

Marie Françoise GOMEZ

Infirmière Libérale

15 place chavanelle

42000 Saint-Etienne

Enquête sur la prise en charge
des plaies chroniques
en médecine de ville
à Saint-Etienne

Diplôme Universitaire
Plaies et Cicatrisations
Montpellier Juin 2005

Sommaire

1- <u>Introduction</u>	Page 2
2- <u>Présentation de Saint-Etienne</u>	
2-1 La ville	Page 3
2-2 Structures hospitalières publiques/privées	
2-3 Démographie des professionnels de santé libéraux	
2-4 Les réseaux	Page 4
3- <u>Méthodologie et outils</u>	
3-1 Population de l'enquête	Page 5
3-2 Questionnaires	
3-2-1 Infirmiers	
3-2-2 Médecins libéraux	Page 6
3-2-3 Médecins hospitaliers	Page 7
3-2-4 Pharmaciens	Page 8
3-2-5 Autres	
4- <u>Résultats</u>	
4-1 Taux de participation	Page 9
4-2 Résultats par profession de santé	Page 9 à 15
5- <u>Analyse</u>	
5-1 Taux de participation	Page 16
5-2 Typage des plaies	
5-3 Pratiques professionnelles	Page 17
5-4 Formation	Page 21
6- <u>Conclusion</u>	Page 22
7- <u>Bibliographie</u>	Page 23
8- <u>Annexes</u>	Page 24

Introduction

Depuis plusieurs années, les soins de ville sont en augmentation constante et régulière : le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques liées ou non à notre mode de vie (diabète, cancers, BPCO, pathologies neurologiques), l'accroissement de la comorbidité qui en découle, expliquent en parti cette explosion.

Les nouvelles techniques chirurgicales qui permettent de réduire la durée de séjour en milieu hospitalier ainsi que le souci permanent de nos politiques de résoudre le problème récurrent du trou abyssal de notre système de santé, a contribué aussi à l'accroissement du nombre de prise en charge à domicile de certains soins.

Les infirmiers libéraux qui sont au centre du système de santé de ville, vivent sur le terrain cette réalité et notamment dans le domaine de la plaie.

En effet, notre exercice professionnel nous confronte quotidiennement aux plaies chroniques, qu'ils s'agissent d'ulcère, d'escarre, de plaie diabétique, de plaie cancéreuse, de stomie, de plaie chirurgicale avec complications...

Le statut libéral demande d'être polyvalent (soignant, coordinateur, éducateur de santé, administratif, gestionnaire), holistique dans le soin infirmier, compétent au cours d'une même journée dans des domaines aussi variés que sont l'endocrinologie, la gériatrie, la cancérologie, la cardio-angiologie, les soins palliatifs, la gériatrie-psychiatrie, la polytraumatologie. Tous ces domaines sont concernés par une problématique de plaies chroniques.

La formation initiale de l'infirmier et des autres professionnels de santé ne prépare pas toujours de façon optimale à cette prise en charge. Il nous est donc apparu opportun d'établir dans ce mémoire un état des lieux sur Saint-Etienne, de la problématique posée dans la prise en charge des plaies chroniques en médecine de ville.

Pour ce faire, nous avons choisi d'établir un questionnaire spécifique à chaque profession impliquée dans cette prise en charge , que ce soit du côté hospitalier ou du côté libéral, afin de recenser les pratiques professionnelles exercées autour de la plaie et la connaissance des rôles de chacun des acteurs de santé.

Nous examinerons les réponses et analyserons les résultats de chaque catégorie professionnelle de santé ayant exprimé ses attentes et ses besoins. L'objectif de ce mémoire est de provoquer une réunion par une prise de conscience pluridisciplinaire des problèmes , afin de déterminer les changements de pratiques nécessaires à l'amélioration de la qualité de prise en charge de ces plaies dans un contexte socio-économique dont on ne peut faire abstraction..

Présentation de Saint-Etienne

2-1 La ville

Saint-Etienne, chef lieu de la Loire, situé à 550m d'altitude compte 183 522 habitants intra muros et 360 000 habitants dans son agglomération. 14e ville de France, elle est la 2e capitale de la région Rhône Alpes après Lyon.

La ville compte 45 000 habitants de plus de 60 ans.

Le dernier recensement date de 1999 :

80-84 ans : 3734 habitants (1296 hommes-2435 femmes)

85-89 ans : 3489 habitants (1004 hommes-2485 femmes)

90-94 ans : 1472 habitants (292 hommes-1180 femmes)

95-99 ans : 355 habitants (60 hommes-295 femmes)

100 ans et plus : 48 habitants (7 hommes-41 femmes)

2-2 Structures hospitalières publiques/privées

Le CHU de Saint-Etienne rassemble les établissements hospitaliers de l'hôpital de St Jean Bonnefonds, hôpital de la Charité (gériatrie), hôpital Bellevue, hôpital Nord ; et comptait 1824 lits en 2004. Il traite toutes les spécialités.

L'ICL (institut de cancérologie de la Loire) a vu le jour en 2004 sur le site du CHU Nord. Décidé en 1997 par l'ARH (Agence régionale d'hospitalisation), l'ICL est reconnu comme pôle de référence universitaire en cancérologie. Il compte 104 lits et une HAD(hospitalisation à domicile) se mettra en place courant 2006 en collaboration avec le réseau de soins palliatifs OIKIA.

La nouvelle clinique de la Mutualiste ouverte depuis janvier 2001 résulte de la fusion des cliniques de la croix de l'Horme, de la Digonnière, et du Guizay. Elle traite les spécialités telles que l'orthopédie, la chirurgie vasculaire, viscérale, digestive et thoracique, la gynécologie, l'urologie, l'ophtalmologie, l'O.R.L. Elle a une capacité de 210 lits.

Le CHPL (centre hospitalier privé de la Loire) a vu le jour début 2005 par la fusion de 3 cliniques stéphanoises (polyclinique de Beaulieu, clinique Michelet, clinique de la Jomayère). Il traite tous les domaines et même l'urgence et compte plus de 300 lits.

2-3 Démographie des professionnels de santé libéraux

En janvier 2004(liste ADELI), 200 infirmiers libéraux stéphanois sont répartis en une cinquantaine de cabinets. En effet sur Saint-Etienne, les infirmiers sont les seuls professionnels de santé libéraux avec SOS médecins à assurer une continuité de soins 365 jours par an, 24h/24. Pour cela, ils travaillent en alternance auprès des mêmes patients au sein d'un cabinet de groupe ou en association.

141 médecins généralistes dont 42 femmes exercent dans la ville : 28 d'entre eux exercent au sein de 13 cabinets de groupe mais aucun n'assure de consultations les samedis après-midi , dimanches et jours fériés : les appels sont orientés sur SOS médecins ou sur le 15.

Près de la moitié des cabinets ferment ½ voire 1 journée dans la semaine en plus du week-end

Les remplaçants pendant les congés sont loin d'être systématiques.

6 gériatres libéraux : pas de cabinet de groupe. Pas de remplaçant pendant les congés.

17 dermatologues : travaillent chacun dans leur propre cabinet sauf pour trois d'entre eux réunis au sein d'un cabinet de groupe.

