques ou en se nourrissant des avis des spécialistes.

> E7V81 : *« Enfin moi j'ai besoin de formation aussi hein sur les plaies en toute humilité et heu… Ouais je serai bien d'accord aussi pour faire des formations et échanger des pratiques, parce qu'on se sent quand même un peu isolé. »*
> E1V56 : *« et en plus on apprend aussi beaucoup du spécialiste aussi du coup de ce fait… Sur le retour que l'on a. »*
> E13V37 : *« Mais en même temps, je, je suis en constant besoin de formation, je suis*

tout le temps à assister à des formations bah par les prestataires, par les laboratoires, par heu…»

- **Modalités de formation non adaptées**

Certaines formations sont considérées comme pas assez pratiques ou redondantes et ne sont pas en adéquation avec les souhaits des professionnels.

E14V31 : *« J'en fais hein, on a eu des FMC pansement etc mais j'ai l'impression que, j'ai toujours besoin de, de faire des travaux pratique quoi, de faire des formations complémentaires. »*
E9V26 : *« J'ai pas fait le DU mais on nous propose, vous savez avec les DPC là les espèces de petites formations, donc j'ai fait une formation Plaies et Cicatrisation, c'est intéressant mais heu… Après c'est toujours enfin, le problème de nos formations c'est toujours plus ou moins les mêmes donc heu, j'ai dû la faire moi ça va faire 10ans que je suis infirmier libéral, j'ai dû la faire 2 fois, j'ai pas trouvé de grande différence entre la première que j'avais faite et celle-ci. »*

- **Manque de formation pendant l'internat**

Un médecin remplaçant évoque le manque de formation pratique pendant l'internat qui est pallié par certains stages.

E11V51 : *« Donc si j'étais pas passé dans des services ou on fait, ou on fait de la plaie, est-ce que j'aurais pu voir ce type de choses je suis pas sûr et c'est là où c'est un peu dommage parce que mine de rien c'est quand même, on nous dit typiquement en tant de médecin généraliste « dépistage de l'AOMI, il faut faire les IPS », « ok mais c'est sûr que sans doppler de poche, c'est compliqué. »*

c. La pathologie ulcéreuse

i. Environnement de travail

- **Confort rudimentaire au domicile**

Le manque de confort au domicile des patients rend l'examen de la plaie et l'exécution des soins difficiles, voire très pénible pour les professionnels qui sont plus à l'aise à leur cabinet.

E5V20 : *«…mais quand ils peuvent venir au cabinet, surtout pour des plaies, c'est quand même mieux pour examiner, donc j'insiste un peu auprès de la famille pour qu'ils me les amènent. »*
E2V13 : *« La position qui était très fastidieuse, et pour la patiente et pour moi, parce qu'on ne pouvait pas lui faire ses pansements au lit, ça prenait toute la jambe. Donc elle était assise mais du coup le sang affluait vers le bas donc elle sentait encore plus la douleur. Moi je me pliais en deux. »*

- **Propreté du domicile**

La propreté du domicile est également importante pour les soins locaux car la plaie est facilement contaminable.

E3V19 : *«… et qui vit dans un studio qui doit faire 15 mètres carrés, avec des punaises de lit partout… »*
E9V5 : *« A domicile souvent, on essaye de travailler dans les meilleures conditions possibles mais heu… Souvent on travaille, bah il y a le chien à côté, après l'hygiène est pas souvent présente enfin, voilà. »*

- **Matériel**

Les soins d'ulcère nécessitent une quantité importante de matériel, ils ne s'improvisent pas et demandent de l'organisation aux professionnels.

E5V24 : *« Les infirmières, elles y arrivent hein ! Elles ont… Voilà, elles ont plus de matériel aussi que nous. Moi je vais pas avec des champs stériles au cabinet des gens, à la maison des gens, voilà. »*

ii. La contention veineuse

- **Incompréhension**

Les patients ont parfois du mal à comprendre l'intérêt et les modalités du port des bandes de contention, ce qui entraine une perte d'efficacité de cette thérapeutique.

E7V2 : *«… comme par exemple dans l'ulcère, les bandes, qui sont pas forcément gardées le temps nécessaire, ou trop gardées justement jour et nuit alors qu'il faudrait les enlever la journée, enfin bon. »*
E7V79 : *« J'ai une collègue elle me disait « c'est une patiente qui m'a dit « moi de toute*

façon mes bas à varices c'est simple, quand elles me font mal, je demande à ce qu'on me prescrive des bas qui font pas mal et qui me serrent pas » ». Ah bah oui mais bon (rires), « pourquoi on vous met des bas ? ». »
E13V30 : *«… il a mis aussi très longtemps à accepter à mettre ses chauss… A mettre ses bandes anti-œdème, pour lui, il suffisait de mettre des chaussettes de contention. Et pendant longtemps j'ai lutté… »*

- **Non remboursement de l'acte préventif**

Une infirmière a mis en évidence un problème de remboursement de l'acte préventif de pose/retrait des bandes de contention qui peut être préjudiciable au patient s'il est incapable de le faire seul.

E7V34 : *« Ouais ! Et puis après, là il y a aussi le souci que j'ai eu avec une patiente c'est que, elle a eu un ulcère qui a été réglé, donc tout est pris en charge à 100% par la sécu. Mais une fois que l'ulcère est terminé, pour la mise en place des bas qu'elle ne pouvait pas mettre, il y a plus de prise en charge. »*
E7V41 : *« Je pense qu'ils pourraient simplifier. Vraiment être plus souple. Parce que je pense que la mise de contention pour les patients qui ont déjà eu des gros ulcères, surtout quand c'est plusieurs ulcères, ou une infirmière qui vient, c'est pas voilà. La personne elle peut pas se baisser, elle peut pas les enlever enfin. On est dans la prévention là mais bon, c'est pas… »*

- **La gêne occasionnée prime sur les bénéfices**

Malgré le bénéfice sur le long terme qu'apporte la contention veineuse, l'observance du patient reste difficile et entachée par la gêne ressentie. A cela, s'ajoute la temporalité de la guérison, souvent incomprise.

E9V8 : *« Mais c'est compliqué d'expliquer au patient que l'inconfort qu'il va avoir là, ponctuellement, va se solder au bout de quelques temps par une guérison de l'ulcère. Lui il voit qu'à l'instant T. Combien de fois j'y suis allé et il m'a dit « nan mais c'est bon j'ai tout enlevé, ça va pas quoi ! ». »*
E2V14 : *« Et ensuite les bandages n'étaient pas tant serrés mais ils avaient quand même la petite contention, et ça c'était insupportable pour elle. Heu aussi il y a eu les chaleurs donc ça amplifiait la douleur. »*

Un médecin souligne que la période estivale est encore plus défavorable à l'observance des contentions.

E4V8 : *« Après le port de bas de contention heu… bon là ça dépend s'il s'agit d'un ulcère artériel ou mixte ou veineux, mais c'est que les gens n'aiment pas, surtout en période estivale, porter les contentions, ça c'est clair, considérant qu'en fait ça va pas leur apporter de bénéfice mais que ça va leur apporter un inconfort parce qu'il fait chaud. »*

- **Complexité des bandes**

La complexité des bandes et la multitude de couches ne simplifient pas la pose et donc l'observance. Ses bandes sont le plus souvent posées par un tiers.

E3V27 : *« Où ils mettent en place des bandes vous savez… Enfin ça doit être les kinés parce que moi je ne sais pas les mettre. Vous savez il y a des bandes spéciales, c'est pas des bandes de contention… Mais c'est plus des bandes de drainage. »*
E10V26 : *« Exactement, mais le problème qu'on a rencontré c'est qu'on pouvait pas lui mettre des bandes de contention parce que se mettre une bande PROFORE seul c'est impossible, on le fait mettre que par quelqu'un de l'extérieur, des chaussettes de contention tu peux, mais pas des bandes. Surtout que pour les PROFORE il y a 3 couches (rires), alors que URGO K2 il y en a que 2. »*

iii. La plaie

- **Les écoulements**

Les plaies suintantes altèrent fortement la qualité de vie du patient et compliquent les soins pour les professionnels. Ils participent souvent à l'isolement du patient.

E7V12 : *«… qui développe suite à un petit accrochage un ulcère, et qu'on arrive pas à soigner parce qu'il y a des écoulements très importants… »*
E1V45 : *« Voilà c'est pénible d'avoir une plaie qui suinte qui n'est pas terminée… »*
E7V14 : *«… on est arrivés à une telle situation qu'on est vraiment dans une impasse, et heu qu'on arrive plus à endiguer ce flux de liquide qui peut aller quand même jusqu'à des quantités assez importantes comme 200, 300mL par jour, qui handicapent forcément la vie sociale, la marche etc. »*

- **Le pansement**

Il est parfois difficile pour certains patients de garder un pansement car ils n'adaptent pas forcément leurs activités.

E2V8 : *« Elle, ça a été le bon exemple dans le sens où elle respectait pas forcément le protocole, on va parler de pansement, ou par exemple je vais lui mettre un bandage et elle va aller à la plage l'après-midi et l'enlever, se baigner, donc là ça a été un gros frein à faire entendre à la personne que c'était ça le traitement. »*
E6V20 : *« Après il y en a qui font un peu ce qu'ils veulent bien entendu on voit toutes les, tous les membres, tous les trucs heu… Déjà à 10h du matin que tout a volé mais bon… »*

Cependant, ce médecin ne retrouve pas de problème d'observance majeur étant donné que le pansement n'est pas réalisé par le patient.

