

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Eugénie DE LA CRUZ épouse CHEMARTIN

Le 24 Mai 2022

**Ressenti et difficultés des infirmiers hospitaliers et libéraux concernant la prise en charge des plaies
chroniques dans le Tarn-et-Garonne**

Directeur de thèse : Dr Nathalie BOUSSIER

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Président

Monsieur le Professeur Pierre BOYER

Assesseur

Madame le Docteur Julie MALLOIZEL-DELAUNAY

Assesseur

Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER

Assesseur



FACULTE DE SANTÉ
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	<u>M. VINEL Jean-Pierre</u>	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAILLARD Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire associé	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAULT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurant (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Cane (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYDUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Etie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Mutiel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés	
M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André	
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire		
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique		
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique		
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence		
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie		
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie		
M. CAVAIGNAC Elenne	Chirurgie orthopédique et traumatologie		
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique		
M. COGNARD Christophe	Radiologie		
Mme CORRE Jill	Hématologie		
Mme DALENC Florence	Cancérologie		
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie		Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUAUD Sandra
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie		
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie		
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie		
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie médicale		
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie		
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique		
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie		
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie		
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail		
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire		
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie		
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique		
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique		
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction		
M. LOPEZ Raphael	Anatomie		
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire		
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales		
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie		
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie		
M. MEYER Nicolas	Dermatologie		
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire		
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie		
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive		
M. PUGNET Grégory	Médecine Interne		
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique		
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie		
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie		
Mme SAVAGNER Frédéricque	Biochimie et biologie moléculaire		
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale		
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation		
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie		
M. TACK Ivan	Physiologie		
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie		
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie		
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie		
 P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve			

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biochimie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biochimie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dev. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biochimie et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biochimie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biochimie	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biochimie et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emilie

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Lelia
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Martelle

Remerciements aux membres du jury

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT, présidente du jury,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez ce travail et de votre investissement dans notre formation au sein du DUMG. Veuillez trouver travers ces mots l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre BOYER

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu lui porter. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Julie MALLOIZEL-DELAUNAY

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de l'intérêt que vous avez bien voulu lui porter. Je vous remercie également de votre accueil au sein du Diplôme Universitaire d'Ulcères vasculaires avec votre accueil chaleureux et vos précieux conseils. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER, directrice de thèse,

Merci d'avoir accepté de diriger et de m'accompagner dans ce travail. Merci pour ta bienveillance et ta gentillesse tout au long de ces années, en tant que tutrice et maître de stage.

Remerciements personnels

Au Cabinet Bellevue à Montauban et à mes secrétaires préférées, merci de m'avoir si bien intégrée dans votre équipe et de m'accompagner tous les jours dans ce passionnant exercice de la médecine générale.

A la team des Glins-Glins, Marie, Malice, Jojo, Nono, Vivi (les mecs, je ne vous oublie pas), je suis tellement fière de pouvoir compter sur vous depuis toutes ces années et de tout ce chemin accompli à vos côtés.

A la team Babygirl, merci pour ces moments de rire et de joie partagés avec vous malgré la distance. Ne changez rien !

A ma belle-famille, merci de m'avoir si bien accueillie au sein de votre famille, merci pour votre présence et vos encouragements.

A Romain, Fabien, Marie et Emma, vous êtes les meilleurs. Merci pour ces supers moments passés, avec ces fous rires et ces jeux de société jusque tard dans la nuit. Emma, je suis fière d'être ta marraine.

A mon père, ma grand-mère et ma famille, sans qui je ne serais pas arrivée si loin, merci pour votre soutien, votre confiance tout au long de ce long parcours. Merci pour tout.

A ma mère, j'espère que, -haut, tu es fière de moi. Tu me manques.

A Clémence, merci d'avoir toujours été merci pour ton soutien sans faille, pour tous tes précieux conseils. Je n'ai pas seulement trouvé une amie, j'ai trouvé une sœur.

A Bastien, mon mari, merci de m'avoir soutenue depuis plus de 12 ans, tu es mon pilier et merci de m'avoir fait le plus beau cadeau qui existe, notre fils.

A Hugo, mon fils, tu as illuminé notre vie avec ton espièglerie et tes sourires. Il me tarde de te voir grandir !

Table des matières

Table des illustrations.....	9
Abréviations	10
Introduction	11
Objectifs de l'étude.....	13
Matériel et méthode.....	14
Type d'étude.....	14
Critères de jugement.....	14
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
Déroulement de l'étude	15
Analyse statistique des données	16
Résultats	17
Caractéristiques des deux populations.....	18
La collaboration entre le médecin référent et l'infirmier	23
La prise en charge ambulatoire des plaies chroniques	25
Discussion.....	30
Résultats	30
Forces	33
Limites.....	34
Perspectives	36
Conclusion.....	40
Références bibliographiques.....	41
Annexes	45
Annexe 1 : Questionnaire IDE hospitaliers	45
Annexe 2 : Questionnaire IDE libéraux	51
Annexe 3 : Le courriel de partic étude	57

Table des illustrations

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude	17
Tableau 1 : Caractéristiques de la population 1	18
Tableau 2 : Caractéristiques de la population 2.....	19
Tableau 3 : Type de formation dans les deux populations	20
Tableau 4 : Ressenti quant à la formation	21
Tableau 5 : Types de plaie.....	21
Tableau 6 : Moyens de communication.....	23
Tableau 7 : Fréquence de contact avec le médecin référent lors de la découverte d'une plaie et la rapidité de sa disponibilité pour la prise en charge.....	24
Tableau 8 : Satisfaction de la communication avec le médecin référent.....	25
Tableau 9 : Outils de surveillance des plaies.....	25
Tableau 10 : Satisfaction concernant la qualité des prescriptions relatives aux soins et aux pansements	26
Tableau 11 : Fréquence de modification du type de pansement par l'IDE	26
Tableau 12 : Fréquence des prescriptions hors soins de plaie	27
Tableau 13 : Fréquence des difficultés ressenties et du sentiment d'isolement pendant la prise en charge.....	27
Tableau 14: Propositions d'amélioration de la prise en charge des plaies chroniques	28

Abréviations

ARS : agence régionale de santé

CDOI : conseil départemental de l'ordre des infirmiers

CHU : centre hospitalier universitaire

DPC : développement professionnel continu

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : diplôme universitaire

EWMA : european wound management association

HAS : haute autorité de santé

IDE : infirmier diplômé d'état

IDEH : infirmier diplômé d'état hospitalier

IDEL : infirmier diplômé d'état libéral

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

MG : médecin généraliste

MMS : multimedia messaging service

MT : médecin traitant

SFFPC : société française et francophone des plaies et cicatrisation

SMS : short message service

SSR : soins de suite et de réadaptation.

Introduction

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), une plaie chronique est définie comme une plaie dont le délai de cicatrisation est allongé, c'est-à-dire quatre à six semaines d'évolution, selon l'étiologie. Ces plaies regroupent essentiellement les ulcères de jambe (d'origine artérielle, veineuse, mixte ou l'angiodermite nécrotique), les escarres (ou ulcères de pression), les plaies du pied diabétique et les moignons d'amputation (1). Ces plaies deviennent chroniques en raison d'étiologies variées, qu'elles soient locales ou générales, parfois iatrogènes (2-4).

Elles représentent un véritable problème de santé publique, avec un coût certain pour la société française, hauteur de 965 millions d'euros en 2011, dont 44% relèvent des soins infirmiers. Le coût restant est réparti entre les pansements, les hospitalisations, les consultations médicales et les techniques adjuvantes (antibiothérapies, antalgies, décharges, etc.) (5,6).

Du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques ainsi que de l'obésité, les médecins et les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) seront de plus en plus confrontés à cette problématique (7,8). La prise en charge doit être globale et optimale pour garantir une qualité de vie correcte aux patients.

Ces dernières années, les innovations technologiques associées à une meilleure compréhension de la physiopathologie de ces plaies complexes ont permis une optimisation de leur prise en charge. La notion de maintien du milieu humide découverte par Winter chez l'animal a été le précurseur des pansements modernes chez l'homme, permettant une cicatrisation optimale en milieu humide associée à un contrôle de l'exsudat (9,10). Suite à une étude anthropologique internationale dans les années 2010, les différentes zones de la plaie ont été redéfinies, regroupant le lit de la plaie, les berges et le nouveau concept de peau péri-lésionnelle (qui s'étend quatre centimètres autour des berges de la plaie) (11). Cette nouvelle analyse a permis d'optimiser l'évaluation et la surveillance de ces plaies, notamment avec la méthode du triangle d'évaluation (12,13).

Malgré tout, cette prise en charge reste onéreuse du fait de la chronicité de ces plaies : les soins sont coûteux en moyens humains, financiers et en durée de prise en charge (5). De plus, la qualité de vie des patients est fortement impactée via la diminution de leur autonomie, de leur liberté (perte de mobilité du fait des dispositifs et contraintes horaires pour les soins), en modifiant leur mode de vie (adaptation des vêtements et des chaussures,

du lieu de vie pour bénéficier des soins dans les meilleures conditions possibles). L'image que le patient a de lui-même est également impactée, surtout en cas de plaie visible, entraînant un véritable isolement social. L'ensemble de ces facteurs peut être source de retard de cicatrisation (14–17).

Pour les soignants, ces plaies sont aussi source de difficultés. La multitude des références de pansements ainsi que la multiplicité des prescriptions rendent le choix du traitement local complexe (1). L'évolution étant longue, cela peut être source de découragement, notamment pour les IDE, qui suivent quasi quotidiennement ces patients. La gestion de l'environnement du soin peut s'avérer délicate s'il n'est pas adapté (propreté, présence de la famille, accès à l'eau courant, etc.). La compliance et l'observance du patient ainsi que de ses proches ne sont parfois pas acquises. Toutes ces difficultés sont majorées par le sentiment que les médecins manquent d'intérêt pour les plaies chroniques, principalement par manque de formation en plaies et cicatrisation (18,19).