8 endocrinologues : 2 d'entre eux ont le double statut hospitalier / libéral.

2-4 Les réseaux

Trois réseaux existent sur Saint-Etienne.

OIKIA : le réseau de soins palliatifs limité à Saint-Etienne agglomération ainsi qu'aux communes du Pilat et de la Plaine existe depuis septembre 2001. L'inclusion du patient implique que celui-ci soit considéré en soins palliatifs évalués sur la base de critères médicaux validés, ce qui explique qu'une majorité de ces patients soient atteints de pathologies cancéreuses.

DEDICAS : le réseau diabète existe depuis 2002 et est en place sur tout le département de la Loire , élargi à Annonay. Le critère d'inclusion est tout patient atteint de diabète type II avec pour objectif d'organiser ensemble une réponse concertée face au diabète :200 diabétiques étaient pris en charge en 2004.

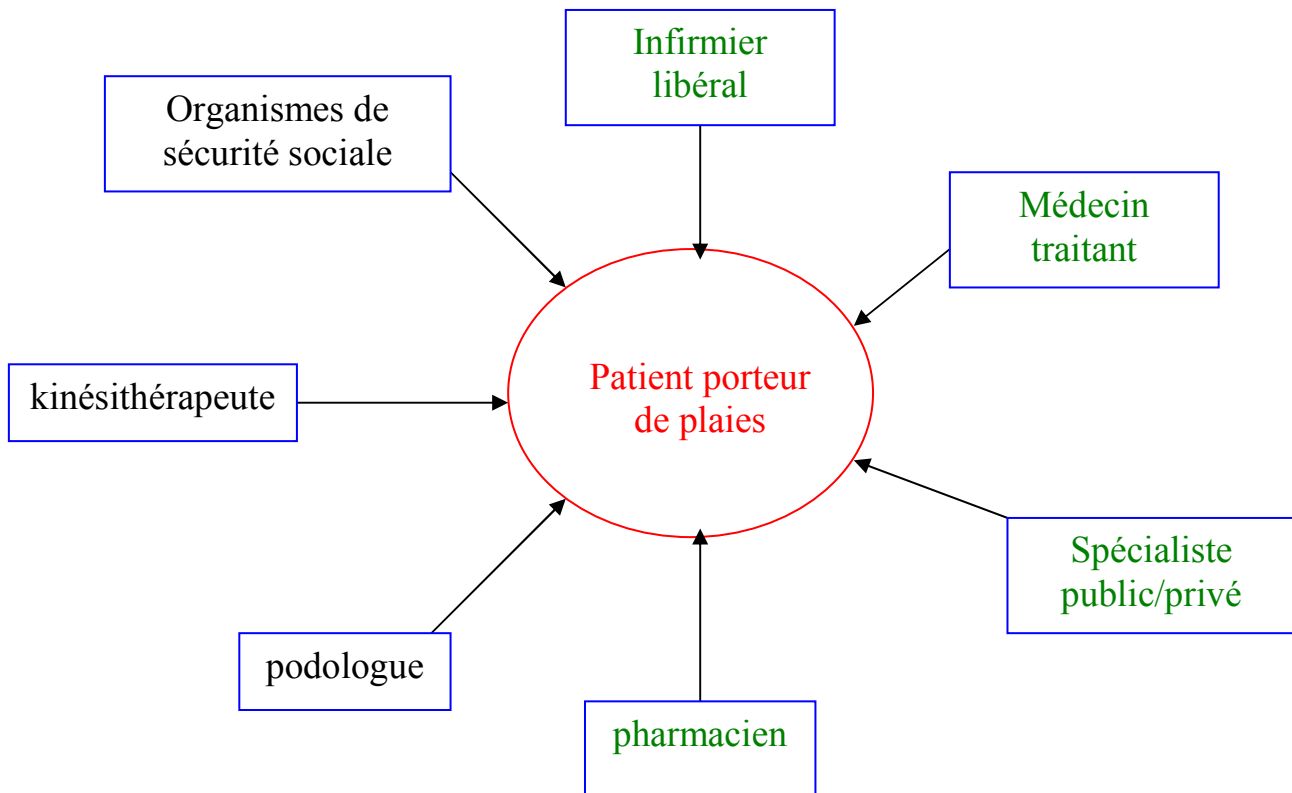
AMADIS : le réseau gérontologique stéphanois intra-muros existe depuis octobre 2003 et prend en charge 250 patients. L'inclusion d'un patient est déclenchée par le signalement de toute personne de plus de 75 ans en situation fragilisée et/ou dépendante GIR 4 et/ou polypathologique.

La transversalité entre ces réseaux existe et de plus, de nombreux professionnels de santé adhèrent aux 3 réseaux.

Méthodologie et outils

3-1 Enquête

Nous avons tout d'abord inventorié tous les professionnels et organismes impliqués dans la prise en charge d'une plaie à domicile pour établir notre population d'enquête.



3-2 Questionnaires

Nous avons ensuite établi un questionnaire avec des items propres à chaque catégorie professionnelle.

3-2-1 INFIRMIERS DIPLOMES D'ETAT LIBERAUX (IDEL)

Nous avons envoyé un questionnaire aux cinquante cabinets infirmiers connus à ce jour. Nous sommes partis du principe qu'au sein d'un même cabinet, tous les infirmiers étaient confrontés à la même problématique puisqu'ils soignaient les mêmes patients, les mêmes plaies et dans les mêmes conditions.

Le questionnaire comporte cinq parties et se veut rétrospectif sur les 6 derniers mois:

- Une première partie permet de découvrir le nombre de plaies traitées au cours de cette période, et le type de plaies.
- Une deuxième partie, nous fait connaître le contexte de la prise en charge de ces plaies. En effet, l'infirmier peut intervenir en première intention suite à une première prescription médicale ou en deuxième intention suite à un échec de prise en charge par le patient lui-même. Dans ce cas, il était intéressant d'en connaître les raisons.

Nous avons voulu savoir s'il existait des outils de liaison ville /hôpital ou prescripteur /soignant et si les infirmiers libéraux maîtrisaient les transmissions ciblées.

- Une troisième partie, nous permet de nous intéresser à la prescription proprement dite. Nous voulions connaître sur le terrain, les problèmes rencontrés par les infirmiers. Du libellé qualitatif et quantitatif dépendent la qualité du soin.

Nous avons cherché à savoir à quel rythme la réfection des pansements par l'infirmier était prescrit, si ce rythme lui paraissait pertinent et à quels intervalles, l'évaluation clinique médicale était faite. Nous nous sommes aussi demandé dans quelle proportion, l'infirmier influençait le prescripteur dans le choix des dispositifs médicaux et si cette collaboration était systématique.

- Une quatrième partie s'est intéressée aux pratiques infirmières, à leurs connaissances dans le domaine de la plaie.

- Enfin une cinquième partie, leur a permis de s'exprimer sur les moyens de formation et d'information sur les plaies et sur leurs attentes et leurs besoins dans ce domaine.

3-2-2 MEDECINS LIBERAUX

Compte tenu du nombre important de médecins généralistes libéraux, nous avons choisi d'envoyer un questionnaire à soixante-dix médecins choisis de façon aléatoire. Même si cela peut constituer un biais, l'échantillon est suffisamment important pour être exploité.