E8V20 : *« Mais sur l'observance du pansement, comme c'est pas le patient qui le fait lui-même, en général j'ai l'impression quand même que… ça tient, ou si le pansement se décolle, tient pas ou autre mais globalement quand même c'est plutôt cadré j'ai l'impression. »*

- **La détersion**

Une infirmière dit être limitée dans la détersion car elle ne peut pas utiliser le scalpel comme pourraient les médecins généralistes ou les spécialistes. Le matériel dont elle dispose n'est pas suffisant pour réaliser une bonne détersion selon elle.

E7V49 : *« Non, on a pas le droit. On a une petite curette mais elle est pas adaptée pour enlever les petites fibrines. C'est pas… C'est pas suffisant hein. Enfin c'est pas maniable comme un petit scalpel ou délicatement… »*
E7V47 : *« Et là aussi avant c'est eux qui nettoyaient les plaies, ils ont du matériel spécial, ils ont des lampes, ils ont du… Nous le matériel jetable, on a pas le droit d'utiliser le scalpel et eux ils ont tout ça sur heu… Dans les réseaux Plaies et Diabète. »*

Pour ce médecin, la principale limite de la détersion est l'appréhension du geste par

certains infirmiers. Ils auraient peur de provoquer des douleurs et ne seraient pas assez formés.

E4V7 : *« … s'il s'agit d'une détersion mécanique, c'est-à-dire au scalpel etc, il y a un certain nombre d'infirmier qui ne le font pas. Ils n'ont pas envie de le faire parce qu'ils ont peur, ou alors soit parce qu'ils n'ont pas été éduqués, ils ont peur de faire mal, faire mal physiquement ou faire mal dans, dans le geste. »*

iv. Les douleurs

- **Associées à l'inefficacité**

Pour le cas de cette infirmière, la douleur était associée à l'inefficacité des traitements par la patiente et ralentissait sans doute les soins.

E2V10 : *« Et, elle avait compris que c'était ce qui lui fallait, mais la douleur aussi est rentrée en jeu. Et heu… Elle avait l'impression que ce traitement n'agissait pas assez vite et qu'il faisait mal. Donc ça n'allait pas soigner comme il fallait. »*
E2V20 : *« … mais quand la douleur est revenue et… Enfin le manque d'efficacité. Elle avait l'impression que ça cicatrisait jamais. »*

- **Limitent certains soins**

Les soins locaux, et notamment la détersion, occasionnent des douleurs ou accentuent une douleur déjà présente, ce qui peut rendre les soins difficiles.

E1V40 : *« … c'est parfois des soins qui sont douloureux, chez certaines personnes quand ils font de la détersion ou autre, il y a quand même des phases de traitement qui sont pas forcément agréables à faire… »*
E2V15 : *« C'était vraiment une douleur latente, non stop, H24, et une douleur aigue vraiment… Lorsqu'on faisait les pansements. »*

- **Limitent l'intervention du kinésithérapeute**

Les douleurs peuvent également limiter l'intervention du kinésithérapeute pourtant si important dans la prise en charge de l'œdème.

E7V13 : *« … l'intervention nécessaire des bandes et peut être d'un kiné, qui peut pas drainer parce que c'est très douloureux et que le patient a du mal à accepter les*

soins… »
E2V24 : *« Elle a eu à un moment un kiné, parce qu'on voulait absolument qu'elle se mobilise, qu'elle marche etc. Mais ça n'a duré que 3 mois, après c'est pareil, elle était fatiguée, elle avait mal. »*

- **Utilisation peu fréquente des antalgiques de palier 3**

Lors de plusieurs entretiens, les infirmiers ont relaté l'absence de soulagement de leurs patients lors des soins malgré l'utilisation de paliers 1 ou 2 et, pour certains, le fait que les paliers 3 n'avaient jamais été essayés.

E2V16 : *« Et par rapport à ça aussi on a essayé de mettre des choses localement et qui n'ont pas fonctionné. On a essayé beaucoup de choses qui étaient aberrantes mais bon c'était prescrit… Heu, et sinon qu'est-ce qu'elle avait… Elle avait eu des paliers un et paliers deux en antalgiques, qui ne la soulageait pas. C'est tout. »*
E12V17 : *«… parce qu'alors palier 1, c'était inefficace, heu le palier 2 heu on avait des effets indésirables qui étaient pas top, top. Et elle restait très algique donc heu, et palier 3 c'était déconseillé. Donc on a jamais tenté le palier 3 et en fait à ce jour, on est sur heu… Qu'est-ce que c'est qu'elle a… Heu de la codéine. Ouais, ça la soulage mais très, très, très brièvement. »*

Le fait que le patient n'en ai jamais pris peut être un frein à la prescription.

E12V16 : *« En fait cette dame a jamais pris de morphine, elle en a jamais pris, donc heu le médecin traitant était réticent à introduire… »*

La peur d'effets indésirables chez les personnes âgées limite également la prescription de paliers 3.

E12V15 : *« Hum, c'était compliqué niveau douleur parce que le… Le grand âge de la patiente fait qu'on est un peu limité heu sur les différents paliers. »*
E12V21 : *« Ah c'est compliqué, c'est compliqué sur la personne âgée en plus avec un aussi grand âge heu… Je pense que ouais peut être au niveau morphiniques elle ose pas, et après est-ce que ça serait efficace je sais pas… »*

- **Problème de gestion de la prémédication**

Pour cette infirmière, la prémédication en libéral est difficile à mettre en place car l'heure exacte du soin ne peut pas toujours être respectée mais également parce qu'elle dépend souvent des capacités de compréhension de l'aidant qui doit administrer le traitement.

E12V18 : *« Ouais, et là c'est pareil, c'est compliqué aussi parce qu'en fait dans le libéral, on est jamais sûr d'arriver, on a une fourchette horaire mais bon on peut avoir des, une urgence ou, qui vient s'insérer et on arrive en retard chez la patiente, donc c'est vrai qu'en prémédication on est pas très efficace non plus. »*
E12V19 : *« Puisqu'en plus c'est la fille qui doit la donner à la maman, puis je me souviens il y a eu une ou deux fois ou elle avait oublié heu puis il y avait une autre fois ou elle lui avait donné dans la nuit donc après ça faisait trop court pour lui ré administrer, c'est compliqué là. »*

v. Caractéristiques de la pathologie

- **La contrainte des soins infirmiers**

Ces soignants soulignent les contraintes que représente la pathologie ulcéreuse pour les patients avec des soins infirmiers tous les 2 jours, nécessitant beaucoup de matériel. Cela peut être décourageant pour eux.

E1V46 : *«… qui nécessite la contrainte de soins infirmiers fréquents… »*
E10V21 : *« Parce que c'est pour eux beaucoup de contraintes ils sont… Toutes leurs activités sont modulées, régies par heu… Par justement leur pansement, le fait que… Ils doivent le faire au moins tous les 2 jours, par le fait qu'il faut avoir le matériel tout le temps sous la main, il faut avoir les pharmaciens qui connaissent. C'est un peu compliqué pour ça. »*

- **Une cicatrisation longue**

Le traitement d'un ulcère de jambe est long, de plusieurs semaines au minimum, comme l'ont souligné la plupart des professionnels interrogés. Il est parfois difficile pour le patient d'être observant durant toute cette prise en charge.

E1V30 : *« Alors, en fait, d'une manière générale, le problème des ulcères de jambe c'est la longueur du temps de traitement et de cicatrisation, c'est, c'est cette durée. »*
E10V20 : *« Il y a eu aussi, dans l'observance, il y a la notion de temps, c'est-à-dire c'est*

difficile à des gens d'être compliant quand un ulcère veineux, variqueux tu le prends en charge pendant 3 voire 6 mois. »

Cette longueur de cicatrisation est parfois incompatible avec le souhait du patient de guérir vite et entraine une incompréhension de sa part.

E7V10 : *« On va mettre un protocole et on voit que c'est pas suivi par le patient et que ça donne pas de résultat. Le patient ne comprend pas parce qu'il veut des résultats assez rapides. »*
E4V11 : *«… c'est le rôle de l'immédiateté, c'est « la dictate » de l'immédiateté, on veut tout, tout de suite et immédiatement. Et malheureusement la temporalité qui s'associe bah à la guérison de l'ulcère bah elle va dépendre d'un certain nombre de choses… »*

Cette durée peut être décourageante pour le patient.

E2V29 : *« Et puis bon peut être que la patiente on la voyait déjà depuis des mois et qu'elle en avait un peu marre de pas voir l'évolution qu'elle attendait. Ça allait decrescendo au lieu d'aller dans l'autre sens. »*

Les soignants peuvent, à force, ne plus avoir de recul sur l'état de la plaie et être un peu moins vigilants. Ils peuvent même sentir comme une gêne devant cette durée car ils n'ont pas toujours d'explication rationnelle à donner.

E16V14 : *« Et puis à un moment on a tellement le nez dessus qu'on a plus de recul sur l'évolution du, sur l'évolution des choses, on sait plus quoi dire mais comme on se sent toujours obligé de dire quelque chose… »*

- **Une pathologie récurrente**

La plupart des professionnels interrogés ont mis en évidence la récurrence fréquente de cette pathologie.

E3V14 : *« Ça doit faire… (souffle), au moins 4 ou 5 ans que j'y vais tous les jours. Donc on guérit un ulcère et ça pète ailleurs… C'est un cercle vicieux… Donc voilà c'est compliqué. »*
E9V9 : *« Sur un terrain fragile, on est jamais à l'abri d'une récidive. C'est-à-dire que*

c'est des patients, moi je vois j'ai ma collègue qui est installée depuis plus d'une, depuis une trentaine d'années, eh bien on suit actuellement des patients qu'elle-même a suivi il y a 30ans, pour ces mêmes problèmes. Vous voyez ? »

Le problème de ces récurrences réside dans la démotivation du patient à faire les soins au fur et à mesure.