Une partie de ces obstacles pourrait être levée via une meilleure coordination des soins, entre les IDE et les médecins. Les IDE représentent les soignants les plus aptes à conseiller le médecin sur le choix du traitement local, à effectuer le suivi et à alerter en cas de dégradation de la plaie.

Objectifs de l'étude

Pour pouvoir proposer des solutions, il nous est apparu qu'un état des lieux devait être établi pour identifier les difficultés rencontrées par les IDE. Le but de ce travail est donc d'établir cet état des lieux, en interrogeant les IDE libéraux et en structures hospitalières sur leurs difficultés ressenties lors de la prise des plaies chroniques (notamment la collaboration médecin/IDE) et sur leurs besoins de formation.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les difficultés ressenties par les IDE sur la prise en charge des plaies chroniques.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- L'analyse de la collaboration et de ses limites entre le médecin référent du patient (le médecin traitant pour les IDE libéraux et le médecin responsable du patient dans le service pour les IDE hospitaliers) et les IDE.
- L'identification des besoins en formation « plaies et cicatrisation ».
- L'élaboration d'une stratégie d'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire.

Matériel et méthode

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, rétrospective, reposant sur une enquête déclarative non rémunérée et anonyme, via deux questionnaires en ligne, auprès d'un échantillon d'IDE du Tarn-et-Garonne (Occitanie, France).

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était représenté par les réponses analysées à des questionnaires standardisés envoyés aux IDE libéraux et hospitaliers.

Deux questionnaires ont été élaborés :

- Un questionnaire pour les IDE hospitaliers (IDEH).
- Un questionnaire pour les IDE libéraux (IDEL).

Trois parties les composaient, réparties en vingt questions pour le questionnaire des IDEH et en vingt-quatre questions pour le questionnaire des IDEL.

- Première partie : le profil du répondant.

Le but était d'évaluer le sexe, l'âge, l'ancienneté et le type d'exercice du répondant. Nous avons également évalué sa formation en plaies et cicatrisation ainsi que le type de plaie auxquelles il est confronté.

- Deuxième partie : la collaboration médecin/IDE.

Nous avons évalué les moyens de communication entre les intervenants ainsi que leur satisfaction dans cette relation médecin/IDE.

- Troisième partie : la prise en charge des plaies chroniques.

Le but était d'évaluer cette prise en charge en prenant en compte les outils de surveillance, les mesures complémentaires et les protocoles mis en place.

Une question a également été posée pour cibler les besoins des IDE en matière de plaie et cicatrisation, notamment concernant la formation et la prise en charge par des équipes pluridisciplinaires.

La dernière question, non obligatoire, permettait aux répondants de transmettre leur adresse mail pour obtenir les résultats de cette étude.

Les questionnaires ont été validés par le Dr N. Boussier et par une infirmière libérale, Mme S. Claracq. Nous n'avons pas intégré de questions techniques pour rendre les questionnaires lisibles et en favoriser les réponses.

Les critères de jugement secondaires étaient représentés par :

- La description de la collaboration entre le médecin référent du patient et les IDE ainsi que le taux de satisfaction de cette collaboration.
- La description des besoins en formation plaies et cicatrisation des IDE.
- La description des stratégies d'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients proposées par les IDE.

Critères d'inclusion et d'exclusion

La population cible de cette étude était les IDE exerçant dans le Tarn-et-Garonne en libéral ou en structure hospitalière, au moment de l'envoi du questionnaire. Ces derniers devaient être inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre Infirmier du Tarn-et-Garonne (CDOI 82) et être en exercice.

Il n'existait pas de critères d'exclusion dans notre population.

Déroulement de l'étude

Les questionnaires ont été transmis par l'assistante administrative et juridique du CDOI 82, le 29 Octobre 2020, à tous les IDE inscrits au CDOI 82, via un courriel. Ce dernier expliquait le sujet de cette thèse et son intérêt. Il invitait les IDE à répondre aux questionnaires, bien différenciés pour les IDE libéraux et hospitaliers, en cliquant sur un lien. Les questionnaires ont été élaborés grâce au logiciel GoogleForm®.

Le 8 Décembre 2020, un deuxième mail de relance a été envoyé et le recueil de données a été clôturé le 29 décembre 2020, soit deux mois après le premier envoi.

Analyse statistique des données

L'analyse des données anonymisées était réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel[®] (version 2111 Office 2019 pour Windows[®] Vermont USA) et du site BiostaTGV[®] de l'INSERM (20). Toutes les variables de l'étude étaient analysées de façon individuelle avec vérification du nombre de données manquantes et de valeurs aberrantes.

Afin de comparer les variables qualitatives entre les deux populations, un test du Chi 2 a été réalisé. Quand ce dernier n'était pas applicable en raison d'effectifs théoriques inférieurs 5, un test exact de Fisher a pu être réalisé. Or, certaines réponses étant réparties en quatre catégories « jamais, rarement, souvent, toujours » ou « pas du tout, peu, plutôt, très satisfait » nous avons redistribué les réponses en deux catégories « fréquent, peu fréquent » et « peu, plutôt satisfait » afin de pouvoir appliquer les tests statistiques sans recours à un statisticien.

Le seuil alpha de signification retenu pour les tests était fixé à 5%.

Résultats

Dans cette étude, 46 questionnaires IDEH et 94 questionnaires IDEL nous ont été envoyés complétés. Dix questionnaires ont été exclus pour cause de doublon. Au total, 130 réponses ont été analysées (43 pour les IDEH et 87 pour les IDEL).

La figure 1 représente le diagramme de flux de l'étude.

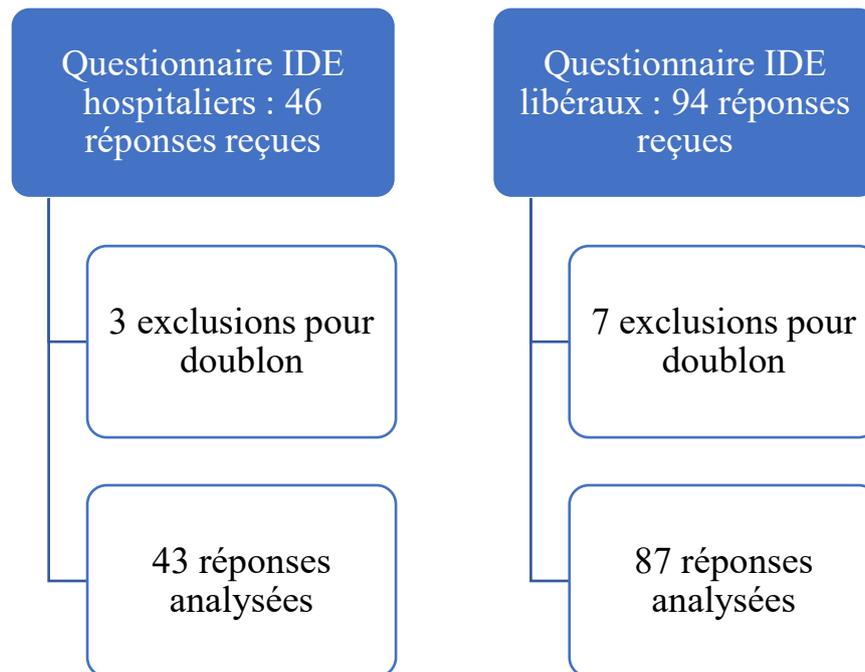


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

Caractéristiques des deux populations

Le tableau 1 expose les caractéristiques des IDEH que nous nommerons « Population 1 ».

	Effectif	%
Sexe		
- Homme	1	2,3%
- Femme	42	97,7%
Âge en années		
	43	22-60 ans
		Moyenne 37,8 ans [27,2-48,4]
Nombre d'années d'expérience en milieu hospitalier		
	43	1-35 ans
		Moyenne 11 ans [1,5-20,5]
Service d'exercice		
- Réanimation	5	11,6%
- Soins intensifs	5	11,6%
- Chirurgie	3	7,0%
- Médecine	11	25,6%
- Soins palliatifs	2	4,7%
- Radiologie	0	0,0%
- Hospitalisation à domicile	2	4,7%
- Psychiatrie	2	4,7%
- Gériatrie	10	23,2%
- Urgences	0	0,0%
- Maison de retraite	2	4,7%
- SSR	6	13,9%
- Autre (bloc opératoire)	1	2,3%

Tableau 1 : Caractéristiques de la population 1

Le tableau 2 expose les caractéristiques des IDEL que nous nommerons « Population 2 ».

	Effectif	%
Sexe		
- Homme	14	16,1%
- Femme	73	83,9%
Âge en années		
	87	25-63 ans
		Moyenne 42,8 ans [33,8-51,8]
Nombre d'années d'expérience en libéral		
	87	1-35 ans
		Moyenne 10,7 ans [2,1-19,3]
Expérience en milieu hospitalier		
	76	87,4%
- Oui	11	12,6%
- Non		
Lieu d'exercice		
- Rural	31	35,6%
- Semi rural	36	41,4%
- Urbain	19	21,8%
- Autre (les deux)	1	1,1%
Proximité d'un centre hospitalier		
- A plus de 30 minutes	20	23,0%
- A moins de 30 minutes	67	77,0%

Tableau 2 : Caractéristiques de la population 2

A la question non obligatoire « si oui, dans quel service ? » (expérience en milieu hospitalier) pour la population 2, nous avons obtenu 75 réponses représentées par :

- Les services de chirurgie ou le bloc opératoire pour trente-quatre répondants (45,3%)
- Les services de médecine pour vingt-sept répondants (36,0%)
- Les services de réanimation ou de soins intensifs pour vingt-quatre répondants (32,0%)
- La gériatrie pour quinze répondants (20,0%)
- Les urgences pour quinze répondants (20,0%)
- Le SSR pour sept répondants (9,3%)

- La psychiatrie pour sept répondants (9,3%)
- L'hémodialyse pour quatre répondants (5,3%)
- La médecine générale pour trois répondants (4,0%)
- La pédiatrie pour deux répondants (2,7%)
- L'hospitalisation domicile pour deux répondants (2,7%)
- Le centre de plaies et cicatrisation pour un répondant (1,3%).