Par contre les dermatologues ainsi que les gériatres et les endocrinologues ont tous été sollicités.

Ce questionnaire a été construit en cinq parties :

- La première partie concerne les prescriptions médicales, nous demandons le nombre de prescriptions libellées au cours des six derniers mois concernant les plaies. Nous avons aussi voulu savoir le type de plaies diagnostiquées et si ces prescriptions donnaient lieu automatiquement à des soins infirmiers. Dans la négative, nous souhaitons une argumentation.

- Dans la deuxième partie, nous nous sommes intéressés à l'attitude du médecin devant un échec de prise en charge d'une plaie. Nous voulions savoir si le prescripteur envoyait son patient chez le spécialiste de ville ou en consultation à l'hôpital .

- La troisième partie concerne la connaissance du rôle propre de l'infirmier par le médecin prescripteur. Il était intéressant d'établir si le médecin qui délègue les soins à l'infirmier, connaissait le décret de compétence de la profession, la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) induisant le paiement à l'acte, la DSI (démarche de soins infirmiers), la surveillance clinique hebdomadaire .

- La quatrième partie sert à évaluer :

- la collaboration médecin/infirmier. Nous avons voulu connaître le savoir médical envers les nouveaux pansements, évaluer le pourquoi de leur éventuelle résistance à les prescrire et le rôle joué par l'infirmier dans l'aide à la prescription, leur position face au transfert de tâches évoqué dans le rapport BERLAND et si la terminologie « infirmier référent ville » leur parlait ou les choquait ».
- La collaboration ville/hôpital : nous avons voulu savoir l'outil de liaison le plus souvent utilisé et leur éventuelle implication dans une commission de travail pour l'amélioration de la prise en charge des plaies à domicile.

- La cinquième partie a servi à évaluer les pratiques en leur demandant:

- .leur prescription pour déterger une plaie
- .leur prescription en présence de signes cliniques locaux d'infection
- .leur prescription en cas de plaies très exsudatives

.leur prescription devant un érythème persistant et localisé

3-2-3 MEDECINS HOSPITALIERS

A priori, nous pouvons dire que tous les services des structures de soins sont concernés par les plaies chroniques. En effet, un patient porteur d'un ulcère peut être hospitalisé pour un autre motif médical ou chirurgical. Inversement, un patient peut développer une escarre lors d'une hospitalisation en médecine ou en chirurgie. Hors, avant la mise en place de la T2A (tarification à l'activité) en janvier 2005, seule la pathologie la plus importante était comptabilisée. Malgré le biais qui peut en découler, nous avons volontairement sélectionné pour l'envoi de nos questionnaires les services où la plaie était un élément majeur à savoir la gériatrie, la dermatologie, les services cardio-vasculaire, la médecine physique et de réadaptation, l'endocrinologie et les maladies infectieuses. Tous les médecins de chaque service ainsi que le cadre de santé ont reçu un questionnaire ; l'objectif étant que chaque service renvoie au moins un questionnaire.

Ce questionnaire comporte quatre parties :

- La première partie s'intéresse au nombre de patients porteurs de plaies à leur retour à domicile et au nombre de patients hospitalisés à cause d'une plaie.
- Dans la deuxième partie du questionnaire, nous avons cherché à évaluer la collaboration ville- hôpital en nous interrogeant sur l'existence d'une fiche de liaison à la sortie des structures, à l'éventuelle délégation au médecin traitant pour le suivi et le réajustement du traitement.
- Une troisième partie concerne au même titre que les médecins libéraux, la connaissance de la profession d'infirmière .
- La quatrième partie permet de demander leur positionnement face à un « référent ville » et leur éventuelle implication dans une commission de travail pour améliorer la prise en charge des plaies à domicile

3-2-4 PHARMACIENS

Nous avons sélectionné de façon aléatoire une dizaine de pharmacies à qui nous avons envoyé un questionnaire.

En effet, Saint-Etienne compte environ quatre-vingts pharmacies, mais nous sommes partis de l'hypothèse qu'une prescription médicale, quel que soit la pharmacie, occasionnait les mêmes questionnements face à la délivrance. Les réponses de l'échantillon aléatoire seront considérés comme le reflet de toute la profession.

Le questionnaire se divise en trois temps :

- Dans un premier temps ,il a permis de définir les connaissances générales du pharmacien dans le domaine de la plaie : en effet, il est le professionnel de santé en première ligne dans l'automédication. Une « petite plaie » découverte par le patient ou sa famille peut aboutir à une première consultation chez son pharmacien. Un mauvais conseil peut engendrer une chronicité de la plaie.

Pour cela, nous avons testé leurs connaissances :

- des différentes phases dans le processus de cicatrisation.
- des différentes étapes dans l'élaboration d'un soin infirmier de plaies.
- des indications des nouveaux dispositifs médicaux.

et demandé leur attitude face à une plaie sans prescription.

- Un deuxième temps du questionnaire concernait la délivrance de la prescription médicale. Nous voulions savoir si le pharmacien connaissait les contre-indications, les associations interdites ou

déconseillées afin de savoir repérer une éventuelle erreur et s'il rencontrait des difficultés de délivrance par l'imprécision de son libellé.

- Le troisième temps s'est intéressé au côté économique de la plaie. Sur le terrain, il s'avère que de nombreux « nouveaux pansements » font l'objet de dépassement dans le cadre du remboursement LPPR (liste des produits et prestations remboursables). Ceci peut occasionner des difficultés d'obtenir les « bons » pansements prescrits pour les patients à petits revenus. Nous voulions décrire l'attitude du pharmacien dans ce contexte.

3-2-5 AUTRES

Dans cette partie, nous étudions les professions impliquées en deuxième intention dans la prise en charge de la plaie, ainsi que les organismes de sécurité sociale, liquidateurs des prestations

Podologues :

Ils sont impliqués uniquement dans le pied diabétique. La méthode choisie pour les besoins du mémoire a été une enquête téléphonique. En effet, nous voulions savoir les circonstances de leur intervention dans le domaine de la plaie et connaître les professionnels qui les sollicitaient.

Kinésithérapeutes

Peu accepte de se déplacer au domicile des patients. On a choisi aussi la méthode téléphonique pour savoir s'ils participaient aux conseils de positionnement, aux choix des supports préventifs d'escarres et connaître leurs actions dans le domaine préventif des plaies.

Les réseaux

Compte tenu de leur faible nombre, nous avons élaboré un questionnaire spécifique, adressé à l'infirmier cadre des trois réseaux.

Nous avons souhaité connaître le nombre de patients inclus dans chaque réseau ainsi que les types de plaies rencontrées chez leur patients.

Nous avons aussi voulu identifier les difficultés de prise en charge pluridisciplinaire des plaies dans le cadre du réseau et les attentes et les besoins des adhérents professionnels dans ce domaine.

Les organismes de sécurité sociale

Nous avons interrogé l'organisme payeur le plus important de la ville à savoir la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie). Nous voulions connaître les résultats d'éventuelles études de coût des plaies chroniques en médecine de ville, le coût annuel des prestations des infirmiers, le coût moyen mensuel d'une prescription pour une prise en charge d'une plaie en ville etc....