E9V12 : *« C'est souvent ce que je vous expliquais, c'est souvent le fait que ce soit redondant qui est compliqué, c'est-à-dire que dans les débuts de prise en charge les patients sont conciliants ils ont envie, et quand on est à la 2ème ou 3ème prise en charge là ils commencent un peu à dire « non mais c'est bon… »… »*

- **Facteurs motivant les soins**

Néanmoins, les soignants ont mis en évidence certains facteurs motivant les patients à faire leurs soins. Comme le fait d'avoir eu un ulcère qui a bien cicatrisé grâce aux soins locaux, ou le fait d'avoir eu un ulcère compliqué, ou alors de pouvoir conserver son autonomie.

E7V38 : *«… moi j'ai eu le cas d'une personne qui a réglé les soins, et en réglant les soins, ça lui revenait quand même à 200 euros par mois, c'est pas rien hein… Ouais nan, enfin bon bref ! Mais elle avait, bon, les moyens, et en même temps, elle avait tellement eu un ulcère important qu'elle voulait conserver les soins. »*
E7V33 : *« C'est un peu bête à dire mais de voir la bonne évolution, c'est valorisant, c'est heu… Le patient est content et après il oublie pas de mettre ses bas hein (rires). »*
E11V37 : *« Bon il avait eu un peu de mal à accepter mais je sais pas, peut être avec sa démence, c'était pas trop mal passé en fait, parce qu'il avait vu qu'il pouvait faire sa vie, qu'il pouvait marcher et que ça ne l'empêchait pas, alors il était pas très stable mais bon voilà, il pouvait faire sa vie quoi. »*

4) Les améliorations envisagées par les professionnels de santé

a. Un dossier médical commun

Cette infirmière souhaiterait que dans sa pratique il y ait une centralisation de toutes les informations concernant la prise en charge de la plaie du patient afin que chaque

intervenant puisse avoir toutes les données nécessaires pour les soins mais également pour pouvoir avoir un discours plus précis auprès du patient et de sa famille.

E7V65 : *« Ouais, moi j'aimerais bien au niveau des transmissions écrites qu'il y ait vraiment un cahier commun, ou une plateforme ou heu… Enfin qu'on ait un document qui réunisse un peu tous les différents intervenants et qu'il y ait une vraie implication des professionnels même si c'est pas à l'oral mais au moins à l'écrit, que tout le monde puisse prendre en charge cette plaie. »*
E7V66 : *« Les kinés, le médecin traitant, l'angiologue, les diététiciens aussi, enfin les nutritionnistes aussi pour, si c'est utile. Et puis heu… Pour voir le suivi de ce qui a été fait et ce qui est en train d'être fait et pour pouvoir aussi argumenter aussi auprès des familles, des patients. »*

b. Etre plus réactif face à la plaie

- **Prévoir une échographie doppler rapide**

Ce médecin souhaite faire un doppler rapidement dès l'apparition d'un ulcère, même petit, afin d'éliminer dès le début une urgence vasculaire ou en tout cas, avoir immédiatement une idée du réseau vasculaire sous-jacent.

E10V36 : *« Alors, ce que je changerai c'est que à partir du moment où tu trouves un ulcère moi maintenant je suis devenu systématique c'est là où j'ai changé, c'est-à-dire que je demande systématiquement un doppler artério-veineux. Mais immédiatement. Parce que parfois tu as des toutes petites lésions, tu te dis bon ça va se fermer c'est pas la peine de faire un doppler tout de suite et là mon évolution au fil des années c'est le doppler en urgence. Sur une plaie qui te semble artérielle ou veineuse, il faut à tout prix savoir quel est le réseau en-dessous, parce que ça devient une urgence vasculaire trop souvent. »*

- **Gestion de la douleur**

Pour ces soignants, il est important de s'occuper de la douleur du patient afin que les soins puissent se faire dans les meilleures conditions possibles. Une infirmière évoque une notion de temporalité entre la douleur qui peut être rapidement soulagée et les soins locaux, dont les résultats sont longs.

E9V23 : *« Ce, ce, la seule difficulté que j'ai moi souvent c'est peut-être la gestion de la douleur liée aux ulcères. Pas pendant, pas forcément pendant le soin mais peut être de façon récurrente, les douleurs qui sont des problèmes de vascularisation, donc c'est vrai que là… J'essayerais peut-être de mettre un peu plus l'accent sur, sur cette prise en charge là. »*
E12V29 : *« Ah oui hein, la douleur ! Ouais, moi ça serait vraiment intervenir de suite, réévaluer souvent ah ouais. Et pas passer à côté de ça, à côté de la douleur. Parce qu'après les protocoles de soins à proprement dit pour déterser c'est des choses qui se mettent en place mais qui prennent du temps heu pour pouvoir obtenir des résultats alors que, alors que la douleur, elle est, elle est primordiale. Enfin moi c'est ce que je changerais ouais. »*

c. Mettre l'accent sur les mesures physiques

Hors soins locaux, certains professionnels ont mis l'accent sur la nécessité des mesures physiques préventives ou curatives qui pourraient être organisées autour d'un bilan initial par un kinésithérapeute. Un médecin précise d'ailleurs qu'il préfère croire en les mesures physiques plutôt qu'aux différents pansements proposés.

E7V42 : *« La marche et tout, le rôle du kiné qui pourrait faire un bilan aussi, ça pourrait être sympa. Il y a des choses qui pourraient être mises en place. Parce que les kinés ils ont un rôle aussi hein, sur l'équilibre, une personne qui est mal chaussée, qui met pas ses bas, qui marche pas, c'est évident qu'elle aura des poteaux quoi je veux dire. »*
E6V36 : *« … Je n'ai pas tellement de foi dans les vertus miraculeuses des divers pansements, hein donc heu voilà. Donc quand on voit Plaies et Cicatrisation « ah mais oui là il faut mettre du… », je sais pas, peu importe la marque du machin, qui coûte une blinde, j'ai pas le… Personnellement je n'ai pas de foi dans le pansement miracle. Heu j'ai une foi considérable dans la qualité des soins, dans la contention veineuse, dans le fait que, que… Les gens marchent ou ne marchent pas, gardent les jambes en l'air mais le pansement miracle je n'y crois pas … »*

d. Des soins infirmiers facilités

- **Majorer l'autonomie des infirmiers possédant un DU**

Précédemment, il a déjà été question de laisser les infirmiers initier les soins d'ulcères ou demander un avis auprès des réseaux sans passer par le médecin. Ici, cette infirmière possédant le Diplôme Universitaire en Plaies et Cicatrisation souhaiterait que

ces Diplômes soient valorisés en permettant une prescription en rapport avec la discipline étudiée qui leur permettraient plus d'autonomie.

E12V30 : *« Heu, là comme ça, moi je me dis que c'est dommage que les infirmières ne puissent pas prescrire heu d'avantage… En fait le fait qu'on ait un DU, je trouve dommage qu'on ne puisse pas avoir d'avantage… »*
E12V32 : *« Mais je trouve dommage que le fait de faire le DU nous laisse pas justement après une petite autonomie dans la prescription de certaines, certains trucs. Par exemple une infirmière qui fait un DU douleur, c'est dommage qu'elle puisse pas prescrire, bah après j'irais pas jusqu'aux paliers morphiniques enfin voilà des drogues… Ok, mais heu avoir un peu plus d'autonomie quoi. »*

Elle justifie cette autonomie par un allègement du travail du médecin mais sans volonté de surseoir à l'avis médical qui reste nécessaire.

E12V35 : *« Donc du coup cette reconnaissance elle serait bien quoi. Elle serait bien et puis je pense qu'elle enlèverait pas mal de poids, ou pas mal d'administratif à certains médecins, enfin je pense, je pense. »*
E12V33 : *« Après ça n'enlève en rien la consultation médicale, ça n'enlève en rien toute heu l'expertise médicale, elle est là et on la reconnait et il y a pas de souci hein, on est pas contre ça, heu loin de là, mais voilà, pour qu'on puisse avoir d'avantage d'autonomie… »*

- **Des protocoles plus précis**

Plusieurs infirmières ont évoqué le souhait d'avoir des protocoles plus précis et plus justifiés pour travailler. La deuxième infirmière a parlé d'un protocole pluridisciplinaire ressemblant à un plan personnalisé de soins.

E7V8 : *« Après au niveau professionnel, il y a, il y a souvent les angiologues qui nous font des protocoles, peut-être un peu plus précis et plus heu argumentés qu'un médecin généraliste dont c'est pas la spécialité, puisqu'il y aura eu un… Il y aura eu des examens qui auront été heu faits heu pour bien expliquer, il y aura déjà plus d'explications et plus heu, plus de protocoles, avec des doppler etc. »*
E15V26 : *« Bah moi ça serait dans l'absolu, j'aimerais bien avoir un médecin, une nutritionniste et un infirmier effectivement qui a ce DU de Plaies et Cicatrisation pour faire un bilan complet en fait sur heu… Sur l'albumine, sur les, au niveau sanguin, la*

nutritionniste qui interviendrait pour voir les apports caloriques qu'il faudrait, l'expertise de l'infirmier, et après ma foi il sort avec vraiment un protocole établit, n'importe quelle infirmière peut le prendre en charge avec des… Pas des mises à jour mais des… Des réévaluations à 15 jours ou à 3 semaines voilà. »

- **Simplification des soins pour faciliter l'adhésion**

Nous avons bien compris que les soins contraignants étaient plus difficiles à suivre. L'assouplissement des soins et de leur rythme pourrait sans doute aider les patients à mieux les observer.