Le tableau 3 présente les différents types de formation dans chaque population.

Type de formation	Population 1		Population 2	
	Effectif	%	Effectif	%
Formation initiale (IFSI)	36	83,7%	67	77,0%
Formation continue (IFSI)	9	20,9%	29	33,3%
Stages en centre de cicatrisation	2	4,7%	5	5,7%
Diplôme universitaire de plaies et cicatrisation	2	4,7%	4	4,6%
Formation par les laboratoires privés	10	23,3%	47	54,0%
Groupes de pairs	4	9,3%	7	8,0%
Séminaires	5	11,6%	12	13,8%
Formation personnelle (revues médicales, internet, livre, etc.)	9	20,9%	48	55,2%
Aucune	1	2,3%	2	2,3%

Tableau 3 : Type de formation dans les deux populations

Concernant le type de formation dédiée aux plaies et à la cicatrisation, la formation initiale en IFSI (respectivement 83,7% et 77,0%), via les laboratoires privés (23,3% et 54,0%) ou la formation personnelle (20,9% et 55,2%) sont les principales ressources pédagogiques utilisées dans les deux populations.

Dans la population 1, deux d'entre eux (4,7%) ont signalé une formation en plaies et cicatrisation sans préciser le type de formation.

Dans la population 2, douze d'entre eux (13,8%) ont fait une formation Développement Professionnel Continu (DPC) en e-learning et trois d'entre eux (3,4%) ont bénéficié d'une

formation en stomathérapie. Les tests statistiques n'ont pas pu être réalisés en raison du grand nombre de sous-catégorie : les conditions du test du Chi 2 n'étaient pas remplies.

Le tableau 4 représente le ressenti d'une formation suffisante en « plaies et cicatrisation » dans chaque population.

	Population 1		Population 2		<i>p=0.004</i>
	Effectif	%	Effectif	%	
Non	8	18,6%	2	2,3%	
Insuffisamment	16	37,2%	24	27,6%	
Quelques lacunes	18	41,9%	50	57,5%	
Oui, tout à fait	1	2,3%	11	12,6%	

Tableau 4 : Ressenti quant à la formation

Il a été retrouvé une différence statistiquement significative entre les deux populations concernant une formation satisfaisante ($p < 0.05$) avec un ressenti d'une formation insuffisante ou avec des lacunes dans la population 1 et un ressenti majoritairement en faveur d'une formation avec des lacunes dans la population 2.

Le tableau 5 présente les différents types de plaies auxquels sont confrontées les deux populations ainsi que leur effectif numérique.

	Population 1 (N= 43)			Population 2 (N= 87)		
	Moins de 5	5-10	Plus de 10	Moins de 5	5-10	Plus de 10
Ulcères de jambe	35 (81,4%)	3 (7,0%)	0 (0,0%)	71 (81,6%)	8 (9,2%)	1 (1,1%)
Plaies du pied diabétique	36 (83,7%)	1 (2,3%)	0 (0,0%)	66 (75,9%)	2 (2,3%)	0 (0,0%)
Escarres	26 (60,5%)	12 (27,9%)	2 (4,7%)	60 (69,0%)	2 (2,3%)	0 (0,0%)
Autres	14 (32,6%)	5 (11,6%)	1 (2,3%)	23 (26,4%)	3 (3,4%)	1 (1,1%)

Tableau 5 : Types de plaie

Dans les deux populations, la plupart des répondants rencontrent moins de cinq plaies dans chaque catégorie de plaies chroniques dans leur patientèle. Les ulcères de jambe sont

cependant le type de plaie le plus rencontré dans les deux populations (respectivement 88,4% et 91,9%). Les tests statistiques n'ont pas été réalisés du fait du grand nombre de sous-catégories.

A la question non obligatoire « si autre type de plaie, veuillez le préciser », nous avons obtenu dix-huit réponses de la part des répondants de la population 1. Ces plaies étaient représentées par :

- Des dermabrasions, des plaies du scalp ou des plaies post-traumatiques pour huit répondants (44,4%)
- Des plaies post-chirurgicales pour cinq répondants (27,8%)
- Des abcès pour quatre répondants (22,2%)
- Des stomies pour trois répondants (16,7%)
- Des plaies cancéreuses pour deux répondants (11,1%)
- Une brûlure pour un répondant (5,6%)
- Une maladie bulleuse pour un répondant (5,6%)
- Un heartmate pour un répondant (5,6%).

Concernant la population 2, nous avons obtenu à cette question vingt-trois réponses représentées par :

- Des plaies post-opératoires pour huit répondants (34,8%)
- Des kystes pilonidaux pour quatre répondants (17,4%)
- Des plaies cancéreuses pour trois répondants (13,0%)
- Des brûlures pour trois répondants (13,0%)
- Des plaies post-traumatiques pour trois répondants (13,0%)
- Des fistules pour deux répondants (8,7%)
- Des stomies pour deux répondants (8,7%)
- Une plaie sternale pour un répondant (4,3%)
- Une plaie du dos avec déformation de la colonne vertébrale pour un répondant (4,3%)
- Une plaie compliquée d'une ostéite pour un répondant (4,3%)
- Un panaris pour un répondant (4,3%)
- Un ulcère (le type n'a pas été précisé) pour un répondant (4,3%).

La collaboration entre le médecin référent et l'infirmier

Le tableau 6 représente les différents moyens de communication utilisés entre le médecin référent (médecin responsable du patient dans le service hospitalier ou médecin traitant) et l'IDE dans chaque population.

	Population 1		Population 2		$p=6,72.10^{-10}$
	Effectif	%	Effectif	%	
Appel téléphonique	32	74,4%	74	85,1%	
Photographie – texte (MMS voire SMS)	26	60,5%	66	75,9%	
E-mail	5	11,6%	40	46,0%	
Ordonnance	6	14,0%	35	40,2%	
Transmission dans le service ou cahier de transmission	34	79,1%	35	40,2%	
Consultation conjointe avec le médecin référent ou traitant	21	48,8%	15	17,2%	
Par l'intermédiaire du patient	6	14,0%	38	43,7%	

Tableau 6 : Moyens de communication

Une différence statistiquement significative a été observée concernant l'utilisation de ces divers moyens entre les deux populations ($p<0,05$), en privilégiant les appels et les transmissions dans la population 1, les appels et les photographies dans la population 2.

Un seul répondant de la population 1 (2,3%) signale l'utilisation de la transmission du protocole de l'IDE spécialisée en plaies et cicatrisation de son établissement.

Dans la population 2, certains utilisent :

- La téléconsultation (huit répondants soit 9,2%)
- La transmission de vive voix au cabinet médical (dix-neuf répondants soit 21,8%) ou au cabinet infirmier (un répondant soit 1,1%)
- Un compte rendu mensuel avec transmission sécurisée (un répondant soit 1,1%)
- Le suivi du centre de plaies et cicatrisation (un répondant soit 1,1%)
- La transmission à la famille d'accueil du patient (un répondant soit 1,1%)

Un seul répondant de la population 2 (1,1%) signale : « les médecins nous laissent galérer seules ».

Le tableau 7 présente la fréquence de contact entre le médecin référent et l'IDE lors de la découverte d'une plaie dans chaque population ainsi que la rapidité de la disponibilité du médecin référent.

	Population 1		Population 2		
	Effectif	%	Effectif	%	
Fréquence de contact avec le médecin référent					<i>p=0,01</i>
Jamais	4	9,3%	7	8,0%	
Rarement	19	44,2%	19	21,8%	
Souvent	11	25,6%	30	34,6%	
Toujours	9	20,9%	31	35,6%	
Disponibilité rapide du médecin référent					<i>p=0,30</i>
Jamais	4	9,3%	14	16,1%	
Rarement	19	44,2%	45	51,7%	
Souvent	12	27,9%	20	23,0%	
Toujours	8	18,6%	8	9,2%	

Tableau 7 : Fréquence de contact avec le médecin référent lors de la découverte d'une plaie et la rapidité de sa disponibilité pour la prise en charge

Concernant la fréquence de contact, nous avons mis en évidence une différence statistiquement significative en faveur de la population 1, contactant rarement le médecin référent ($p < 0,05$).

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative concernant la disponibilité rapide du médecin ($p > 0,05$).

Le tableau 8 expose la satisfaction concernant la communication avec le médecin référent dans chaque population.

	Population 1		Population 2		
	Effectif	%	Effectif	%	
Pas du tout	5	11,6%	13	14,9%	<i>p=0,25</i>
Peu	16	37,2%	42	48,3%	

Plutôt	10	23,3%	20	23,0%
Très satisfait	12	27,9%	12	13,8%

Tableau 8 : Satisfaction de la communication avec le médecin référent

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux populations ($p > 0,05$) concernant la satisfaction de la communication avec le médecin référent qui est peu satisfaisante dans les deux populations.

La prise en charge ambulatoire des plaies chroniques

Le tableau 9 montre les différents types d'outils de surveillance utilisés dans chaque population.

	Population 1		Population 2	
	Effectif	%	Effectif	%
Photographies (appareil photo, smartphone)	33	76,7%	82	94,3%
Mesures de la plaie	26	60,5%	50	57,5%
Cahier de transmission	18	41,9%	51	58,6%
Fiches de suivi de plaies volantes	4	9,3%	9	10,3%
Fiches de suivi au sein d'un dossier de soins	30	69,8%	52	59,8%
Aucun	0	0,0%	3	3,4%

Tableau 9 : Outils de surveillance des plaies

Il n'a pas été appliqué de tests statistiques en raison des sous-catégories et les conditions du test du Chi 2 n'étaient pas remplies.

Dans la population 1, quatre répondants (9,3%) signalent utiliser un logiciel de transmission informatisé et deux d'entre eux (4,7%) font appel à une IDE spécialisée en plaies et cicatrisation.