Résultats

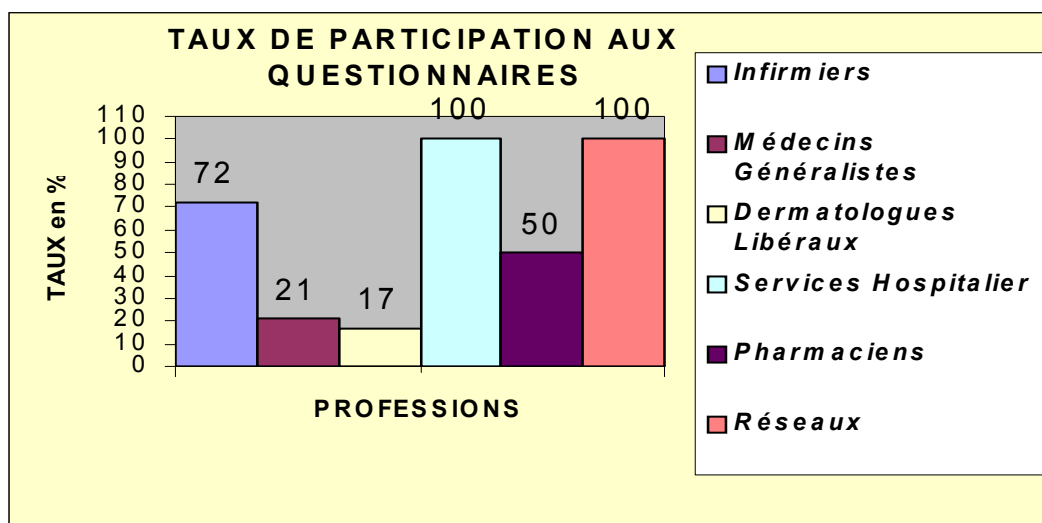
4-1 Taux de Participation

Le taux moyen de participation est de 60% mais de grandes disparités existent suivant la profession de santé interrogée.

Nous avons reçu :

- 36 questionnaires sur les 50 envoyés chez les infirmiers libéraux
- 15 questionnaires sur les 70 envoyés chez les médecins libéraux
- 3 questionnaires sur les 17 envoyés chez les dermatologues libéraux
- 5 questionnaires sur les 10 envoyés dans les pharmacies d'officine
- 3 questionnaires sur les 3 envoyés aux réseaux

-16 questionnaires sur les 16 services des structures hospitalières publiques et privées contactés. (dans ce dernier cas, ce sont les réponses par service et non les réponses par médecin qui sont considérées : en effet 6 à 10 questionnaires par service ont été envoyés. Ils n'ont pas tous abouti à une réponse mais chaque service a renvoyé au moins un questionnaire)



4-2 Résultats par profession de santé

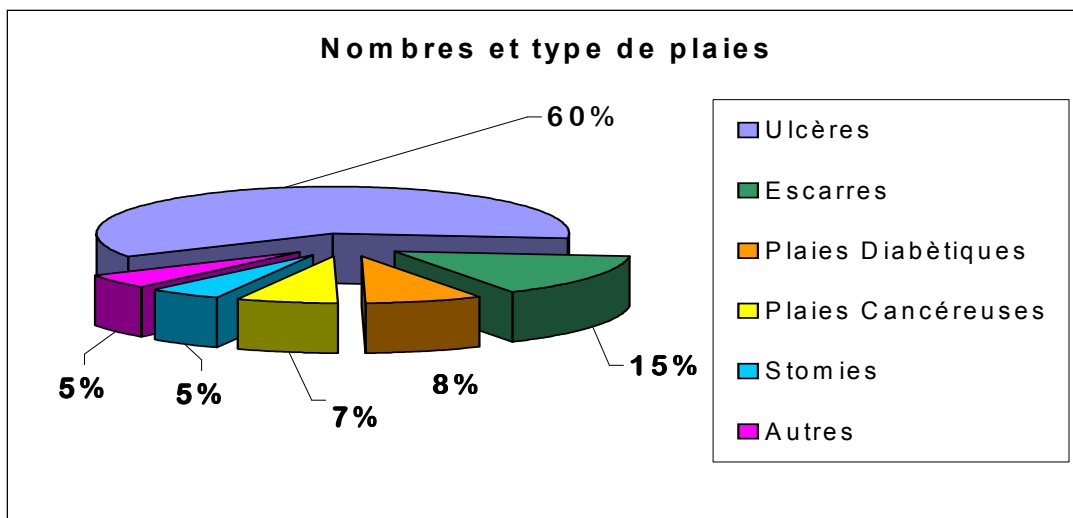
4-2-1 INFIRMIERS

Tous les cabinets qui ont renvoyé leur questionnaire, ont traité entre 5 et 10 plaies chroniques par mois en moyenne en étude rétrospective, ce qui explique peut-être leur motivation à répondre .

Ce sont essentiellement des ulcères (nous n'avons pas fait la distinction, veineux , artériels ou mixtes) et des escarres, mais les autres plaies chroniques sont tout de même présentes au sein de 15 cabinets. Les cabinets qui ont le plus d'escarres à prendre en charge sont ceux qui ont une activité nursing importante, (patients en soins palliatifs, personnes âgées grabataires, pathologies neurologiques).

A peu près le même nombre de maux perforants plantaires et de plaies cancéreuses sont pris en charge par les infirmiers libéraux.

Les stomies sont peu nombreuses ,les autres plaies concernent essentiellement des plaies chirurgicales aiguës qui se sont compliquées à la suite d'une infection, d'un hématome ou d'une désunion .



Cinq cabinets seulement utilisent les transmissions ciblées. Ceux qui ne les utilisent pas, l'expliquent par un manque d'appropriation de l'outil et de la terminologie sans formation au préalable, d'autres par habitude des transmissions orales au sein de leur cabinet, d'autres par manque de temps.

Douze cabinets n'hésitent pas à dénoncer :

- la non reconnaissance financière de ce « travail administratif ».
- le non respect de la profession d'infirmier libéral de la part de certains prescripteurs qui les considèrent seulement comme des tâcherons.
- l'absence de fiche de liaison avec l'anamnèse de la plaie et le diagnostic étiologique.