E8V5 : *« Après heu… Il peut aussi y avoir la simplicité du traitement si c'est contraignant, si c'est heu… Pour le patient, dans son rythme de vie ou dans la modalité soit de prise de médicament soit de pansement à faire, voilà. »*
E16V3 : *« … Je dirais peut-être en 3 peut-être la logistique par rapport à, comment dire, c'est-à-dire que s'il y a des soins qui nécessitent certaines… Complexités, et qu'ils ne sont pas en mesure de les faire eux-mêmes en fait, bah des fois ils vont laisser tomber de, ils vont laisser tomber d'eux-mêmes quoi, ils le feront pas. »*

e. Améliorer la formation

- **Plus de pratique**

Les professionnels souhaitent qu'une formation plus pratique puisse être dispensée aux étudiants afin d'acquérir une expertise rudimentaire (types de pansements, types de contention, pose de la contention, faire des IPS).

E11V49 : *« Un cours sur la plaie ou on va nous montrer les pansements heu… Finalement je crois que c'est une journée, une demi-journée. Bon c'est bien parce qu'il y a de la pratique, ce cours est bien mais je pense que heu, de façon complémentaire heu il y a des choses à nous apprendre sur la pratique. Comment poser une bande etc, des choses importantes, c'est des choses de la vie de tous les jours, nous montrer un petit peu les différents types de bande par exemple pour un ulcère veineux heu… Peut-être nous faire je sais pas moi, nous faire utiliser un doppler de poche heu… Les petits dopplers là pour pouvoir faire des IPS, c'est des choses… »*
E10V15 : *« Et c'est ce que j'explique moi quand je m'occupe de ça, souvent je dis il faut à tout prix que les étudiants soient capables de diriger les infirmières qui sont quand*

même sous leur responsabilité. Donc il faut qu'ils aient cette formation adéquate sur… Bah sur les plaies, sur les ulcères, sur tout ce qui… Tout ce qui est cutané quoi. »

- **Allongement de la durée de l'internat de médecine générale**

Ce médecin remplaçant voudrait augmenter la durée de l'internat de Médecine Générale car pour lui les trois ans ne sont pas suffisants pour avoir une formation minimum dans tous les domaines.

E11V54 : *« Moi je suis convaincu que c'est trop court qu'il y a pas de raison que les internistes ils aient 5ans et que nous on ait que 3ans, à un moment donné il faut m'expliquer la logique. Je veux dire en, on voit du bébé à la personne âgée en passant par la femme enceinte, il faut qu'à un moment donné… On soit à peu près… A peu près au clair partout quoi. »*

- **Formation du patient également...**

Le patient étant un des principaux acteurs, il est licite selon cette infirmière d'organiser des journées de prévention afin de le sensibiliser aux ulcères, à leurs causes et surtout leurs conséquences s'ils ne sont pas traités.

E15V11 : *« Bah moi c'est important et puis depuis que je me suis heu… Comment dire heu… Intéressée à ce DU de Plaies et Cicatrisations je me suis posée la question de pourquoi il y aurait pas des journées de prévention au même titre que le pied diabétique parce que c'est vrai qu'il y en a plein qui disent « Oh c'est un petit bobo je fais rien. », à partir d'un certain âge ils savent pas en fait qu'ils sont insuffisants veineux, qu'ils ont de l'artérite heu… »*

Discussion

1) Forces et limites de l'étude

Ce travail de thèse est le premier à explorer les stratégies mises en place par les médecins généralistes et infirmiers libéraux de l'Hérault pour pallier la mauvaise observance des soins locaux des ulcères de jambe à travers une étude qualitative. Nous avons eu recours à un échantillonnage raisonné afin d'avoir des caractéristiques variées des soignants interrogés (âge, sexe, lieu d'exercice) (voir Tableau 1). Notre échantillon est constitué de 16 professionnels de santé, nombre intéressant dans le cadre d'une recherche qualitative. La saturation des données a été respectée.

Cependant, notre étude comporte plusieurs limites.

Même si notre échantillon est varié, il existe sans doute un biais de recrutement car les professionnels ayant répondu positivement à la demande d'entretien ont possiblement un intérêt plus marqué pour le sujet. De plus, seulement un médecin exerce en milieu rural et les infirmiers interrogés sont essentiellement des femmes. 4 professionnels de santé sur 16 avaient une formation en Plaies et Cicatrisation, ce qui peut également représenter un biais de par leur expertise.

Il existe aussi un biais d'investigation car malgré une formation personnelle via des ouvrages référencés, la qualité des entretiens et donc les résultats de l'étude ont pu être impactés par le manque d'expérience de l'investigatrice. En effet, il s'agissait de notre premier travail de recherche qualitative ce qui a pu entrainer une différence d'expertise et d'écoute entre les premiers et les derniers entretiens.

Un biais de mémorisation était aussi possible car les personnes interrogées ont pu omettre certains détails anciens.

Pour finir, il existe un biais d'interprétation car une triangulation des données a été effectuée avec le Directeur de thèse pour les trois premiers entretiens mais pas avec les soignants interrogés, ce qui laisse une possible subjectivité dans le codage des verbatims et dans l'analyse des données. Il n'a pas été utilisé de grille COREQ pour l'analyse (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research).

2) Synthèse des résultats et comparaison à la littérature

a. L'éducation et les soins infirmiers pour assurer l'observance des soins locaux de l'ulcère de jambe

La notion d'éducation du patient à sa pathologie pour renforcer l'observance des soins a été citée par l'ensemble des professionnels de santé interrogés dans notre étude. Dans les propositions 2018 de l'Assurance Maladie pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, la proposition 11 sur l'observance vise à favoriser le développement de l'éducation thérapeutique du patient en ville.(18)
Les soignants interrogés n'ont pas nécessairement prétendus réaliser un véritable programme d'éducation thérapeutique dans notre travail mais ont évoqué plusieurs étapes. Ils abordent différents thèmes avec le patient afin d'être le plus exhaustif possible et renouvellent régulièrement les informations au cours de la prise en charge pour les consolider tout en essayant de garder une cohérence entre les différents intervenants. Ils suivent régulièrement leurs patients et réévaluent la prise en charge dès qu'il est nécessaire et cherchent également des ressources dans l'entourage pour aider à stimuler les soins et à donner l'alerte si besoin. Cet effort collectif vise à autonomiser le patient dans une certaine mesure afin qu'il soit également acteur de sa guérison en observant les soins grâce à la compréhension de sa pathologie.
Dans le cadre plus précis de l'ulcère de jambe, une étude conclut que les patients atteints de cette pathologie souhaiteraient avoir plus d'information concernant la cause de l'ulcère et la manière dont ils pourraient participer à la guérison ce qui montre une réelle motivation à la participation des soins. (19)
Une autre étude va également dans le sens de notre travail car, à travers des interventions réalisées par des infirmières spécialisées dans la plaie sur 26 patients, en donnant des conseils sur la compression, sur les mesures physiques et en s'adaptant aux besoin des patients, les patients avaient une meilleure connaissance et une meilleure observance des thérapeutiques. Certains patients avaient même acquis une autonomie complète dans la gestion de leurs bandes de contention. (20)
Les études sur ce sujet restent pourtant peu nombreuses et manquent de puissance. A noter également qu'elles ne traitent pas la partie pansement que nous avons choisi d'étudier.

Néanmoins, pour que l'éducation soit réalisable, les professionnels ont besoin de temps, temps qu'ils essayent de gagner en améliorant l'organisation de leur consultation et en délégant des tâches non médicales pour que la consultation soit

pleinement profitable au patient. Un médecin a parlé justement de la présence d'une infirmière ASALEE pour l'aider à synthétiser les prises en charge et vérifier la prise des traitements afin qu'il puisse optimiser son temps médical. C'est parallèlement l'objectif de la stratégie « Ma Santé 2022 » de l'ancienne Ministre de la Santé Agnès BUZYN qui entend déployer plus d'infirmiers ASALEE afin de soutenir le travail d'éducation du médecin et de lui libérer du temps d'expertise médicale. (21)
Ce médecin interrogé pour notre étude évoque également l'utilité d'un assistant médical pour les tâches administratives. Dans le cadre de « Ma Santé 2022 », il est prévu d'en déployer 4000 d'ici la fin du mandat. (21)

Par ailleurs, la plupart des médecins insistent sur la nécessité des soins infirmiers pour surveiller l'observance des soins locaux. En effet, ils sont généralement fréquents et prolongés dans le temps et donc permettent un suivi rapproché du patient et de sa plaie. Certains médecins avouent se reposer sur les soins infirmiers : « *[…] je m'appuyais vraiment sur la prise en charge infirmière […]* ». Les médecins ayant plus d'expérience dans la plaie avouent être plus impliqués dans la surveillance : « *Il faut pas que le médecin se repose sur les connaissances de l'infirmière, il doit diriger, il doit en discuter avec elle parce qu'il y en a quand même qui ont de très bonnes pratiques, mais il doit quand même, c'est lui qui a l'œil, qui doit avoir l'expérience.* »

Ce suivi a été facilité ces dernières années par l'utilisation de photos prises avec le Smartphone. Cette méthode permet de prendre une photo au lit du patient, avec un matériel employé quotidiennement et de la partager très facilement aux professionnels concernés pour le suivi ou un avis sur la prise en charge. Cependant, le problème de la confidentialité se pose car les photos sont souvent envoyées via des messageries non sécurisées.