Dans la population 2, deux répondants (2,3%) réalisent des transmissions orales, un répondant (1,1%) utilise une application de suivi de plaie et un autre (1,1%) fait un bilan de plaie.

Le tableau 10 représente la satisfaction des IDE quant à la qualité des protocoles de soins prescrits par le médecin référent dans chaque population.

	Population 1		Population 2		$p=1,35.10^{-6}$
	Effectif	%	Effectif	%	
Pas du tout	5	11,6%	21	24,1%	
Peu	10	23,3%	47	54,0%	
Plutôt	18	41,8%	18	20,8%	
Très satisfait	10	23,3%	1	1,1%	

Tableau 10 : Satisfaction concernant la qualité des prescriptions relatives aux soins et aux pansements

Une différence statistiquement significative a été mise en évidence concernant la qualité des protocoles prescrits entre les deux populations ($p<0,05$) en faveur de la population 2 qui est peu satisfaite des protocoles prescrits.

Le tableau 11 expose la fréquence de modification du type de pansement par l'IDE dans chaque population.

	Population 1		Population 2		$p=1,0$
	Effectif	%	Effectif	%	
Jamais	0	0,0%	0	0,0%	
Rarement	1	2,4%	2	2,3%	
Souvent	21	48,8%	34	39,1%	
Toujours	21	48,8%	51	58,6%	

Tableau 11 : Fréquence de modification du type de pansement par l'IDE

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative concernant la fréquence de modification des pansements entre les deux populations ($p>0,05$).

Concernant la population 2, la modification du protocole de pansement est faite directement par 90,8% des répondants. Seuls 9,2% font appel au médecin traitant.

Le tableau 12 représente la fréquence des prescriptions hors soins de plaie par le médecin référent (décharge, matelas anti-escarres, contention, etc.) dans chaque population.

	Population 1		Population 2		<i>p=5,38.10⁻⁵</i>
	Effectif	%	Effectif	%	
Jamais	1	2,3%	7	8,0%	
Rarement	10	23,3%	48	55,2%	
Souvent	21	48,8%	28	32,2%	
Toujours	11	25,6%	4	4,6%	

Tableau 12 : Fréquence des prescriptions hors soins de plaie

Une différence statistiquement significative a été retrouvée entre les deux populations ($p < 0,05$) en faveur de la population 2, concernant les prescriptions hors soins de plaie rarement réalisées. Cette population bénéficie d'une fréquence moins importante de prescriptions hors soins de plaie par les médecins référents.

Le tableau 13 expose la fréquence des difficultés ressenties pendant la prise en charge de ces plaies dans chaque population ainsi que leur sentiment d'isolement.

	Population 1		Population 2		
	Effectif	%	Effectif	%	
Difficultés ressenties					<i>p=0,47</i>
Jamais	1	2,3%	5	5,7%	
Rarement	23	53,5%	38	43,7%	
Souvent	17	39,5%	38	43,7%	
Toujours	2	4,7%	6	6,9%	
Sentiment d'isolement					<i>p=0,046</i>
Jamais	10	23,3%	10	11,5%	
Rarement	22	51,1%	32	36,8%	
Souvent	10	23,3%	38	43,7%	
Toujours	1	2,3%	7	8,0%	

Tableau 13 : Fréquence des difficultés ressenties et du sentiment d'isolement pendant la prise en charge

Concernant les difficultés ressenties, nous n'avons pas établi de différence statistiquement significative entre les deux populations ($p > 0,05$). Cependant, pour le sentiment d'isolement,

il a été retrouvé une différence statistiquement significative ($p < 0,05$) en faveur de la population 1 qui est rarement en situation d'isolement dans ces prises en charge.

Le tableau 14 présente les différentes propositions suggérées pour améliorer la prise en charge des plaies chroniques dans chaque population.

	Population 1		Population 2	
	Effectif	%	Effectif	%
Formation professionnelle accessible aux infirmiers avec un soignant expert	36	83,7%	45	51,7%
Réunions pluridisciplinaires avec les médecins généralistes et/ou des référents en plaies (chirurgiens, angiologues)	14	32,6%	49	56,3%
Création d'équipes d'experts en plaies chroniques dans le département, facilement joignable pour avis	22	51,2%	43	49,4%
Mise en place de consultations en télémédecine avec un référent en cicatrisation (infirmier, médecin généraliste, chirurgien, angiologue)	14	32,6%	47	54,0%
Création d'un suivi standardisé des plaies au domicile du patient	10	23,3%	27	31,0%

Tableau 14: Propositions d'amélioration de la prise en charge des plaies chroniques

Une différence statistiquement significative n'a pas pu être déterminé en raison du nombre de sous-catégories et les conditions du test du Chi 2 n'étaient pas remplies.

Les autres propositions sont représentées dans la population 1 par :

- Un accès à un avis par un IDE spécialisé en cicatrisation au sein de l'établissement de santé pour trois répondants (7,0%)
- Une formation au sein de la formation initiale pour un répondant (2,3%).

Dans la population 2, les autres propositions sont représentées par :

- Un réseau dédié à la cicatrisation pour trois répondants (3,4%)

- Une application mettant en lien tous les acteurs autour du patient pour un répondant (1,1%)
- Un outil de traçabilité spécial pansement conçu pour le domicile pour un répondant (1,1%)
- Un répondant (1,1%) a répondu : « que les médecins remettent leurs connaissances à jours, protocoles dépassés et non conformes aux recommandations et chaque médecin est différent, on ne peut pas généraliser ».

La dernière question permettait aux répondants de transmettre leur adresse email s'ils souhaitaient avoir le retour de cette étude.

Discussion

Résultats

Caractéristiques des deux populations

Parmi les 130 réponses analysées, 88,5% des répondants sont des femmes, soit une représentation très majoritaire dans les deux populations. Selon les chiffres de la DREES au 1^{er} janvier 2021, 86,6% des IDE en France étaient des femmes. Notre population est donc représentative sur ce point.

Sur l'effectif total de notre étude, nous retrouvons 66,9% de répondants qui exercent en libéral et 33,1% en hospitalier. Cependant, la majorité des IDE en France exercent en établissement sanitaire (64,8%). Cette différence de résultat peut être expliquée par la patientèle des IDEL qui peut comporter plus de patients porteurs de plaies qu'en établissement et ainsi créer plus d'intérêt des IDEL envers notre étude (21).

Nos populations ont des moyennes d'âge de 37,8 et 42,8 ans. Elles sont donc plus jeunes que la moyenne d'âge des IDE en France, estimée à 45,5 ans selon la DREES (21).

Le nombre moyen d'années d'expérience est de 11 ans dans les deux populations avec des IDEH qui ont pratiqué en milieu hospitalier pour 87,4% des répondants, probablement pendant leurs stages de formation initiale.

Dans la population 1, les répondants exercent principalement en service de médecine et en service de gériatrie. Il aurait été intéressant de détailler le type de service de médecine, allant de la médecine polyvalente à la médecine spécialisée comme la cardiologie, la neurologie, etc., qui peuvent être moins impliqués dans la prise en charge des plaies complexes.

Dans la population 2, les exercices semi-rural (41,4%) et rural (35,6%) sont majoritaires. Soixante-dix-sept pour cent des répondants se déclarent proches d'un centre hospitalier, moins de trente minutes de route. Selon la DREES, dans son rapport sur les distances et les temps d'accès aux soins en France métropolitaine, la proximité des principales disciplines hospitalières était estimée à moins de vingt minutes pour 95% de la population française, ce qui est concordant avec notre résultat (22).

Concernant le type de plaie, les escarres sont les plaies les plus fréquentes dans la population hospitalière (93,0% des répondants) alors que ce sont les ulcères de jambe dans la population libérale (91,9%). Cependant, dans l'étude du Dr O. Rames évaluant la prévalence des plaies

chroniques en France en 2014, 66% des plaies étaient des ulcères de jambe, contre 23% d'escarres et 11% de plaies du pied diabétique. Cette discordance de résultat avec les IDEH peut s'expliquer par le fait que les patients hospitalisés sont plus âgés, plus dénutris, moins mobilisés et plus altérés que la population générale, et ainsi plus à risque de développer une escarre lors de l'hospitalisation (23–25).

Prise en charge des plaies chroniques

Concernant les moyens de suivi de plaies, la photographie, les mesures de la plaie et les fiches de suivi au sein d'un dossier sont les plus utilisées dans nos deux populations. Le cahier de transmission est également utilisé. On constate dans une précédente étude par A. Lalorette que la photographie et les mesures de la plaie sont fréquemment utilisés pour le suivi, ce qui permet un suivi objectif avec une meilleure traçabilité (26).

Les IDEH sont globalement satisfaits des protocoles de soins prescrits par les médecins alors que les IDEL sont majoritairement peu satisfaits. En effet, près d'un sur deux se dit souvent en difficulté ou isolé. Ils exercent souvent leur droit de modification des protocoles, environ 90% sans faire appel au médecin traitant, comme le reprend l'étude de F. Noaillan où 54% des IDEL exercent ce droit (27). Ce chiffre élevé est sûrement lié au fait que près d'un répondant libéral sur deux ne bénéficie pas de protocoles hors soins de plaies. En revanche, ces derniers sont fréquemment faits en milieu hospitalier. De ce fait, les IDE hospitaliers sont rarement en difficultés ou isolés.

La qualité des soins infirmiers est souvent dépendante des soins prescrits, notamment du matériel et des instructions de soins. Dans la littérature, particulièrement chez les IDE libéraux, l'insatisfaction sur la qualité des protocoles est récurrente. Dans son étude, A. Lalorette a retrouvé 74% d'insatisfaction des IDE libéraux par rapport aux protocoles prescrits. Notre résultat est concordant. Il serait intéressant d'élargir les compétences de prescription des IDE, toujours sous supervision médicale, pour leur permettre une meilleure autonomie, tout en évitant de les mettre en difficulté et de les isoler dans les prises en charge de plaies chroniques (26,27). Concernant le milieu hospitalier, ces paramètres n'ont pas été évalués dans notre connaissance. Il serait intéressant d'y dédier un futur travail de recherche, notamment qualitatif.