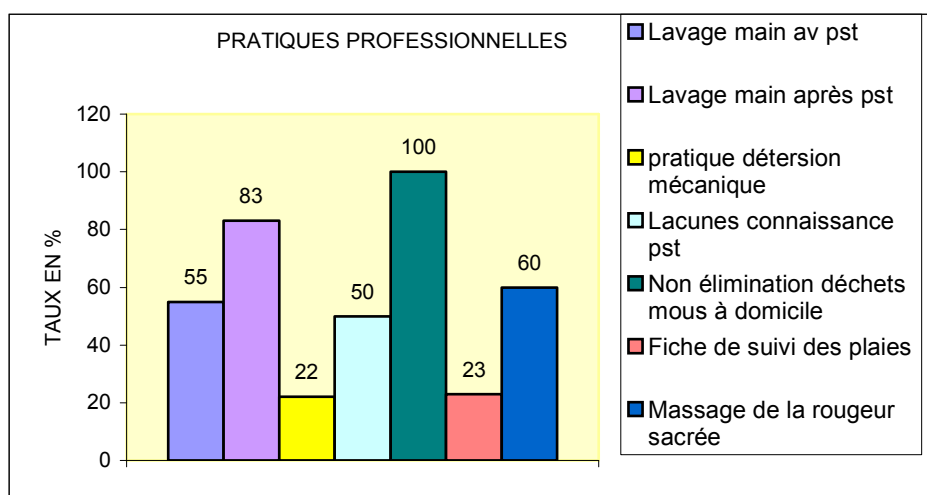
Concernant les prescriptions tous les questionnaires sont unanimes et se rejoignent :

- la qualité de la prescription qui permet le remboursement de l'acte est insuffisante .les prescripteurs en sont encore à l'ancienne nomenclature qui distinguait le grand pansement côté AMI 4 du pansement ordinaire côté AMI 2 et ne précisent pas le nombre de plaies sur un même patient.
- d'un point de vue quantitatif ,tous les questionnaires rapportent au minimum trois prescriptions/mois qui contiennent un oubli de produits (sérum physiologique- dispositif de contention) ou une prescription inadaptée (quantité des produits insuffisante ou inversement trop importante- taille des compresses inadéquates).
- toutes les prescriptions ne contiennent qu'un seul dispositif médical pour une durée souvent de 3 mois voire de 6 mois pour les dermatologues libéraux, et pour certains jusqu'à cicatrisation sauf pour un dermatologue libéral qui prévoit un dispositif médical de chaque classe afin que l'infirmier puisse adapter son soin au stade clinique de la plaie.
- l'intervention en 2° intention de l'infirmier suite à un échec de l'autosoin pose la question des critères d'évaluation du praticien ,des capacités d'observance du patient ou de sa famille.
- le rythme de réfection des pansements est trop rigide et identique pour toute la durée de la prescription ce qui laisse aucun rôle à l'infirmier pour le réajustement. L'infirmier voudrait avoir la latitude d'espacer ou de rapprocher ses visites en fonction de la clinique de la plaie .
- la réévaluation clinique médicale est insuffisante et non systématique chez les prescripteurs libéraux: elle se fait à la demande de l'infirmier quand celui -ci doute de sa stratégie, mais elle est aussi pratiquée par téléphone sur les données de l'évaluation clinique infirmière. Chez les

prescripteurs hospitaliers, la réévaluation est régulière par l'intermédiaire de consultations rapprochées en fonction de l'état clinique .

Concernant les pratiques professionnelles :

- Vingt questionnaires rapportent l'absence de lavage des mains avant la réfection du pansement mais par contre trente disent se laver les mains après. Ils l'expliquent par l'utilisation de gants ou de sets à pansements ou de boîtes à pansements.
Les infirmiers de cinq cabinets ont dans leur mallette, un flacon de gel antiseptique instantané.
- Quatre questionnaires seulement parlent de la pratique de déterision mécanique, les autres expliquent une non maîtrise et expérience de la technique, un manque de temps et une non reconnaissance financière de cet acte.
- Dix-huit questionnaires parlent de lacunes concernant les propriétés, indications, contre-indications des produits utilisés.
- Cinq questionnaires affirment utiliser au sein de leur cabinet un support écrit pour le suivi des plaies
- Vingt cabinets pratiquent le massage en cas d'érythème sacré
- Trente-six questionnaires avouent ne pas évacuer les déchets mous à domicile ;seuls les déchets produits au cabinet sont éliminés dans des containers spéciaux.



Par contre 100% des déchets piquants , coupants, tranchants sont évacués aussi bien ceux provenant du domicile que ceux provenant du cabinet.

La formation des infirmiers libéraux revêt plusieurs formes :

- Aucun n'a suivi de formation diplômante dans le domaine de la plaie
- La moitié des cabinets qui ont répondu sont abonnés à des revues professionnelles et/ou syndicales Mais parallèlement, ils avouent ne pas les lire régulièrement par manque de temps.
- Dix cabinets sur les trente-six ont au moins un infirmier qui soit allé à une réunion courte de 2 heures de formation ,organisée par les laboratoires au cours des 6 derniers mois.
- Cinq cabinets ont 1 infirmier qui a suivi une formation continue FIF-PL de 3 jours sur les plaies et cicatrisations
- Trente-six questionnaires déplorent une formation initiale IFSI insuffisante dans le domaine de la prise en charge des plaies .

La moitié des infirmiers avouent n'être pas toujours à l'aise dans l'expertise et apprécieraient de pouvoir se référer à un infirmier en cas de doute sur une technique ou une stratégie thérapeutique.

4-2-2 MEDECINS LIBERAUX

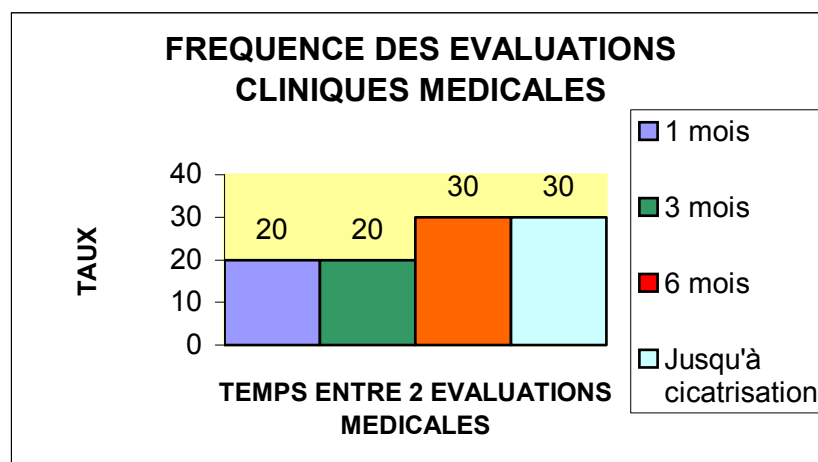
Les généralistes ont consulté 5 à 10 plaies chroniques par mois en moyenne au cours des 6 derniers mois. Les dermatologues libéraux répondent la même chose. Ce sont essentiellement des ulcères (60% des cas) et des escarres (12% des cas). Les endocrinologues suivent dans 100% des cas, des plaies diabétiques.

Dans 100% des cas, les plaies chroniques suivies par les spécialistes libéraux aboutissent à une prescription de soins infirmiers.

Chez les généralistes, 30% d'entre eux avouent favoriser l'autosoin par le patient ou un proche, en cas de plaie bénigne. Mais parmi ces 30%, plus de la moitié d'entre eux reconnaît avoir été obligé de prescrire des soins infirmiers en 2^o intention devant une dégradation de l'état de la plaie ou à la demande de l'aidant ou du patient.

L'évaluation continue de la plaie s'effectue de façon espacée. Les dermatologues font des prescriptions de 3 mois à 6 mois et dans 30% des cas, elles sont libellées jusqu'à cicatrisation.

Le tableau ci-dessous réunit toutes les professions médicales confondues.