Pour que les soins infirmiers soient réalisés dans de bonnes conditions, les soignants prennent en compte la douleur du patient, qu'elle soit chronique ou lors des soins locaux. Ils n'hésitent pas à mettre en place une prémédication, des paliers 3 si le patient le nécessite ou encore des anesthésiques locaux. Une infirmière a insisté sur la priorité que représente la douleur du patient et n'hésite pas à faire appel rapidement au médecin si la prise en charge est insuffisante. La préoccupation du professionnel de santé pour la douleur du patient est un élément qui renforce la relation de confiance et, à fortiori, l'alliance thérapeutique. (22)
Des douleurs non soulagées peuvent mettre en péril la réalisation des soins locaux et elles sont loin d'être rares, 36,6% des 2018 patients atteints d'ulcère chroniques de

jambe d'une étude publiée en 2008 déclarent souffrir de douleurs très fréquentes à permanentes. (23)

Pour faciliter l'observance, les professionnels de santé adaptent les soins locaux à l'environnement du patient mais également à son état général afin de ne pas être invasif sans projet de cicatrisation envisagé. La qualité de vie et l'autonomie du patient doivent être privilégiés autant que possible afin de conserver l'alliance thérapeutique essentielle à la réalisation des soins. « Le bien-être global du patient peut être considéré comme un objectif tout aussi important que la guérison de la plaie. ».(24)

Impliquer le patient en l'éduquant à sa pathologie, le suivre, mettre en place des soins infirmiers réguliers, adaptés, prendre en charge la douleur et s'aider de l'entourage du patient. Ses éléments sont fondamentaux, mais ils sont fortement dépendants de la relation soignant-soigné.

b. Le relationnel comme pierre angulaire d'une bonne observance

La relation de confiance entre les soignants et le patient est un point clé de l'observance thérapeutique, aucun professionnel de santé n'a omis ce point. Cette relation se construit sur le long terme et, dans le cadre de la pathologie ulcéreuse, est constituée d'un trio patient-médecin-infirmier. Pour que ce trio fonctionne, une bonne entente et une coopération médecin-infirmier sont également indispensables.
Une étude coréenne menée auprès de 150 patients valide ce lien entre la relation de confiance et l'observance. L'empathie du médecin, ou le partenariat patient-médecin avaient un lien plus fort avec l'observance que la relation de confiance, bien que les trois éléments soient étroitement liés.(25)
Les interventions éducatives des infirmiers afin de favoriser le port de la contention, la surélévation de la jambe et l'activité physique amélioraient l'observance si le patient avait développé une confiance en son infirmier dans cette seconde étude. De plus, le temps passé à écouter le patient et à s'occuper de sa plaie renforçaient la confiance, ceci n'a pas été évoqué dans notre travail. (22)

Un des objectifs finaux de cette relation soignant-soigné est de pouvoir construire une alliance thérapeutique donc un véritable partenariat pour réaliser des objectifs définis.(26) Pour l'obtenir, les professionnels entendent mettre le patient au centre de la prise en charge et le soutenir pour l'encourager dans ses efforts, ceci correspond à ce que nous trouvons dans la littérature.(11)

Par ailleurs, selon les professionnels interrogés, la relation patient-infirmier est une relation de confiance singulière et forte, à tel point que les patients demandent l'avis de leur infirmier avant de commencer certains traitements. La régularité des soins effectués et la place d'aidants qu'ils se sentent parfois obligés d'endosser, nourrissent cette relation au quotidien. Elle peut même en devenir toxique.

D'un côté plus personnel, pour être apte à créer une relation de confiance avec le patient, le soignant a besoin de garder une distance professionnelle. Elle est une « sécurité psychologique », c'est « prendre du recul pour mieux écouter et mieux accompagner ».(27)
Il faut donc savoir prendre du recul sur les situations complexes en gardant en tête l'obligation de moyen, de valoriser le positif pour encourager et de se remettre en question si nécessaire afin de prodiguer les meilleurs soins possibles. Hippocrate disait « Accompagner toujours, soulager souvent, guérir parfois ! ».
La résilience est de rigueur dans cette pathologie, d'autant plus qu'elle implique une multitude d'intervenants.

c. Un appui pluridisciplinaire pour soutenir l'observance

Les soins primaires sont le noyau de la prise en charge de la pathologie ulcéreuse et conditionnent la suite du canevas de ce parcours de soins pluridisciplinaire.

Pour soutenir l'observance des soins, médecins et infirmiers soulignent leur complémentarité qui permet de mettre leurs compétences individuelles au service du patient. Le médecin a un rôle de centralisation de la prise en charge afin de pouvoir solliciter les professionnels nécessaires, certains parlent même de « directeur des soins ». De son côté, l'infirmier est essentiel par l'expertise et la technique qu'il a dans les soins, notamment dans la connaissance des pansements. Le rôle du kinésithérapeute dans le drainage est également évoqué, il facilite la réalisation des soins locaux.

Le moment requis pour faire appel au spécialiste dépend des compétences et des limites de chacun. Les soignants formés en plaie auront tendance à retarder l'appel au spécialiste tout en fonctionnant avec leur réseau de professionnels avec qui ils sont en confiance.
Néanmoins, tous avouent solliciter, parfois occasionnellement, les spécialistes en plaies

(réseaux experts et services de médecine vasculaire des centres hospitaliers) et l'angiologue libéral. Une infirmière a évoqué le recours à l'HAD.
Les spécialistes en plaies sont contactés pour diverses raisons et notamment pour améliorer l'adhésion aux thérapeutiques, pour se rassurer en cas d'incertitude, par peur d'avoir des connaissances dépassées, pour avoir des prises en charge cadrées, en cas d'ulcère volumineux, bilatéral et d'évolution anormale. Les réseaux d'experts sont tout particulièrement contactés pour améliorer l'adhésion quand le patient ne peut ou ne veut pas se déplacer pour une consultation.
L'angiologue libéral est principalement sollicité pour réaliser le bilan artério-veineux en première intention. Il fait souvent parti du réseau professionnel du médecin généraliste et est à proximité du cabinet, ce qui facilite l'adhésion des patients. L'intégration du spécialiste dans la prise en charge peut être un moyen de sensibiliser le patient à l'importance de traiter son ulcère parallèlement au fait d'avoir une conduite à tenir sur les soins.

Dans le travail de thèse du Dr MANZANILLA sur le parcours de soins des patients porteurs d'ulcère vasculaire dans la région Languedoc-Roussillon, 76% des 50 médecins généralistes libéraux interrogés faisaient intervenir un spécialiste, 82% font appel à un médecin vasculaire libéral, 50% sollicitent un réseau de plaies et 40% sollicitent un service de médecine vasculaire pour le suivi.
Les deux raisons majoritairement évoquées pour faire appel au spécialiste étaient la persistance de l'ulcère malgré des soins adaptés et une aggravation de l'ulcère. La question de l'adhésion aux soins n'avait pas été proposée (méthode quantitative). Pour finir, nous ne savons pas si les médecins généralistes assurant le suivi seuls faisaient partie des 3% de professionnels de l'étude formés en plaie. (28)

A notre connaissance dans la littérature, il n'y pas d'étude mettant en rapport la prise en charge pluridisciplinaire avec l'observance des soins locaux.

d. Des facteurs de mauvaise observance à prendre en compte

i. L'influence du patient et de son environnement

Les facteurs sont nombreux et mettent en exergue la difficulté des professionnels de santé à prendre en charge cette pathologie.

Comme nous l'avions évoqué dans la partie « stratégies », le patient est en grande partie responsable de ses soins et acteur de sa prise en charge. En conséquence, tout ce qui pourrait altérer la compréhension, l'autonomie, la motivation et l'acceptabilité de la pathologie ulcéreuse va possiblement venir entraver l'observance des soins locaux.

Les professionnels ont insisté sur les facteurs socio-éducatifs et donc sur la capacité de compréhension de la pathologie ulcéreuse et de ses traitements. Le fait de mal connaitre sa pathologie et la manière de la traiter est effectivement décrit dans plusieurs études comme un facteur de mauvaise observance de la compression veineuse. (29,30)
Non évoqué dans notre étude mais il est également question dans la littérature d'une limitation financière de certains patients concernant l'achat de bandes multicouches non remboursées ou certains pansements onéreux. (29,31)

Dans notre étude, le terrain psychiatrique a été évoqué sans précision, dans la littérature, la dépression est un facteur de mauvaise observance des soins locaux qu'il faudra s'efforcer de dépister afin de limiter son impact sur l'observance. (30)

Les troubles cognitifs ont été également largement soulignés dans notre étude car ils entravent la compréhension des thérapeutiques voir entrainent de la résistance et même des comportements dangereux pour le patient lui-même. Il existerait un lien fort entre le MMSE, les troubles cognitifs et le manque d'observance. (32)

L'entourage du patient peut être à la fois un avantage pour les personnes dépendantes comme un obstacle à l'observance en cas de baisse de motivation, d'incompréhension de la pathologie du patient ou d'une mauvaise influence de sa part.
Le dernier point important cité a été le patient poly pathologique. La pathologie ulcéreuse est noyée au milieu d'autres pathologies souvent complexes et polymédiquées qui risque alors d'être négligée. Au sein d'une population ambulatoire âgée, l'observance thérapeutique serait inversement proportionnelle au nombre de thérapeutiques prises par le patient. (32)
A ces nombreux facteurs, qu'il convient d'identifier rapidement pour limiter le retentissement sur les thérapeutiques locales, s'ajoutent la part des professionnels de santé dans l'observance.

ii. L'influence des professionnels

Parallèlement, les professionnels se heurtent à des patients de plus en plus autonomes dans leurs décisions, traduisant parfois une baisse de confiance grandissante dans le corps médical. Ceci est souvent vrai lorsque le soignant est un remplaçant mais aussi parce que les patients font de plus en plus de recherches sur internet, conduisant à une surinformation régulièrement erronée.
De même, le manque de reconnaissance financier de certains actes, les efforts fournis pour faire accepter les soins et les situations d'impasse thérapeutique sont autant de vécus négatifs qui peuvent entacher la relation soignant-soigné et donc avoir un impact négatif sur l'observance des soins.