Formation en « plaies et cicatrisation »

Dans notre étude, la principale formation des IDE est représentée par la formation initiale en IFSI (respectivement 83,7% et 77,0%). Le reste des formations rentre dans le cadre du DPC

(groupes de pairs, séminaires, formations privées, etc.). Très peu de répondants (respectivement 4,6% et 4,7%) ont bénéficié d'une formation complémentaire universitaire par le biais d'un DU. La formation est qualifiée majoritairement d'insuffisante ou avec quelques lacunes dans les deux populations. Ces résultats sont superposables à l'étude de F. Noaillan sur le rôle de l'infirmier libéral et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques, où une majorité des répondants ont une formation qui est, selon eux, avec des lacunes (27).

Or, dans une étude dirigée par M. P. Schuster, décrivant un état des lieux des pratiques pédagogiques dans la formation initiale des IDE en France, une majorité des IFSI interrogés ne possédait pas de référent « plaies et cicatrisation ». La formation théorique dédiée est en moyenne de huit heures sur l'ensemble de la formation et la formation pratique ne dure que deux heures, ce qui paraît très peu par rapport à la diversité des plaies, de leurs étiologies et de leur prise en charge. Quarante-sept virgule neuf pour cent des cadres formateurs jugent cette formation insuffisante, ce qui concorde avec le ressenti de nos répondants dans notre étude. Malgré l'accès aux ressources spécialisées, aux congrès et aux formations à distance par le biais de leur IFSI, une majorité de ces cadres s'estime insuffisamment ou moyennement formée en cicatrisation (28).

Collaboration médecin référent/IDE

Nos deux populations utilisent principalement les appels téléphoniques et les photographies numériques pour communiquer avec le médecin référent. Du fait de la proximité du médecin en structure hospitalière, les transmissions sont également beaucoup utilisées ainsi que la consultation conjointe dans le service. En milieu libéral, les emails et la transmission des informations par le patient sont privilégiés. Ces résultats sont concordants avec l'étude de A. Lalorette sur les difficultés de prise en charge ambulatoire des plaies chroniques et celle de F. Noaillan. Dans leurs études, le téléphone et les photographies sont majoritairement utilisés, notamment par leur facilité et leur rapidité d'utilisation. Les cahiers de transmission au domicile et le relais par le patient sont aussi appréciés par les IDE libéraux (26,27).

Concernant la fréquence de contact, nous constatons une différence significative entre les deux populations. La population 1 contacte rarement le médecin référent (44,2%) alors que la population 2 le contacte fréquemment (34,6%) voire toujours (35,6%), soit plus d'un répondant sur deux. Pourtant, la proximité du médecin au sein du service de soin devrait favoriser le contact IDE hospitalier/médecin. La moindre disponibilité du médecin est quant

à elle confirmée dans nos deux populations. De cette moindre disponibilité découle une communication peu satisfaisante pour nos deux populations, avec une insatisfaction plus marquée chez les IDE libéraux.

Cette disponibilité a été auparavant évaluée par A. Lalorette et F. Noaillan. Leurs résultats montraient une disponibilité accrue contrairement à notre étude. Les répondants estimaient la disponibilité à « souvent », voire « toujours » pour une grande majorité. Cette différence peut s'expliquer par une moindre disponibilité des médecins devant leur charge de travail, accrue ces dernières années à cause de la diminution des effectifs professionnels. L'insatisfaction des IDE libéraux a également été évaluée par A. Lalorette, avec des résultats concordants. Près d'un répondant sur deux est insatisfait de la communication avec le médecin généraliste. Ceci est également confirmé dans l'étude de E. Sperling, étude qualitative sur la relation des médecins généralistes et des infirmiers libéraux dans la prise en charge des plaies chroniques, où la relation médecin/IDE est bonne mais parfois compliquée. Il y était reproché aux médecins généralistes une trop faible implication dans le suivi, une fréquence insuffisante de réévaluation des plaies et une communication entre professionnels de santé non satisfaisante (29,30).

Amélioration de la prise en charge

Dans notre étude, les pistes d'améliorations plébiscitées sont une meilleure formation par un soignant expert et la création d'équipes expertes en plaies, que nous pourrions rattacher à la notion de réseau. Certains soulèvent également la notion de logiciels utilisables à domicile, permettant un suivi et une meilleure traçabilité des soins. Nos résultats rejoignent l'étude de A. Lalorette, où la création d'un réseau de prise en charge expert et une meilleure formation étaient parmi les priorités fortes. La télémédecine n'était pas une priorité, ce qui rejoint notre étude. Dans l'étude de F. Noaillan, la création de réseau n'était pas une mesure appréciée, ce qui est discordant avec nos résultats, contrairement à une meilleure formation (26,27).

Forces

Les plaies chroniques et leur prise en charge sont un sujet récurrent dans la pratique des IDE et toujours d'actualité. Cependant, notre connaissance, aucune étude n'a comparé les IDEH et IDEL sur leurs difficultés et leur isolement lors des prises en charge de ces patients en France. Par le biais de nos deux questionnaires, nous avons pu ainsi établir un état des lieux et répondre à notre objectif principal. Notre questionnaire est également complet et balaye

plusieurs points importants lors de la prise en charge de patients porteurs de plaies chroniques. Le fait d'interroger des IDEH sur leurs prises en charge est également, notre connaissance, inédit et mériterait d'être exploré dans un futur projet de recherche pour proposer également des pistes d'amélioration dans le milieu hospitalier.

Le mode de recueil par envoi de courriel a permis de faciliter le contact auprès des IDE et la réponse aux questionnaires. Le recueil de données a pu s'effectuer rapidement via Google Form[®] et la synthèse des résultats a été simplifiée via ce logiciel.

Les questionnaires étant anonymes, nous avons pu diminuer le biais déclaratif en favorisant la liberté de réponses de chaque participant.

De plus, notre population d'étude paraît représentative de la population générale visée.

Limites

Le travail de l'investigateur sous forme de questionnaire est perfectible.

Nous n'avons pas pu déterminer le taux de participation à l'étude car nous n'avons pas obtenu le nombre total d'inscrits à l'ordre des infirmiers du Tarn-et-Garonne, malgré de nombreuses relances auprès du CDOI 82.

Biais liés au questionnaire

Du fait de la répétition du format de réponses, il est possible que les répondants aient pu répondre trop rapidement aux questionnaires ou se tromper de question. Par exemple, un répondant a précisé ulcère sur la question autre type de plaie. Or, à la question précédente, les ulcères étaient déjà cités.

Concernant la question à propos du type de formation, plusieurs participants ont répondu DPC/e-learning, ne correspondant ni à une formation continue, ni à une formation privée.

Concernant l'item du type de plaie rencontré dans la patientèle, nous pouvions simplifier la question en utilisant « moins de 5 » et « supérieur ou égal à 5 » car très peu de répondants sont confrontés à plus de dix plaies du même type dans leur patientèle, notamment en milieu libéral.

Concernant la question sur les autres types de plaies rencontrés, nous aurions dû préciser « chronique » car de nombreuses réponses concernaient des plaies aiguës, notamment « brûlures », « plaies post-chirurgicales », « plaies post-traumatiques », etc. Il peut y avoir

eu une certaine confusion car un répondant a signalé « ulcère » alors que cet item était cité à la question précédente.

De façon récurrente, notamment dans les questions sur les moyens de communication, les outils de surveillance et les propositions d'amélioration de prise en charge, il a été cité le suivi par une IDE spécialisée en plaies et cicatrisation. Cet item mériterait d'être ajouté sur les prochaines études sur le sujet.

Biais de sélection

Les femmes sont plus répondeuses que les hommes avec 97,7% dans la population hospitalière et 83,9% dans la population libérale. Cette surreprésentation féminine se retrouve également dans la démographie des infirmiers avec 86,6% de femmes sur l'effectif total des infirmiers français au 1^{er} janvier 2021 selon la DREES (21).

Les IDEL ont également été plus répondeurs que les IDEH avec 43 répondants pour la population hospitalière (33,1%) et 87 répondants dans la population libérale (66,9%) pour un effectif total de 130 répondants. Or, cela n'est pas représentatif de la démographie des infirmiers où la majorité est salariée (64,8%) (21). Il serait intéressant d'interroger les IDEH spécifiquement sur leur prise en charge des plaies chroniques dans une autre étude.

Nous notons un biais de recrutement car notre étude ne s'est déroulée que sur un seul département, le Tarn-et-Garonne, pour limiter les démarches de contact auprès des différents ordres infirmiers. Il serait intéressant de poursuivre cette étude en élargissant le territoire de recrutement, par exemple l'ex région Midi-Pyrénées ou l'Occitanie.

De plus, le choix de l'envoi des questionnaires par courriel a pu ne pas prendre en compte certains IDE ne consultant par leurs courriels ou n'accédant pas régulièrement internet. Il se peut également que le fait de n'avoir que des questionnaires virtuels ait empêché certaines réponses.

Il a été tenté de limiter ce biais de sélection en encourageant les IDE à répondre aux questionnaires avec un message attractif pour obtenir un nombre de réponses suffisant ainsi qu'en créant des questionnaires simples et rapides.

Un biais de volontariat existe du fait que seules les personnes volontaires ont participé à l'étude. Les caractéristiques des répondants peuvent être différentes de celles des personnes ayant choisi de ne pas participer à cette étude.

Biais de confusion

Il est possible de retrouver plusieurs facteurs de confusion car nous n'avons pas réalisé de régression multivariée. Lorsque le test exact de Fisher ne pouvait pas être utilisé, nous avons utilisé une estimation de la valeur de p par le test du Chi2, même si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5.

De plus, le terme « plaie chronique » a pu être source de confusion car certaines plaies considérées aiguës par la HAS (comme les kystes pilonidaux) ont une prise en charge dépassant les quatre à six semaines et peuvent être considérées par les soignants comme chroniques (1).