Devant une mauvaise évolution de la plaie :

- Les médecins généralistes libéraux envoient dans 80% des cas chez le spécialiste de ville et dans 50% des cas, en consultation dermatologique hospitalière. (on dépasse les 100% car plusieurs médecins ont répondu «les deux», en fonction du délai pour obtenir la consultation spécialisée, ou du type de plaie).
- Les dermatologues libéraux continuent de suivre eux-mêmes les plaies à problèmes en multipliant les consultations pour réajustement.

100% des médecins libéraux pensent prescrire correctement les soins infirmiers, mais dans le même temps ils avouent ne pas connaître la NGAP, ni la DSI, ni la séance de surveillance clinique hebdomadaire.

En ce qui concerne la collaboration médecin/infirmier, les prescripteurs libéraux n'établissent aucune fiche de liaison pour l'infirmier; c'est à la demande de ce dernier que le diagnostic étiologique et le bilan lui sont transmis.

La collaboration ville/hôpital est systématique entre les professions médicales (courrier du médecin traitant vers l'hôpital et vice et versa)

100% des généralistes ont répondu très favorablement à la mise en place d'une infirmière référente en plaies: ils vont même jusqu'à évoquer la possibilité pour tous les infirmiers de prescrire dans le champ réservé à la plaie. Ils reconnaissent que l'infirmier est plus compétent qu'eux dans ce domaine et qu'il les oriente souvent dans la prescription.

Mais les généralistes souhaitent rester en 1^o ligne dans le diagnostic et la prescription primaire.

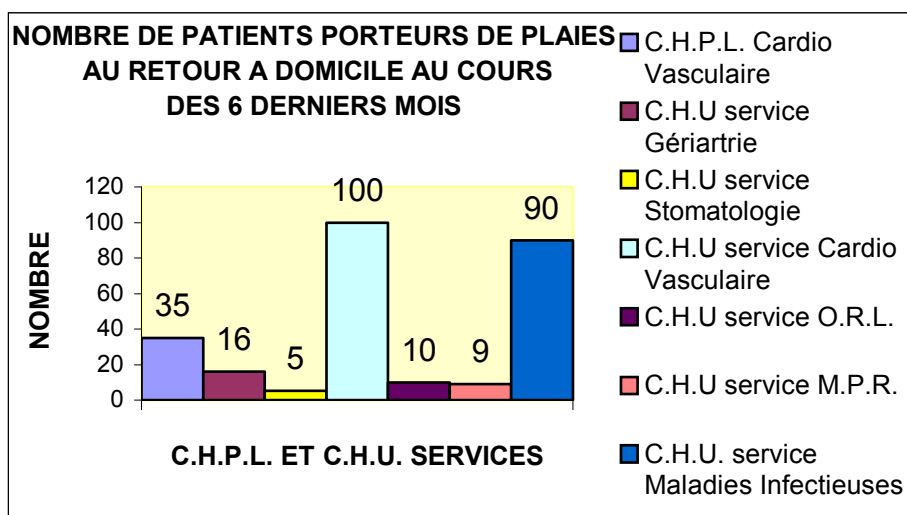
Les habitudes de prescription sont ancrées :

- un tiers des praticiens prescrivent de l'amitriptyline (ELASE) pour déterger ,à un rythme quotidien (50%) ou tri hebdomadaire. Les 2/3 restant prescrivent un hydrogel. La détersion manuelle à la curette en cas de fibrine ou à la lame de bistouri en cas de nécrose n'a jamais été citée. La prescription d'un anesthésiant local (EMLA) pour la prise en charge de la douleur liée à la détersion , par voie de conséquence n'est pas plus cité. L'hydrofibre et les alginates ne sont pas cités.
- devant une plaie infectée sans signes cliniques locaux (œdème, chaleur, rougeur, douleur) ni température, l'antibiothérapie par voie générale est pratiquée (15%) sans demande de bactériologie. Le lavage abondant au sérum physiologique et le passage à un rythme quotidien des pansements n'ont pas été cités. 1/3 des praticiens prescrivent un mélange antibiotique local (FUCIDINE) associé à de l'ELASE ou un sulfamide (FLAMMAZINE). 1/3 prescrivent des protocoles avec des antiseptiques iodés (bétadine scrub + bétadine dermique + bétadine tulle) Il est bon de préciser que 80% des prescripteurs ont oublié le sérum physiologique pour rincer le scrub. Les alginates et l'hydrofibre ne sont cités ,pourtant, ils sont très utiles dans les ulcères infectés.
- Devant une plaie exudative, les alginates sont prescrits dans 20% des cas, les hydrocellulaires dans 80% des cas.
- Devant un érythème, 90% préconisent un massage de la zone avec un topique local : la trolamine (BIAFINE).10% prescrivent un effleurage avec une solution d'acides gras essentiels hyperoxygénés (SANYRENE) ; aucune prescription de film semi- perméable ni hydrocolloïde mince.

4-2-3 MEDECINS HOSPITALIERS

A la question sur le nombre de patients porteurs de plaies chroniques à leur retour à domicile au cours des 6 derniers mois, les réponses sont très différentes :

Cela va de 9 plaies en sortie de médecine physique et réadaptation (MPR) à une centaine en sortie du service cardio- vasculaire du CHU .



Très peu de services ont mis en place une fiche de suivi : seulement les services cardio-vasculaire (C.V) privés et publics et les deux services de MPR disent joindre à la prescription de soins infirmiers ,une fiche de protocole.

Ces services ont une infirmière référente plaies pour le cardio-vasculaire et ont une commission escarre pour les services MPR.

Ce sont ces trois mêmes services qui sont très favorables à la mise en place d'une infirmière référente ville afin d'optimiser la coordination des soins , le respect des protocoles et qu'ils souhaiteraient voir travailler en collaboration avec leur infirmière référente.

La délégation au médecin traitant est loin d'être systématique :

- les services C.V préfèrent revoir les plaies en consultation , même si un courrier est adressé au généraliste.
- les services MPR pratiquent de la même manière sauf pour les plaies stabilisées dont il confie le suivi au médecin traitant.
- Le service infectieux qui voit des plaies très diverses (ulcères, escarres, plaies diabétiques) confie au médecin traitant le suivi, avec un courrier expliquant les nouvelles modalités de pansement.

Tous ces services sont prêts à participer à une commission de travail ville/hôpital pour l'amélioration de la qualité de prise en charge des plaies chroniques en ville.

4-2-4 PHARMACIENS

Les résultats des tests de connaissance dans le domaine de la plaie sont identiques quelque soit la pharmacie.

Sur les différents stades de cicatrisation, les termes « déterision, granulation et épidermisation » n'ont jamais été cités. Leurs connaissances des propriétés et indications des nouveaux pansements proviennent du marketing des délégués des laboratoires pharmaceutiques (réponse citée dans tous les cas),des soirées formation organisées aussi par les laboratoires (réponse citée 3 fois)

100% des questionnaires nous apprennent que la formation initiale des pharmaciens ne les prépare pas du tout à l'information de leurs clients ,dans le traitement des plaies.