L'accès au médecin est un problème également évoqué par les soignants, il y a une baisse de la densité médicale rurale généraliste et spécialiste avec parfois des difficultés d'accès à certaines spécialités même en urbain. Ceci peut aboutir à des retards de prise en charge et reste un problème de santé publique actuel.

La relation médecin-infirmier, cité dans la première partie comme une force contre la mauvaise observance, peut également être une source de conflit. En effet il existe parfois une discordance entre l'autonomie souhaitée par les infirmiers dans l'initiation des soins locaux, la délégation d'actes médicaux et le rôle de directeur des soins que veulent conserver certains médecins. La place des infirmiers n'est pas toujours évidente et varie d'une équipe à l'autre.
Ce problème relationnel est probablement sous-tendu par le manque de connaissance relaté par une majorité de professionnels interrogés, en majorité chez les jeunes médecins. En effet, les disparités de compétences entre professionnels peuvent entrainer la délégation de certaines tâches à l'autre rendant les limites professionnelles floues
Dans le travail de thèse du Dr SPERLING de 2016, on retrouve cette situation ambivalente avec des infirmiers qui se retrouvent autonomes dans le suivi de la plaie et dans l'élaboration des protocoles de soins parce que les médecins les considèrent comme plus compétents et relatent un manque d'intérêt pour la discipline et un manque de temps. Tous les infirmiers ne sont pas favorables à cette autonomisation car il existe des tâches qui restent strictement médicales pour eux. Au contraire, certains médecins ne souhaitent pas une plus grande autonomie des infirmiers et sont impliqués dans les prises de décisions et le suivi. Nous ne savons pas s'il s'agit de médecins formés en plaie dans ce travail.(33)

Contrairement à notre étude, les médecins n'avaient pas évoqués un manque de compétence de certains infirmiers, peut-être parce qu'il ne s'agissait pas de professionnels formés dans la plaie comme dans notre travail.(33)

Le désir de formation dans la pathologie ulcéreuse est présent mais non prioritaire pour la plupart des soignants car la pathologie ulcéreuse est peu fréquente et les soignants déclarent avoir des avis assez facilement. Les modalités ne sont pas toujours adaptées (peu de pratique, récurrence, pas assez longues), ce qui est probablement une source de découragement. Le même sentiment d'insatisfaction de la formation des soignants se retrouve dans le travail de thèse précédemment cité. (33)

Outre l'influence du patient et des professionnels de santé dans l'observance, les spécificités de la pathologie ulcéreuse sont également à prendre en compte.

iii. La pathologie ulcéreuse

Il est important de s'intéresser à l'ulcère de jambe en lui-même pour comprendre certains facteurs entravant l'observance des soins locaux.

Presque la totalité des soignants de notre étude ont évoqué la longue durée des soins nécessaires à la cicatrisation d'un ulcère de jambe et la récurrence de cette pathologie. Cette problématique de longue durée peut mener à une incompréhension du patient qui souhaite guérir vite, à un découragement à bien observer les soins et potentiellement à une baisse de vigilance du soignant quant à l'évolution de la plaie. Tous les acteurs de la prise en charge doivent donc être alertés précocement de la longueur des soins et de la possibilité de récurrence de l'ulcère.

La diminution d'adhérence du patient peut également se comprendre par la contrainte régulière qu'impose les soins infirmiers et donc par la disponibilité nécessaire du patient, le confort minimum pour faire les soins et le matériel requis. Tout ceci peut retentir sérieusement sur l'autonomie et la qualité de vie du patient car il se voit retirer un certain nombre de libertés. Dans la littérature en effet, le problème des horaires de passage aléatoires des professionnels de santé retentit sur l'autonomie des patients et fait baisser l'observance de la contention veineuse. (31)

En ce qui concerne les caractéristiques propres des soins locaux, l'incompréhension des bénéfices, la gêne, le non remboursement de l'acte préventif et la complexité de pose étaient les problématiques principales de l'observance de la contention veineuse.

On retrouve sensiblement les mêmes raisons dans la littérature mais aussi d'autres arguments comme l'absence de recommandation par un médecin, l'inesthétique ou encore l'impossibilité de donner une raison spécifique à ce manque d'adhérence de la contention. (14)
La pose de bas ou de bandes de contention fait partie des actes de compétence infirmière non-inscrits à la nomenclature donc facturable à l'assuré mais non remboursé par l'Assurance Maladie sauf dans le cas d'un pansement lourd et complexe. (34)
Ces arguments peuvent entacher son port régulier qui est pourtant une thérapeutique essentielle de l'ulcère veineux et mixte à prédominance veineuse.

Un autre facteur primordial largement évoqué par les professionnels de santé est la douleur, qu'elle soit aigue lors des soins ou chronique. Elle est associée à l'inefficacité par les patients et limite la réalisation de certains soins, notamment la détersion, la pose de la contention et, hors soins locaux, la réalisation de la kinésithérapie. Dans la littérature, les soins les plus douloureux pour les patients sont les bandes de compression (50% des patients), bien plus que la détersion chimique ou l'application de pansements. La détersion mécanique n'a pas été étudiée. (35)
De nombreuses études montrent en effet que les douleurs font partie des facteurs de mauvaise observance de la compression veineuse. (29,31,36)
Parallèlement, le traitement de la douleur n'est pas toujours optimal puisque la prémédication est difficile à gérer en libéral à cause des horaires non fixes de passage des infirmiers mais également de la réticence fréquente des médecins à initier des antalgiques de palier 3 par manque d'habitude ou par peur d'effets indésirables chez certaines populations.
La gestion de la douleur fait partie des recommandations HAS, elle précise que l'antalgie par « voie générale doit logiquement suivre les paliers habituels.(37)
La crème EMLA a prouvé son efficacité pour soulager les douleurs de la détersion mécanique et peut donc être appliquée 30 à 45 minutes avant le soin.(38)

La réalisation des soins locaux peut également être entravé par les écoulements de la plaie, le manque de confort et de propreté au domicile du patient, et l'inadéquation du matériel de détersion, notamment l'impossibilité pour les infirmiers d'utiliser un scalpel pour la détersion. L'acte de détersion, sans préciser chimique ou mécanique, est effectivement inscrit dans la nomenclature des actes infirmiers, en revanche, ils ne peuvent prescrire les scalpels mais uniquement les curettes dans les sets de détersion. (34,39)

3) Perspectives

a. Un dossier médical commun pour une coordination optimale des soins

La prise en charge nécessairement pluridisciplinaire de l'ulcère de jambe implique de nombreux intervenants et donc donne lieu à de multiples informations. La mise en place d'un dossier médical qui serait complété par l'ensemble des professionnels permettrait de faciliter le suivi et probablement d'améliorer la compréhension de la prise en charge par le patient et son entourage. Un carnet complété par les intervenants présentiels et que le patient apporterait à chaque consultation pourrait être une solution et est déjà mis en place par certains professionnels, notamment pour les patients se déplaçant peu. Il a également été question du DMP (Dossier Médical Partagé) qui ne comporte pas de risque de perte, dont les données sont protégées et qui a l'avantage d'être consultable par le personnel hospitalier mais qui est malheureusement peu complété par les professionnels, sans doute par manque de temps et surtout peu connu des patients qui doivent initier son ouverture. Pourtant, le développement de l'utilisation du numérique en ferait un outil privilégié de nos jours. En juillet 2020, seulement 9,3 millions de patients avaient ouvert leur DMP en France.

b. Majorer l'autonomie des infirmiers libéraux qui le souhaitent

Tout au long de notre étude, les infirmiers ont fait part de leur souhait de pouvoir prescrire plus, dans le cadre de la plaie. Une infirmière souhaiterait même étendre cette possibilité de prescrire aux produit en rapport avec le ou les Diplômes Universitaires dont dispose chaque infirmier. Le programme politique actuel en santé va dans ce sens avec la création des infirmiers en pratique avancée qui seront aptes à adapter, renouveler et même prescrire des thérapeutiques, des examens et suivre certains patients atteints de pathologies chroniques stabilisées. Les artériopathies chroniques et le diabète de type 1 et 2 sont concernés notamment mais les plaies chroniques ne sont pas mentionnées. Les arguments avancés sont la diversification des professionnels paramédicaux ainsi que la lutte contre la désertification médicale.
Dans le travail de thèse du Docteur LALORETTE Anthony effectivement, plus de 85% des infirmiers libéraux interrogés déclarent souhaiter un droit de prescription plus important dans la plaie chronique.(40)

De manière ambivalente dans notre étude, certains infirmiers souhaitent que les protocoles de soins qui leur sont fournis par les médecins généralistes soient plus précis. Ils préfèrent donc avoir un cadre de travail avec des directives plus concrètes qui sont en opposition avec la majoration d'autonomie de prescription décrite initialement. Toujours dans le travail de thèse du Docteur LALORETTE, plus de 68% des infirmiers libéraux interrogés avouent avoir des difficultés et se sentir seuls dans la prise en charge des plaies chroniques.(40)

Cette problématique de responsabilisation des infirmiers étant très labile, il conviendrait sans doute d'autoriser la primo prescription à des professionnels infirmiers formés dans la plaie, au moins après un certain nombre d'heure de formation, au mieux après avoir validé le DU en Plaies et Cicatrisation, afin qu'ils se sentent en confiance. Cela permettrait sans doute une initiation et une adaptation de la prise en charge plus rapide et par les professionnels de terrain mais sans surseoir à l'avis médical évidemment.

c. Une meilleure formation des futurs médecins généralistes et des journées de prévention pour les patients

La formation prodiguée au cours des études médicales dans la plaie a été décrite comme insuffisante et pas assez pratique. Ce manque de connaissance peut aboutir, comme nous l'avons vu dans notre étude, à un désintéressement et à une tendance à déléguer certaines tâches médicales au paramédical.