Perspectives

Vers une meilleure formation

Proposer une meilleure formation paraît indispensable car c'est la solution la plus plébiscitée par nos répondants et dans la littérature.

La formation initiale en IFSI avec des cours dispensés par des soignants experts est essentielle. Encore trop peu d'IFSI ont un référent en plaies et cicatrisation avec une formation reconnue, telle qu'un DU (28).

La formation continue rentre quant à elle dans le cadre du DPC, effectif depuis 2013 avec une obligation de formation triennale pour tous les professionnels de santé. Les congrès et journées de formation organisés par les sociétés savantes françaises, européennes voire mondiales peuvent en faire partie. En Occitanie, l'association DOM-CICA 31 organise tous les ans les Journées Midi-Pyrénéennes de Cicatrisation, proposant ainsi aux IDE et aux médecins des formations variées autour de la cicatrisation animées par des soignants experts. L'EWMA, en partenariat avec la SFFPC, propose également des journées de formation en cicatrisation, à Paris cette année (31–33).

De nombreux laboratoires privés spécialisés en cicatrisation proposent des formations en ligne. Ces formations privées impliquent des conflits d'intérêt et ne sont pas les plus privilégiées, auprès de nos répondants (34–36).

Enfin, notamment en Occitanie, trois DU sont proposés aux professionnels de santé. Le DU de plaies et cicatrisation avec l'équipe de chirurgie plastique ainsi que le DU des ulcères vasculaires – techniques de compression – lymphologie avec l'équipe de médecine

vasculaire sont proposés par la faculté de médecine de Toulouse en partenariat avec le CHU. A Montpellier, le DU de plaies et cicatrisation est également proposé par la faculté de médecine (37–39).

Toutes ces pistes peuvent être proposées aux soignants en difficultés pour leur permettre d'améliorer leurs acquis et ainsi les rassurer dans leurs prises en charge. Cependant, certains freins peuvent exister. Ces formations entraînent en effet un coût financier, que ce soit le prix de la formation elle-même ou les frais de déplacement et de logement. Ces formations sont parfois prises en charge par le DPC et en distanciel, ce qui réduit ces freins. Le coût peut être aussi temporel, ces formations se déroulant sur plusieurs jours. L'organisation du temps de travail et des équipes soignantes peut être impactée.

Vers une meilleure collaboration pluridisciplinaire

Pour améliorer la prise en charge de ces plaies complexes, des filières spécialisées appelées réseaux ont vu le jour ces dernières années, particulièrement en Occitanie. La création d'équipes expertes au niveau départemental et les réunions pluridisciplinaires sont aussi plébiscitées par nos répondants. Ces réseaux peuvent être une réponse au niveau local pour ces patients complexes, répondant aux attentes de nos deux populations.

- Le réseau CICAT-OCCITANIE

Ce réseau a été créé en 2018 suite à la fusion du réseau CICAT-LR avec les partenaires spécialisés en cicatrisation de l'ex-région Midi-Pyrénées. Ce réseau, en partenariat avec l'ARS, possède des antennes dans plusieurs départements de la région Occitanie avec des médecins et des IDE coordinateurs. Il accompagne les professionnels de santé en difficulté en les conseillant et leur donnant accès à différents moyens techniques pouvant aider à la prise en charge. Il permet également une meilleure collaboration ville-hôpital, multidisciplinaire et un accès à la télémédecine (renforcée par l'avenant 9 de la convention médicale, entrée en vigueur en avril 2022) par le biais de l'application DOMOPLAIES® (40–42).

- L'association DOM-CICA 31

Dans le département de la Haute-Garonne (31), l'association DOM-CICA 31 regroupe des professionnels spécialisés dans la prise en charge des plaies, notamment à domicile, en partenariat avec le réseau CICAT-OCCITANIE et des centres référents, tels que le CHU. Ils

publient également un référentiel répertoriant les divers dispositifs médicaux (pansements, compression, décharge, etc) remboursés ou non, actualisé tous les ans (32,43).

- Le réseau VAMIP

Ce réseau correspond au réseau de médecine vasculaire de la région Midi-Pyrénées, géré par le CHU de Toulouse, en collaboration avec d'autres centres référents. Il est spécialisé dans la prise en charge des pathologies vasculaires artérielles, veineuses, thromboemboliques ou lymphatiques, inductrices de plaies chroniques (44).

Grâce à ces différents acteurs et réseaux, les IDE et médecins en difficultés peuvent être accompagnés durant leur prise en charge et faire appel à des professionnels de santé spécialisés en cicatrisation si besoin. Ces réseaux gagneraient à être plus connus des professionnels de santé, par exemple en organisant des réunions d'information ou des formations plus proches géographiquement des professionnels de santé ou en distanciel. Il est également important de souligner le rôle central du médecin généraliste, toujours contacté quand un de ses patients intègre un réseau.

Vers une connectivité améliorée

Dans notre étude, la télémédecine et le suivi de plaie à domicile semblent être des pistes d'avenir en cicatrisation avec une prise en charge au plus près du patient, son domicile avec ses soignants principaux, permettant un suivi plus régulier.

Suite à la crise sanitaire liée au Covid-19, les difficultés d'accès aux soins ont été mises en exergue et ont montré la nécessité d'adapter notre système de santé aux besoins des patients et des soignants, notamment libéraux (45).

Ainsi, l'avenant 9 de la nouvelle convention médicale a été adopté en juillet 2021 et a renforcé le rôle de la télémédecine, permettant ainsi accès à des avis spécialisés rapides. Les différents réseaux proposaient déjà des logiciels de téléconsultation, par exemple le réseau Cicat-Occitanie avec Domoplaies[®], permettant de mettre directement en contact les IDE ou les médecins, se trouvant au domicile du patient, avec un soignant expert, en temps réel. Les soignants peuvent également faire appel la téléexpertise, en sollicitant distance l'avis d'un confrère spécialisé par le biais de photographies. Cependant, cette téléexpertise n'est pas en simultané et se réalise en dehors de la présence du patient (42,46,47).

Certaines applications, sur smartphones ou tablettes, proposent également un suivi des plaies à domicile avec des photographies et la description de la plaie selon les recommandations internationales. Un rapport est édité régulièrement avec des photos intégrées et, selon les logiciels utilisés, le rapport est transmis aux différents professionnels de santé par le biais d'un hébergeur de données de santé et d'une messagerie sécurisée. Nous pouvons ainsi citer l'application Gecica[®], créée par un groupe de soignants de la Haute-Garonne, dédiée au suivi des plaies à domicile ou encore le logiciel Infinys[®] créé suite à un atelier de réflexion lors du dixième Congrès National de Plaies et Cicatrisation (10,48,49).

Cependant, les freins à l'utilisation de ces nouvelles technologies peuvent être multiples. Cela peut être financier car ces applications ont un coût. Le fait de se rendre disponible pour une téléconsultation à domicile peut être une contrainte et chronophage. La téléexpertise peut être une réponse à cette contrainte. Il peut également y avoir des difficultés techniques, notamment la possession d'un appareil compatible avec ces applications.

Mais cela reste des pistes à explorer afin d'améliorer les prises en charge de ces patients.

Conclusion

La prise en charge des plaies chroniques est un enjeu majeur de santé publique depuis ces dernières décennies. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et le vieillissement de la population générale y jouent un rôle prépondérant. Dans ces prises en charges complexes, les principaux intervenants, médecins et infirmiers, rencontrent de réelles difficultés et peuvent se retrouver isolés.

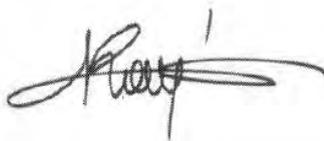
Dans notre état des lieux de ces difficultés auprès des IDE hospitaliers et libéraux du Tarn-et-Garonne, il s'avère que plusieurs facteurs interviennent. La formation initiale insuffisante n'est pas assez compensée par une formation continue, celle-ci étant très hétérogène, dispersée avec de nombreux intervenants. La collaboration médecin/IDE est insuffisante, plus particulièrement en milieu libéral où la disponibilité du médecin est réduite malgré de nombreux moyens de communication et de suivi.

Les pistes d'améliorations sont multiples, notamment avec le développement des réseaux de soins spécialisés en plaies et cicatrisation, permettant un accès plus rapide, spécialisé et facilité par la généralisation de la télémédecine. Ces réseaux joueront certainement un rôle majeur durant les prochaines années dans la formation des soignants et l'accompagnement dans ces prises en charges pour pallier aux difficultés des professionnels de santé.

Lu et Approuvé

Toulouse le 25 Avril 2022

Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le 28/4/2022

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



Références bibliographiques

1. Les pansements : Indications et utilisations recommandées - Fiche BUTS. Haute Autorité de Santé.
2. Retards de cicatrisation de plaies : parfois dus des médicaments. Rev Prescrire. déc 2012;32(350):911-6.
3. Brambilla R, Hurlow J, Landis S, Wolcott R. Innovations in hard-to-heal wounds. :6.
4. Moffatt C, Flanagan M, Falanga V, Romanelli M, Ágredda JJS, Téot L, et al. Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. MEP Ltd. 2004;
5. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Améliorer la prise en charge des plaies chroniques [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Ameliorer_la_prise_en_charge_des_plaies_chroniques.pdf
6. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2014 (LOI DU 13 AOÛT 2004). 2013 juill.
7. Agrinier N, Rat AC, Bloch J, Avril C, Pradines D. Les maladies chroniques: état des lieux. ADSP. sept 2010;(72):12-24.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction Générale de l'Offre de Soins. Obésité : prévention et prise en charge [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/obesite-prevention-et-prise-en-charge>
9. Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. Nature. 20 janv 1962;193:293-4.
10. Harding K. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document. Wound exudate: effective assessment and management Wounds International, 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/wuwhs-consensus-document-wound-exudate-effective-assessment-and-management>
11. Dowsett C, Nyløkke M, Harding K. Taking wound assessment beyond the edge Clinical practice. Wounds Int. 2015;6(1):5.
12. Dowsett C, Protz K, Drouard M, Harding K. Triangle de l'évaluation des plaies [Internet]. Wounds international. 2015. Disponible sur: https://elevate-assets.s3.amazonaws.com/tools/files/21/original/Triangle_de_l%27e%CC%81valuation_des_plaies.pdf
13. Romanelli M, Dowsett C, Doughty D, Senet P, Münter C, Lazaro Martinez JL. Advances in wound care: the triangle of wound assessment Position Document World Union of