Concernant les patients qui entrent dans une officine , sans ordonnance , pour un conseil , le pharmacien ne vend jamais du sérum physiologique comme produit nettoyant mais plutôt un produit désinfectant,et une solution dermique colorée (EOSINE,BETADINE) pour assécher la plaie plutôt qu'un hydrocolloïde. C'est la surface de la plaie qui détermine souvent sa gravité (80% des réponses) ;une plaie de 2 cm² aboutira à de la vente d'automédication, une plaie plus étendue sera orientée vers une consultation médicale.

Dans le cas de la brûlure du 1^o degré, la trolamine (BIAFINE) est bien conseillée mais la douleur associée n'est pas abordée.

Les difficultés de délivrance d'une prescription est liée à une imprécision (100% des réponses) :

- des dimensions des dispositifs médicaux
- de la connaissance de la dimension de la plaie

Dans le cadre des nouveaux pansements , un dépassement est appliqué dans 100% des officines interrogées mais celui-ci varie du simple au quadruple.80% des officines ont eu au moins un client qui a refusé de prendre ces pansements en raison de ce dépassement.

4-2-5 PODOLOGUES

Ils sont uniquement impliqués dans le pied diabétique et surtout en prévention par ablation de la kératose à la lame de bistouri .

Aucun podologue se déplace à domicile pour enlever un pansement de mal perforant plantaire et dékératiser. S'il y a plaie, ce rôle revient à l'infirmière.

Son acte n'est pris pas en charge par les organismes de prestations maladies et coûte environ 25 euros en cabinet et 30 à 35 euros à domicile :honoraire supérieur à une consultation médicale qui est remboursée. Ce coût est un frein dans la prévention du pied diabétique pour certains patients aux revenus modestes.

4-2-6 KINESITHERAPEUTES

Les soins à domicile représente à peine 10 % de leur activité.

Dans le cadre du réseau AMADIS et OIKIA, les kinésithérapeutes interviennent en rééducation passive et/ou active mais leurs obligations professionnelles en cabinet limitent la collaboration kiné/infirmier au lit du patient.

De plus leur intervention se fait à une fréquence de 2 à 3 fois par semaine alors que l'infirmier libéral intervient 1 à 2 fois par jour.

Ils ne sont pas systématiquement impliqués dans le conseil de positionnement et/ou de supports préventifs.

4-2-7 RESEAUX

Parmi les 284 patients inclus dans le réseau AMADIS, une soixantaine sont porteurs au moins d'une plaie chronique. Les 2 autres réseaux n'ont pas de statistiques.

Par contre, les trois réseaux confirment le besoin de formation des infirmiers dans ce domaine, et surtout une difficulté ressentie dans l'expertise.

Le réseau gérontologique souhaiterait la présence d'une infirmière référente de ville à la 1^o réunion de concertation qui a lieu au domicile du patient ; sa double casquette de libérale et de référente en plaie serait un plus dans la qualité de prise en charge des plaies chroniques des patients. En la présence du cabinet libéral soignant, du généraliste et du pharmacien, elle pourrait coordonner cette prise en charge en orientant les professionnels dans le juste pansement, au juste moment et au juste rythme.

Le réseau souhaiterait solliciter pour un rôle de formateur des infirmiers libéraux sur les plaies chroniques.

4-2-8 ORGANISMES PAYEURS

Aucune étude de coût des plaies chroniques en charge en médecine de ville n'existe sur Saint-Etienne. Il existe une codification des actes médicaux et paramédicaux mais elle n'est pas propre aux plaies chroniques.

Nous avons trouvé une information provenant de la CNAMTS (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) expliquant qu'en 2003 le poste des dispositifs médicaux avait augmenté de 11,3%..

Analyse

5-1 Taux de participation

Le taux de participation a mis en évidence 2 groupes : d'une part, l'hôpital, les infirmiers libéraux et les réseaux qui ont répondu massivement et d'autre part les généralistes, les pharmaciens et les dermatologues dont le taux de réponse a été nettement inférieur.

On peut s'étonner que les dermatologues libéraux, spécialistes des pathologies de la peau ne se soient pas énormément impliqués dans cet état des lieux (17%).

Les généralistes ont été guère plus nombreux à s'impliquer (25%). Pourtant, ils sont en première ligne dans le diagnostic étiologique d'une plaie et dans la prescription des soins appropriés.

Leur rôle d'ailleurs va devenir plus important puisque la nouvelle réforme de l'assurance maladie leur reconnaît un rôle de régulateur dans les consultations spécialisées.

Le taux de participation des pharmaciens laisse à penser que la moitié des officines n'ont pas de problèmes de dispensation des dispositifs médicaux et de conseils dans le domaine de la plaie.

Par contre, le taux massif de participation des infirmiers (72%) fait ressortir que ce questionnaire répondait à une attente et qu'ils en ont profité pour exprimer leurs soucis, leurs doléances et leurs besoins. Les 100% de participation des services hospitaliers montrent que la sélection de ces services pour l'envoi du questionnaire a été bien ciblée.

De cette enquête ressort leur sensibilisation à la problématique de prise en charge des plaies chroniques à domicile et aux besoins de réflexion sur les moyens d'amélioration de cette prise en charge dans le but de diminuer l'incidence des hospitalisations.

Le taux de participation des réseaux s'inscrit dans la même dynamique de volonté d'amélioration de la qualité par la prise en charge pluridisciplinaire de la plaie.

5-2 Typage des plaies

L'enquête a montré le même taux dans les différents types de plaies, quel que soit l'acteur de santé concerné.

Ces taux se rapprochent des taux habituels de prévalence que l'on retrouve dans la littérature médicale française (la prévalence des plaies chroniques est de 1% de la population générale).

On peut donc estimer qu'environ 1800 stéphanois sont porteurs de plaies chroniques : ce qui représente 36 patients par cabinet infirmier et 13 patients par médecin généraliste.

Cinq à dix plaies / mois sont suivies par les généralistes, en y ajoutant celles suivies par les spécialistes, on peut estimer que peu de plaies échappent aux structures sanitaires médicales.

Par le questionnaire infirmier, nous apprenons que 5 à 10 plaies sont soignées par les paramédicaux. Hors, même en extrapolant sur le nombre pris en charge en hospitalisation, une dizaine de patients / cabinet échappent à des soins infirmiers, soit près de 500 stéphanois.

Ces chiffres voudraient dire qu'il y a plus de plaies en autosoin, ou pris en charge par des professionnels non soignants que de plaies suivies par les infirmiers libéraux. Nous ne nous attendions pas à de tels chiffres en lançant cette enquête. Il serait bon qu'une étude épidémiologique rapporte les conséquences sanitaires et économiques d'une telle pratique et surtout les raisons de ces autosoins. En voulant économiser l'acte infirmier, peut-être augmente-t-on le temps de cicatrisation et par la même l'altération de la qualité de vie et le coût global de la plaie.

Il serait aussi utile de parler de l'exercice illégal de la profession d'infirmière, par la réfection des pansements par des professionnels non habilités : aide-soignante, auxiliaire de vie, femme de ménage.

Nous n'avons trouvé aucune étude du coût de ces conséquences dans la littérature.