Durant l'internat de Médecine Générale à la faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes, plusieurs heures d'enseignement sont dédiées à la Plaie avec des cours théoriques et des formations pratiques à la prise des IPS, la détersion et l'approche des différents pansements.

La Médecine Générale fait partie des soins primaires et donc nécessite une formation diversifiée dans nombre de matières. La formation médicale continue permet régulièrement de se remettre à jour sur certains sujets mais il est difficile de maitriser entièrement tous les domaines. C'est à ce moment que la Médecine Générale a ses limites et qu'il est nécessaire de passer la main à un spécialiste.

Au niveau national, il est toujours question d'un allongement de l'internat de Médecine Générale à 4ans au lieu de 3ans mais la problématique du nombre suffisant de terrain

de stage disponible se pose toujours. De plus, la plupart des syndicats et internes en formation n'y sont pas forcément favorables.

Parallèlement, il est possible de réaliser un Diplôme Universitaire en Plaies et Cicatrisations ouvert aux médecins et infirmiers d'une durée de 1an à la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes. Il permet d'acquérir des connaissances sur les différentes plaies chroniques afin de pouvoir élaborer un plan de prise en charge et un parcours de soins adapté à chaque situation. Il est dirigé par le Professeur DEREURE.

La pandémie à la COVID-19 a malheureusement beaucoup affecté les formations en présentiel et donc la formation pratique nécessaire à cette discipline.

Une infirmière a également évoqué la formation des patients via des journées de prévention afin de les sensibiliser à la pathologie ulcéreuse. A ce jour, nous ne connaissons pas de campagne de santé publique traitant de cette discipline. Les Journées Cicatrisations sont organisées annuellement mais accueillent uniquement les professionnels de santé.

Conclusion

Les stratégies pour pallier la mauvaise observance des soins locaux concernant la prise en charge des ulcères de jambe sont nombreuses et font appel aux professionnels de santé mais également au patient lui-même. L'éducation du patient à sa pathologie est essentielle pour qu'il puisse s'impliquer dans ses soins sur le long terme, elle nécessite du temps et de la patience pour que le patient acquière les connaissances minimales. L'organisation rigoureuse du suivi médical, la mise en place de soins infirmiers réguliers, la prise en charge efficace de la douleur et le soutien de l'entourage sont également mis en exergue par les professionnels comme stratégies améliorant l'observance. L'adaptation des soins à l'environnement du patient et à son état général sont des clés supplémentaires qui, en privilégiant la qualité de vie du patient, facilitent son adhésion aux soins. Pour lier toutes ses pratiques, les soignants ont largement insisté sur la relation patient-soignant qui permet, via la relation de confiance et l'empathie, de créer une véritable alliance thérapeutique.
La pluridisciplinarité de la pathologie ulcéreuse impose également une complémentarité entre les différents intervenants et une communication permettant un parcours de soins adéquat afin de ne pas retarder la prise en charge.

Cependant, de nombreux facteurs entravant cette observance ont été soulignés par les professionnels. Il s'agit principalement des éléments pouvant entraver la compréhension du patient tels que les facteurs socio-éducatifs ou encore les troubles cognitifs qui mettent également en péril l'autonomie. Le patient peut également avoir des difficultés à accepter sa pathologie ulcéreuse, cela peut se comprendre par la longue durée des soins qu'elle demande, les contraintes quotidiennes imposées au patient qui mettent en péril sa qualité de vie à cause de la fréquence des soins et de la gêne qu'ils occasionnent. Il serait intéressant, à travers un autre travail de thèse, de connaître le vécu des patients atteints d'ulcère de jambe afin de compléter notre travail et de trouver des solutions supplémentaires à leur inconfort.

Avoir les connaissances et l'expérience nécessaires à la maitrise de cette discipline est un atout supplémentaire, il serait intéressant de renforcer la formation en plaies dès l'internat et d'accentuer la pratique pour être au plus près du terrain. Cette formation concernerait à la fois les médecins et les infirmiers et permettrait sans doute de

rééquilibrer les responsabilités qui peuvent être difficiles à gérer sur le plan personnel et professionnel.

Ecouter, éduquer, organiser, soutenir, adapter et se former semblent être les clés pour améliorer l'observance des soins locaux dans la prise en charge des ulcères de jambe.

Bibliographie

1. Assurance Maladie. Aide à la prescription du pansement primaire pour plaie chronique, Assurance Maladie.pdf. 2016.

2. Enseignants de médecine et de chirurgie vasculaire. Collège des enseignants de médecine vasculaire et de chirurgie vasculaire.pdf. 2010.

3. Lazareth I. - 2016 - Ulcères de jambe. EMC - Traité de Médecine Akos.pdf.

4. Assurance Maladie, validé par la SFFPC. Plaies chroniques, prise en charge en ville [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5122/document/plaies-chroniques-prise-en-charge_assurance-maladie.pdf

5. Assurance Maladie, CNAMTS. Rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie 2013.pdf. 2013.

6. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 14 juill 2016;37(27):2129- 200.

7. Assurance Maladie. Améliorer la prise en charge des plaies chroniques. 2015.

8. Cole-King A, Harding KG. Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. Psychosom Med. avr 2001;63(2):216- 20.

9. CICAT Occitanie. Projet d'expérimentation DOMOPLAIES - Article 51 LFSS 2018. 2018.

10. Téot L, Geri C, Lano J, Cabrol M, Linet C, Mercier G. Complex Wound Healing Outcomes for Outpatients Receiving Care via Telemedicine, Home Health, or Wound Clinic: A Randomized Controlled Trial. Int J Low Extrem Wounds. juin 2020;19(2):197- 204.

11. Lars O, Terrence B. Adherence to Medication. N Engl J Med. 2005;11.

12. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.

13. Mayberry JC, Moneta GL, Taylor LM, Porter JM. Fifteen-year results of ambulatory compression therapy for chronic venous ulcers. Surgery. mai 1991;109(5):575- 81.

14. Raju S, Hollis K, Neglen P. Use of Compression Stockings in Chronic Venous Disease: Patient Compliance and Efficacy. Ann Vasc Surg. nov 2007;21(6):790- 5.

15. Hinojosa CA, Olivares-Cruz S, Laparra-Escareno H, Sanchez-Castro S, Tamayo-Garcia B, Anaya-Ayala JE. Impact of optimal anticoagulation therapy on chronic venous ulcer healing in thrombophilic patients with post-thrombotic syndrome. J Wound Care. 2 déc 2016;25(12):756- 9.

16. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

17. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Malakoff: Armand Colin; 2019.

18. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de L'Assurance Maladie pour 2019 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf

19. Edwards LM, Moffatt CJ, Franks PJ. An exploration of patients' understanding of leg ulceration. J Wound Care. janv 2002;11(1):35- 9.

20. Van Hecke A, Grypdonck M, Beele H, Vanderwee K, Defloor T. Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention: Adherence to leg ulcer lifestyle advice. J Clin Nurs. févr 2011;20(3- 4):429- 43.

21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé 2022 : point d'étape des mesures d'accès aux soins - Dossier de presse [Internet]. 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf

22. Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Beele H, Defloor T. Processes underlying adherence to leg ulcer treatment: A qualitative field study. Int J Nurs Stud. févr 2011;48(2):145- 55.

23. Price PE, Fagervik-Morton H, Mudge EJ, Beele H, Ruiz JC, Nystrøm TH, et al. Dressing-related pain in patients with chronic wounds: an international patient perspective. Int Wound J. mai 2008;5(2):159- 71.

24. Consensus international. « Optimiser le bien-être des personnes vivant avec une plaie », présentation réalisée par un groupe d'experts, Londres, Wounds International, 2012. 2012;15.

25. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. Eval Health Prof. sept 2004;27(3):237- 51.

26. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspect Psy. 2010;49(4):317- 26.

27. Maurice LIEGEOIS. Distance thérapeutique - Maurice LIEGEOIS - Serpsy [Internet]. Disponible sur: http://ancien.serpsy.org/detour/distance.html

28. MANZANILLA Adriel Emmanuel. Analyse du parcours de soins des patients porteurs d'ulcères des membres inférieurs d'origine vasculaire en médecine générale dans la région du Languedoc-Roussillon. UNIVERSITE DE MONTPELLIER FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES; 2017.

29. Moffatt C, Kommala D, Dourdin N, Choe Y. Venous leg ulcers: patient concordance with compression therapy and its impact on healing and prevention of recurrence. Int Wound J. oct 2009;6(5):386-93.

30. Finlayson K, Edwards H, Courtney M. The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. J Clin Nurs. mai 2010;19(9-10):1289-97.

31. Le Gloannec H. , Boye T. , Placidi E. Causes de non observance de la compression médicale dans le traitement des ulcères veineux. (70, 2):38-48.