- Wound Healing Societies (WUWHS). Wounds International. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS. 2016;
14. Day K. Consensus international. « Optimiser le bien-être des personnes vivant avec une plaie », présentation réalisée par un groupe d'experts [Internet]. Londres; 2012 p. 15. (Wounds International). Disponible sur: <http://www.woundsinternational.com>
 15. Hussey G, Young T. The impact of psychological factors on wound healing. 2020;11(4):5.
 16. Meaume S, Teot L, Dereure O. Plaies et cicatrisations. Masson; 2005. 488 p.
 17. Campos C. L'impact des plaies chroniques de type ulcère veineux sur la qualité de vie: travail de Bachelor [Internet]. Haute école de santé Genève; 2012. Disponible sur: <https://doc.rero.ch/record/31661>
 18. World Union of Wound Healing Societies. Optimising wound care through patient engagement. [Internet]. London; 2020. (Wounds International). Disponible sur: www.woundsinternational.com
 19. Vagnot MS. Prise en charge ambulatoire des ulcères veineux de jambe en 2006: deux acteurs essentiels [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2006.
 20. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests/chideux>
 21. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
 22. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/distances-et-temps-dacces-aux-soins-en-france-metropolitaine-0>
 23. Rames O, Sebo S, Pécault R, Agamaliyev E. Plaies chroniques en France: prévalence, caractéristiques et évolution. Améliorer l'organisation de la prise en charge en sortie d'hospitalisation. JPC. mars 2014;(92):12-8.
 24. ARS Ile de France. Sauve ma peau, maîtriser le risque escarre [Internet]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sauve-ma-peau-maitriser-le-risque-escarre>
 25. Ravier A, Blanchon MA, Gonthier R. Coexistence de facteurs de risque d'escarres et de marqueurs de fragilité à un stade sévère chez des patients en unité de soin de longue durée | Elsevier Enhanced Reader. Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. juin 2014;14(81):150-6.
 26. Lalorette A, Larrieu JC. Les difficultés de prise en charge ambulatoire des plaies chroniques en Lot-et-Garonne: état des lieux en 2017. Université de Bordeaux; 2018.

27. Rôles de l'infirmière libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques Enquêtes menées en Charente en 2009-2010. [faculté de Médecine et Pharmacie]: Université de Poitiers; 2012.
28. Schuster P. Prise en charge des plaies chroniques par l'infirmier : état des lieux comparatif des pratiques pédagogiques dans la formation initiale au niveau national et en Lorraine. Rech Soins Infirm. 2 mai 2019;136(1):54-65.
29. Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2020 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
30. Sperling EA. Étude de la relation entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans l'Oise pour la prise en charge des plaies chroniques. 18 mars 2016;78.
31. Le DPC en pratique [Internet]. Disponible sur: https://www.mondpc.fr/mondpc/le_dpc_en_pratique
32. Cicatrisation À Domicile | DomCica31 | Occitanie [Internet]. Cicatrisation À Domicile | DomCica31 | Occitanie. Disponible sur: <https://www.domcica31.org>
33. EWMA Wound Conferences - ewma.org [Internet]. Disponible sur: <https://ewma.org/ewma-conferences>
34. Chanfimaio P. Urgo Medical propose des formations en ligne pour les infirmières [Internet]. Buzz-esanté. 2013. Disponible sur: <https://buzz-esante.fr/urgo-medical-propose-des-formations-en-ligne-pour-les-infirmieres/>
35. Mölnlycke Advantage – Plateforme de formation en ligne | Mölnlycke Advantage [Internet]. Disponible sur: <http://www.molnlycke.com/fr-be/education/>
36. La question du conflit d'intérêt dans le domaine médical [Internet]. Fédération Nationale de l'Information Médicale. Disponible sur: <https://www.lafnim.com/actualite/la-question-du-conflit-d-interet-dans-le-domaine-medical-10.htm>
37. Service de chirurgie plastique et des brûlés. DU cicatrisation des plaies aiguës et chroniques.
38. Service de médecine vasculaire. DU ulcères vasculaires - techniques de compression - lymphologie.
39. DU Plaies et cicatrisations - DU DIU Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes [Internet]. Disponible sur: <https://du-diu-facmedecine.umontpellier.fr/diplome-plaies-et-cicatrisations-95>
40. Plaies Et Cicatrisations | Cicat-Occitanie | Occitanie [Internet]. Disponible sur: <https://www.cicat-occitanie.org/>
41. Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

42. Domoplaies - Application Smartphone | Cicat-Occitanie | Occitanie [Internet]. Cicat-Occitanie. Disponible sur: <https://www.cicat-occitanie.org/a-propos>
43. Association DOM-CICA 31. Référentiel en plaies et cicatrisation - Guide à la prescription et à la prise en charge des plaies au service des professionnels de santé [Internet]. Vol. Version 17. 2022. Disponible sur: <https://www.domcica31.org/>
44. Médecine vasculaire (partenaire du réseau de médecine vasculaire en Midi-Pyrénées - VAMIP) - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/-medecine-vasculaire-partenaire-du-reseau-de->
45. Avenant 9 : un texte pour mieux prendre en compte les besoins mis en lumière pendant la crise [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/avenant-9-un-texte-pour-mieux-prendre-en-compte-les-besoins-mis-en-lumiere-pendant-la-crise>
46. La téléconsultation - Ameli [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/telemedecine/teleconsultation>
47. La téléexpertise - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-teleexpertise>
48. Accueil GECICA plaies et cicatrisations [Internet]. Disponible sur: <https://gecica.fr/FR/>
49. SFFPC. Logiciel INFINYS [Internet]. Disponible sur: <https://www.sffpc.org/logiciels-et-outils.html>

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire IDE hospitaliers

Questionnaire IDE hospitaliers

**Obligatoire*

A) Pour mieux vous connaître

1. Etes-vous : *Une seule réponse possible.*

Un homme

Une femme

2. Quel âge avez-vous (en chiffres) ? *

3. Depuis combien d'années travaillez-vous en milieu hospitalier (en chiffres) ? *

4. Dans quel type de service travaillez-vous actuellement ? *

Plusieurs réponses possibles.

Service de réanimation

Service de soins intensifs

Service de chirurgie

Service de médecine

Service de soins palliatifs

Service de radiologie

Hospitalisation à domicile

Service de psychiatrie

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Service des urgences

Maison de retraite

Autre : _____

5. Avez-vous une formation spécifique concernant la prise en charge des plaies chroniques (escarres, plaies du pied diabétique, ulcères de jambe) ? Choix multiples *

Plusieurs réponses possibles.

- Formation initiale (IFSI)
- Formation continue (IFSI)
- Stages en centre de cicatrisation
- Diplôme universitaire de plaies et cicatrisation
- Formation par les laboratoires privés
- Groupes de pairs
- Séminaires
- Formation personnelle (revues médicales, internet, livres...)
- Aucun

Autre : _____

6. Vous sentez-vous suffisamment formé(e) en matière de plaies et cicatrisation ? * *Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oui, tout à fait

7. Dans votre patientèle, combien suivez-vous de patients ayant une ou plusieurs plaies chroniques actuellement ?

Plusieurs réponses possibles.

	Moins de 5	5 - 10	Plus de 10
Ulcères de jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaies du pied diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Si autre type de plaie, veuillez le préciser :

B) La collaboration entre le médecin référent et l'infirmier hospitalier

9. Quels moyens de communication avec le médecin référent utilisez-vous ? Choix multiples *

Plusieurs réponses possibles.

- Appel téléphonique
- Photographie – texte (MMS voire SMS)
- E-mail
- Ordonnance
- Transmission dans le service
- Consultation conjointe avec le médecin référent durant la visite du service
- Par l'intermédiaire du patient

Autre : _____

10. Vous arrive-t-il de contacter le médecin référent suite la découverte d'une plaie (pour en initier la prise en charge) ? * *Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toujours

11. Etes-vous satisfait(e) de la communication avec le médecin référent sur cette prise en charge ? * *Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas du tout satisfait(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très satisfait(e)

12. En cas de nécessité, le médecin référent est-il disponible rapidement pour vous aider dans la prise en charge ? * *Une seule réponse possible.*

1 2 3 4

Jamais Toujours

C) La prise en charge des plaies chroniques

13. Quels outils de surveillance des plaies utilisez-vous ? Choix multiples * *Plusieurs réponses possibles.*

- Photographies (appareil photo, smartphone)
- Mesures de la plaie
- Cahier de transmission
- Fiches de suivi de plaies volantes
- Fiches de suivi au sein d'un dossier de soins
- Aucun

Autre : _____

14. Etes-vous satisfait(e) de la qualité des protocoles (de soins et de pansements) prescrits par le médecin référent ou appliqués dans votre service ? * *Une seule réponse possible.*

1 2 3 4

Pas du tout satisfait(e) Très satisfait(e)

15. En fonction de l'évolution de la plaie, modifiez-vous le type de pansement utilisé ? * *Une seule réponse possible.*

1 2 3 4

Jamais Toujours

16. Le médecin référent fait-il d'autres prescriptions en dehors du soin de plaie (antalgiques, décharges, chaussures de décharges, matelas, coussins...) ? * *Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toujours

17. Ressentez-vous des difficultés concernant la prise en charge des plaies chroniques ?
* *Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toujours

18. Vous sentez-vous isolé(e) dans cette prise en charge ? * *Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toujours

19. Que proposeriez-vous pour améliorer la prise en charge des plaies et leur cicatrisation ? Choix multiples * *Plusieurs réponses possibles.*

- Formation professionnelle accessible aux infirmiers hospitaliers avec un soignant expert
- Réunions pluridisciplinaires avec les médecins généralistes et/ou des référents en plaies (chirurgiens, angiologues)
- Création d'équipes d'experts en plaies chroniques dans le département, facilement joignable pour avis
- Mise en place de consultations en télémedecine avec un référent en cicatrisation (infirmier, médecin généraliste, chirurgien, angiologue)
- Création d'un suivi standardisé des plaies
- Autre : _____

20. Vous pouvez mettre votre email ci-dessous si vous souhaitez avoir un retour sur cette étude. Merci pour votre participation.