32. Dr Sophie LACAILLE / Pr Sylvie LEGRAIN. OBSERVANCE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX CHEZ LES SUJETS AGES [Internet]. 2007; Service de Gériatrie Hôpital Bichat – 75018 PARIS. Disponible sur: http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee1therapeutique/observancelacaillelegrain2007.pdf

33. Edith Agnes SPERLING. Etude de la relation entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans l'Oise pour la prise en charge des plaies chroniques [THESE D'ETAT DE DOCTORAT EN MEDECINE SPECIALITE MEDECINE GENERALE]. UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS; 2016.

34. L'Assurance Maladie. MÉMO INFIRMIER - Facturation des actes infirmiers [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Memo_Infirmiers_Facturation_actes_infirmiers_janvier_2016.pdf

35. Briggs M, Closs SJ. Patients' perceptions of the impact of treatments and products on their experience of leg ulcer pain. J Wound Care. sept 2006;15(8):333-7.

36. Edwards LM. Why patients do not comply with compression bandaging. Br J Nurs. juin 2003;12(Sup2):S5-16.

37. Service des recommandations professionnelles, Service évaluation économique et santé publique. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE - Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement- Validé par la HAS [Internet]. 2006 [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/argumentaire_final_pdf.pdf

38. Briggs M, Nelson EA, Martyn-St James M. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. Cochrane Wounds Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 14 nov 2012 ; Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001177.pub3

39. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire - JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3881/document/arrete-20-mars-2012-dispositifs-medicaux-infirmiers_journal-officiel.pdf

40. Lalorette A. Les difficultés de prise en charge ambulatoire des plaies chroniques en Lot-et-Garonne: état des lieux en 2017. 2018;123.

Annexes

1) Guide d'entretien

Bonjour, je suis Julie CHEVET, médecin généraliste remplaçant.
Tout d'abord, je souhaiterai vous remercier d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions.
Dans le cadre de ma thèse, je réalise des entretiens avec des Médecins Généralistes et des IDE de l'Hérault afin de mieux comprendre les stratégies mises en place pour tenter de diminuer la mauvaise observance des soins locaux lors de la prise en charge d'ulcères de jambe. La compliance aux thérapeutiques est un facteur cicatriciel essentiel.
(Je vous donne simplement quelques chiffres : en France en 2011, environ 115 000 patients étaient pris en charge à domicile pour des ulcères veineux ou mixtes, avec une moyenne d'âge de 71ans et une prédominance féminine)
L'entretien est d'une durée variable (environ 30min) et est, si vous l'acceptez, enregistré à l'aide d'un dictaphone. Il est et restera totalement anonyme, je ne mentionnerai votre nom à aucun moment et vous pouvez à tout moment l'interrompre si vous le souhaitez.
Acceptez-vous d'être enregistré ?
Durant cet entretien, je vous demanderai d'être le plus naturel possible et de laisser libre cours à vos pensées. N'ayez pas peur de vous exprimer, il est primordial de laisser de côté les à priori.

Guide d'entretien :
DATE :
1/ Selon vous, quels sont les éléments qui entrent en jeu dans l'observance thérapeutique d'une manière générale ?
Questions de relance :
-Rôles du Médecin Généraliste ? De l'IDE ?
-Place du patient et de ses antécédents ? De l'entourage ?
2/Pouvez-vous parler de situations où vous avez dû prendre en charge un ou des patient(s) présentant un ou des ulcère(s) de jambe ?
Questions de relance :
-Si vous n'avez pas de situation en tête, comment pensez-vous procéder devant un ulcère de jambe si la situation se présente ?
-Y a-t 'il une raison pour que vous ne voyiez jamais d'ulcère de jambe ?

-Avec quelles thérapeutiques ?

-A quel moment de votre exercice ?

-Profil du patient ?

3/Décrivez une situation dans laquelle vous avez rencontré un ou plusieurs obstacles à l'observance des soins au cours de la prise en charge d'ulcères de jambe.

Questions de relance :

-Si vous n'avez pas rencontré d'obstacle à l'observance des soins, expliquez pourquoi.

-Détaillez les obstacles.

-Rôle du patient ?

-Rôle de l'équipe soignante ?

-Rôle des thérapeutiques ?

4/Comment avez-vous poursuivi votre prise en charge dans ces situations ?

Questions de relance :

-Modification des thérapeutiques ?

-Changements dans la relation soignant-patient ?

-Recours à d'autres professionnels (réseau de soins) ?

-Entourage ?

5/ Qu'avez-vous ressenti dans ces situations d'obstacle thérapeutique ?

Questions de relance :

-Demander de bien expliquer les termes utilisés

6/ Face à ces expériences, qu'avez-vous changé dans votre approche des ulcères de jambe ?

Questions de relance :

- *Si pas de changement, expliquer pourquoi*

-Formation ?

-Education thérapeutique ?

-Adaptation au profil de certains patients ?

-Autres professionnels (réseaux de soins) ?

Questionnaire descriptif

Quelle profession exercez-vous ?

Depuis combien d'années exercez-vous ?

Où exercez-vous ? (urbain, péri-urbain, rural)

Comment exercez-vous ? (seul, association, maison de santé pluridisciplinaire)

Avez-vous fait des formations complémentaires, des diplômes universitaires ?
Lesquels ?
Quelle est votre année de naissance ?

Fin de l'entretien

Avez-vous des questions ? Que pensez-vous de l'entretien ?
Acceptez-vous d'être recontacté par la suite pour avoir un aperçu des autres entretiens ?
Désirez-vous recevoir ma thèse une fois achevée ?
MAIL :

2) Grille d'analyse thématique

Stratégies mises en place par les professionnels (entretien N°5)

RUBRIQUE	THEME	SOUS-THEMES	VERBATIMS
Transmettre l'information	Education du patient	Prendre le temps	2
		Relayée par les IDE	3
Modalités pratiques	Suivi	Régulièrement par les IDE	12
		Infirmières sont les yeux du médecin	51
Rôle de l'entourage	Entourage	Important quand pas autonome	7, 15
		Moyen d'alerte	13
		Stimule pour les soins et consultations	28
Répartition des rôles	Technique pour IDE	Connaissances en matière de pansement	42
Réseaux de soins	Motivations à faire appel	Pour améliorer l'observance	30, 31, 33, 34
		Patients se sentent mieux suivis	32
		Pas besoin de se déplacer	35
		IDE ont l'habitude	36
Angiologue	Accès	Facile car à proximité	37, 44, 46
		Moins stressant que d'appeler hopital	39
		Patient moins réticent si à proximité	45
	Motivation appel	Bilan retard cicatrisation	38
Relationnel	Relation de confiance patient soignants	Entre patient et équipe soignante	1, 4, 6
		IDE interlocuteur privilégié	17
	Relation médecin IDE	Bonne	16

		Complémentarité	43, 49
Ressenti des soignants	Obligation de moyens	Donne son maximum même si affectée	47

Facteurs à prendre en compte (entretien N°5)

RUBRIQUE	THEME	SOUS-THEMES	VERBATIMS
Facteurs pathologie	Terrain	Patients fragiles, diabétiques	9
	Contention, compression	Mauvaise tolérance	25
		Pas de port en préventif	26
Accès aux soins	Spécialistes	Dépend du lieu d'exercice	40
		Bon réseau de spécialistes grande ville	50
Connaissances	Manque de compétences		41
	Manque d'envie de se former	Pathologie peu fréquente	53
		Aides faciles par IDE, réseaux	54, 55
Facteurs patient	Degré d'implication	Patient actif dans sa PEC	5
			21
			52
	Prévention	Pas respectée	27, 29
	Envie de consulter ambivalente	Négligence	10
		Douleurs, altération qualité de vie	14
		Prise de conscience quand plaie	11
		Ne consulte que si plaie	18
Rôle de l'entourage	Obstacle aux soins	Epuisement	8

		Dépendante entourage pour consultations	19
		Manque d'effort des aidants	48
Rôle de l'environnement	Confort	Meilleur au cabinet médical	20
		Pb propreté et confort au domicile	22
	Matériel	Charge à amener au domicile des patients	24
		Pudeur patients au domicile	23

3) Verbatims : cf CD-rom en quatrième de couverture

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé/Abstract

But de l'étude : L'objectif principal de cette étude est de comprendre comment les médecins généralistes et infirmiers libéraux arrivent à améliorer l'adhésion aux soins locaux des patients porteurs d'ulcère de jambe. Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les facteurs à prendre en compte pour limiter cette mauvaise observance et de proposer des pistes d'améliorations.

Méthodes : Etude qualitative avec recueil des données par des entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes et d'infirmiers libéraux de l'Hérault, analyse thématique des verbatims jusqu'à saturation des données.

Résultats : L'éducation régulière du patient, l'implication de l'entourage, un suivi bien cadré avec mise en place de soins infirmiers adaptés et la prise en charge de la douleur apparaissent comme des stratégies importantes. La pluridisciplinarité de la pathologie ulcéreuse implique également les spécialistes qui peuvent venir renforcer l'adhésion aux soins. La relation de confiance patient-soignant est le ciment de cette alliance thérapeutique mais sous-entend également la nécessité d'une complémentarité médecin-infirmier.

La contrainte et la longueur des soins sont parfois difficiles à accepter pour le patient qui, dans certaines situations, n'a pas les capacités pour les comprendre. Le manque de connaissance dans la discipline entraine parfois un transfert de responsabilités du médecin à l'infirmier et nécessiterait une meilleure formation et une reconsidération de la prescription infirmière.

Conclusion : Les stratégies visant à lutter contre la mauvaise observance des soins locaux sont nombreuses et impliquent le patient à chaque étape. Il est donc primordial de renforcer l'éducation de chaque patient et la relation de confiance afin de favoriser l'alliance thérapeutique.

Mots clés : ulcères de jambe, pansements, contention veineuse, observance, médecine de ville