Questionnaire IDE libéraux

**Obligatoire*

A) Pour mieux vous connaître

1. Etes-vous : ** Une seule réponse possible.*

Un homme

Une femme

2. Quel âge avez-vous (en chiffres) ? ***

3. Depuis combien d'années travaillez-vous en milieu libéral (en chiffres) ? ***

4. Avez-vous déjà travaillé en milieu hospitalier (en dehors de vos études) ? ** Une seule réponse possible.*

Oui

Non

5. Si oui, dans quel(s) service(s) ?

6. Quel est votre lieu d'exercice ? ** Une seule réponse possible.*

- Rural
- Semi-rural
- Urbain
- Autre :

7. Exercez-vous : * *Une seule réponse possible.*

- A plus de 30 minutes d'un centre hospitalier
- À moins de 30 minutes d'un centre hospitalier

8. Avez-vous une formation spécifique concernant la prise en charge des plaies chroniques (escarres, plaies du pied diabétique, ulcères de jambe) ? Choix multiples *
Plusieurs réponses possibles.

- Formation initiale (IFSI)
 - Formation continue (IFSI)
 - Stages en centre de cicatrisation
 - Diplôme universitaire de plaies et cicatrisation
 - Formation par les laboratoires privés
 - Groupes de pairs
 - Séminaires
 - Formation personnelle (revues médicales, internet, livres...)
 - Aucune
- Autre : _____

9. Vous sentez-vous suffisamment formé(e) en matière de plaies et cicatrisation ? * *Une seule réponse possible.*

- | | | | | | |
|-----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Non | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Oui, tout à fait |

10. Dans votre patientèle, combien suivez-vous de patients ayant une ou plusieurs plaies chroniques actuellement ?

Plusieurs réponses possibles.

	Moins de 5	5-10	Plus de 10
Ulcères de jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaies du pied diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Si autre type de plaie, veuillez le préciser :

B) La collaboration entre le médecin traitant et l'infirmier libéral

12. Quels moyens de communication avec le médecin traitant utilisez-vous ? Choix multiples * *Plusieurs réponses possibles.*

- Appel téléphonique
- Téléconsultation avec visioconférence
- Photographie – texte (MMS voire SMS)
- E-mail
- Ordonnance
- Cahier de transmission
- Consultation conjointe avec le médecin traitant au domicile du patient
- De vive voix (directement au cabinet médical)
- Par l'intermédiaire du patient

Autre : _____

13. Vous arrive-t-il de contacter le médecin traitant suite la découverte d'une plaie (pour en initier la prise en charge) ? * *Une seule réponse possible.*

1 2 3 4

Jamais Toujours

14. Etes-vous satisfait(e) de la communication avec le médecin traitant sur cette prise en charge ? * *Une seule réponse possible.*

1 2 3 4

Pas du tout satisfait(e) Très satisfait(e)

15. En cas de nécessité, le médecin traitant est-il disponible pour vous aider dans cette prise en charge ? * *Une seule réponse possible.*

1 2 3 4

Jamais Toujours

C) La prise en charge ambulatoire des plaies chroniques

16. Quels outils de surveillance des plaies utilisez-vous ? Choix multiples * *Plusieurs réponses possibles.*

- Photographies (appareil photo, smartphone)
- Mesures de la plaie
- Cahier de transmission
- Fiches de suivi de plaies volantes
- Fiches de suivi au sein d'un dossier de soins
- Aucun
- Autre : _____

17. Etes-vous satisfait(e) des prescriptions de soins et de pansements faites par le médecin traitant ? * *Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Pas du tout satisfait(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très satisfait(e)

18. En fonction de l'évolution de la plaie, modifiez-vous le type de pansement utilisé ? * *Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toujours

19. Si vous faites une nouvelle prescription, vous la faites : * *Une seule réponse possible.*

- Vous-même
 Par le médecin traitant

20. Le médecin traitant fait-il d'autres prescriptions en dehors du soin de plaie (antalgiques, décharges, chaussures de décharge, matelas, coussins...) ? * *Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toujours

21. Ressentez-vous des difficultés concernant la prise en charge des plaies chroniques ? * *Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toujours

22. Vous sentez-vous isolé(e) dans cette prise en charge ? * *Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toujours

23. Que proposeriez-vous pour améliorer la prise en charge des plaies et leur cicatrisation ? Choix multiples * *Plusieurs réponses possibles.*

- Formation professionnelle accessible aux infirmiers libéraux avec un soignant expert
- Réunions pluridisciplinaires avec les médecins généralistes et/ou des référents en plaies (chirurgiens, angiologues)
- Création d'équipes d'experts en plaies chroniques dans le département, facilement joignable pour avis
- Mise en place de consultations en télémédecine avec un référent en cicatrisation (infirmier, médecin généraliste, chirurgien, angiologue)
- Création d'un suivi standardisé des plaies au domicile du patient
- Autre : _____

24. Vous pouvez mettre votre email ci-dessous si vous souhaitez avoir un retour sur cette étude. Merci pour votre participation.

Annexe 3 : Le courriel de participation l'étude

Madame, Monsieur,

Je prépare actuellement une thèse de médecine générale sur la prise en charge par les infirmiers hospitaliers et libéraux des plaies chroniques (délai de cicatrisation supérieur à 4 à 6 semaines) en Tarn-et-Garonne.

Ainsi, je me permets de vous solliciter afin de recueillir des informations sur votre prise en charge et sur les éventuelles difficultés que vous pouvez ressentir (notamment la collaboration et la communication avec le médecin référent du patient, qu'il soit médecin traitant ou médecin dans le service).

Pour cela, j'ai préparé 2 questionnaires qui sont anonymes, un pour les infirmiers libéraux et un pour les infirmiers hospitaliers.

Je vous prie de remplir le questionnaire qui vous concerne, cela ne vous prendra qu'une dizaine de minutes, avant le 15 janvier 2021. N'oubliez pas de cliquer sur "envoyer" à la fin du questionnaire.

Lien vers le questionnaire pour les infirmiers libéraux :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfbDAI3DDn1ju8tmhfrSyp9Pw17XYIIh6eIWQgKZHO6CaH_4A/viewform?usp=sf_link

Lien vers le questionnaire pour les infirmiers hospitaliers :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSftUPEtE1AYv8tn3zcrclu_1qCUvRaRjlDCyoQSpCQ0BGyS7g/viewform?usp=sf_link

Je vous remercie par avance pour votre précieuse participation et je reste à votre disposition pour toute précision sur les questionnaires ou les résultats de cette étude.

Eugénie De la Cruz

Médecin généraliste remplaçant

Eugenie.dlc@hotmail.fr

Dr Nathalie Boussier

Directrice de thèse

Auteur : Eugénie de la Cruz

Titre : Ressenti et difficultés des infirmiers hospitaliers et libéraux concernant la prise en charge des plaies chroniques dans le Tarn-et-Garonne.

Directrice de thèse : Dr Nathalie Boussier

Date et lieu de la soutenance : Faculté de médecine Toulouse Rangueil, le 24 mai 2022.

Résumé : La prise en charge des plaies chroniques est un enjeu de santé publique. L'objectif de cette étude est d'évaluer les difficultés ressenties par les IDE hospitaliers et libéraux sur ces prises en charge complexes dans le Tarn-et-Garonne. Matériel et méthode : C'est une étude descriptive, quantitative et rétrospective auprès des IDE du Tarn-et-Garonne sur leurs difficultés ressenties dans la prise en charge des plaies chroniques, par le biais de deux questionnaires, un pour les IDE hospitaliers, un pour les IDE libéraux, de novembre à décembre 2020. Résultats : 140 réponses ont été obtenues et 130 ont été analysées. La majorité des participants s'est déclaré insatisfait dans la communication avec le médecin référent avec une moindre disponibilité du médecin, malgré de nombreux moyens de communication utilisables. Les difficultés de prise en charge sont plus marquées parmi les IDE libéraux par rapport aux IDE hospitaliers. Les principales améliorations proposées sont une meilleure formation et la création d'équipes expertes en cicatrisation. Conclusion : La prise en charge des plaies chroniques implique de multiples difficultés. Le socle de la formation est insuffisant et à améliorer. La communication IDE/médecin est insatisfaisante sur de nombreux paramètres. Il faut renforcer le socle de la formation des principaux intervenants et permettre une prise en charge pluridisciplinaire, notamment grâce aux réseaux de soins experts.

Title: Feelings and difficulties for hospital and liberal nurses about the management of chronic wounds in Tarn-et-Garonne department.

Abstract: Management of chronic wounds is a major public health issue. The aim of this study is to assess the difficulties felt by hospital and liberal nurses on these complex treatments in Tarn-et-Garonne department. Materials and methods: It is a descriptive, quantitative and retrospective study with nurses of Tarn-et-Garonne department on their difficulties in the management of chronic wounds, through two questionnaires, one for hospital nurses, one for liberal nurses, from November to December 2020. Results: 140 responses were obtained and 130 were analysed. Majority of participants declared themselves unsatisfied with the communication with the referring doctor with a lower availability of the doctor, despite of many usable means of communication. Liberal nurses are more often in care difficulties than hospital nurses. Main proposed improvements are a better training and the creation of expert healing teams. Conclusion: Management of chronic wounds involves a lot of difficulties. The training basis is not enough and needs to be improved. Nurse/doctor communication is unsatisfactory on many parameters. It is necessary to get stronger the training of the main actors and to allow a multidisciplinary care, thanks to expert networks particularly.

Mots-clés : Plaie chronique, infirmier, prise en charge, réseau de soins.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France