Saint-Etienne n'est pas une ville qui fait ressortir l'émergence d'une pathologie de plaie particulière. La seule étude sur la ville, que nous ayons retrouvée est la thèse du Dr Kamel Bendjedou, sur l'épidémiologie des escarres sur tout le CHU de Saint-Etienne en 2003 et qui rapporte que :

- 39% des escarres provenaient du domicile (patients déjà porteurs d'escarres lors de leur hospitalisation)
- 40% des escarres comptabilisées sur le CHU, rentraient à domicile.
- L'âge moyen des patients était de 68 ans.

La prise en charge des plaies chroniques à domicile est donc bien un problème de santé publique sur la ville.

5-3 Pratiques professionnelles

Pour analyser ces pratiques, nous allons nous intéresser à 3 groupes :

- les prescripteurs (médecins)
- les dispensateurs (pharmaciens)
- les soignants (infirmiers)

Ce sont les trois piliers de la qualité des soins de plaies en médecine de ville.

Nous avons choisi cette base de réflexion, car il correspond à une logique théorique : le patient, à la découverte d'une plaie, consulte un médecin, va chercher ses médicaments chez son pharmacien et demande ensuite à l'infirmier de venir pratiquer les soins prescrits.

Nous aurions aimé retrouver dans le questionnaire des généralistes, les termes « bilan initial », « bilan étiologique », « prise en charge globale du patient ». Mais, aucun de ces termes n'a été répertorié. Le questionnaire provenant d'une infirmière libérale, nous pouvons émettre l'hypothèse, qu'ils ont réagi aux items du questionnaire comme ils agissent dans leurs prescriptions de soins infirmiers, c'est à dire en omettant d'informer l'auxiliaire médical du diagnostic et du bilan initial médical. Ceci est mal vécu par les infirmiers libéraux car cela les cantonne à un rôle uniquement de tâcherons qui exécutent des gestes appris et bien huilés, sans réflexion scientifique. Surtout que lorsque l'infirmier demande par téléphone ces renseignements, aucun questionnaire ne rapporte une réticence médicale à les fournir oralement ou par écrit.

Mais sur le terrain, la réalité ne suit plus la logique théorique.

L'IDEL EN PREMIERE LIGNE

Les infirmiers libéraux sont très souvent en première ligne chez les patients en perte d'autonomie, dans la découverte, le bilan initial clinique et la pratique du premier soin non prescrit puisqu'il s'agit d'une urgence (tel que le prévoit notre décret de compétence 2002-194 du 11/02/02) ; surtout lorsque cette découverte s'effectue le soir, le week-end, les jours fériés ou pendant les vacances et que le médecin traitant est injoignable, pas plus que l'interne ou le médecin hospitalier.

L'infirmier fait alors seul son évaluation de plaie avec ses connaissances, ses expériences et ses doutes : pouvoir se référer à un collègue très expérimenté, pour l'encadrement et la prise de décision de la stratégie thérapeutique est une attente des IDEL car il est tout aussi important de connaître la conduite à tenir que de savoir ce qu'il ne faut pas faire.

L'EVALUATION CONTINUE DE LA PLAIE

Les recommandations de bonnes pratiques conseillent une évaluation continue régulière et adaptée à l'état de la plaie : une évaluation initiale, une évaluation à la fin de chaque stade du processus de cicatrisation (détersion, granulation, épithélialisation) et une évaluation à chaque apparition d'un facteur de risque aggravant (fièvre, dénutrition, diabète, déshydratation, ...). Cette évaluation doit être quotidienne si nécessaire : hors les questionnaires rapportent que l'évaluation médicale se fait au mieux tous les mois, voire plus du tout, lorsque la prescription est établie « jusqu'à cicatrisation ».

Bien sûr , l'infirmier libéral qui dans la pratique, évalue à chaque soin la plaie , déclenche une évaluation médicale en cas d'aggravation de la plaie ou lorsque le pansement prescrit n'est plus en adéquation avec le stade de cicatrisation .

Mais la réactivité rapide et nécessaire n'est pas coutumière :

- 1°) le patient est valide et peut se rendre au cabinet du médecin ;un rendez-vous de consultation est obtenu rapidement chez le généraliste (1 à 2 jours en fonction de ses jours de fermeture),mais beaucoup plus difficilement chez le dermatologue libéral (3 à 10 jours).
- 2°) le patient est invalide et le médecin devrait se rendre au chevet du patient ;hors, les généralistes sont surbookés et dans ce cas-là, les infirmiers libéraux , rapportent dans leurs questionnaires que la nouvelle prescription se fait par fax, sans avoir vu le patient, uniquement sur les données de l'évaluation clinique infirmière et à son aide à la prescription.

Cela démontre :

- une grande confiance des généralistes dans les compétences de l'infirmier libéral dans le domaine de la plaie
- une facilité d'acceptation de délégation des tâches dans ce domaine même si cela reste informel dans le système de santé français.

La plaie diabétique est une exception : le Professeur ESTOUR, chef de service au CHU de Saint-Etienne endocrinologue, enseigne aux professionnels de santé du réseau diabète DEDICAS dixit « cette plaie représente une urgence médicale qui ne doit pas être vue 2 jours après (un mal perforant plantaire non traité ou mal traité pendant 2 jours ,peut flamber) et aboutir à une amputation »

Les services des urgences de Saint-Etienne ont été informés qu'une plaie diabétique doit être acceptée et vue par un endocrinologue ou un interne en endocrinologie, le jour même ,même s'il s'agit d'un dimanche.

En semaine, un patient peut être vu dans la journée ,dans le service ambulatoire sans passer par le médecin traitant.

Les plaies d'origine ischémique et suivies dans les services cardio-vasculaires, sont suivies lors de consultations régulières qui peuvent être rapprochées (hebdomadaires).Le suivi n'est pas délégué au médecin traitant mais celui-ci est informé par courrier.

Le service de dermatologie suit aussi, en consultations régulières, les plaies qui lui ont été confiées par le médecin traitant (le premier rendez-vous demande un délai de 15jours à 3 semaines ce qui retarde d'autant, la mise en place d'une stratégie adaptée).

Mais toutes les plaies des services hospitaliers aboutissent à des soins infirmiers, peut-être aussi ,parce que ce sont des plaies compliquées , peu compatibles avec l'autosoin.

L'AUTOSOIN

Le problème de l'autosoin a été soulevé par les IDEL .L'évaluation par le médecin , des capacités d'observance du patient est purement subjective, et ne se réfère pas à une grille de critères validée. Elle aboutit donc à des erreurs de jugement et à des échecs de prise en charge; ces patients ne regagnent le secteur des soins infirmiers libéraux qu'en seconde intention entraînant ainsi un surcoût .

Nous pouvions penser que l'autosoin échappait aussi aux médecins et que seul le pharmacien diagnostiquait, conseillait et vendait en automédication. Hors ,nous avons vu dans l'analyse du typage des plaies sur Saint-Etienne, que très peu de plaies échappent aux médecins, seuls les infirmiers sont évincés. Il serait intéressant de savoir dans quelle mesure le patient influence son médecin pour une prise en charge en autosoin et si la perte de liberté de son temps ressenti par le patient et lié aux rendez-vous avec l'infirmier, est un facteur de choix.

DETERSION

L'analyse du choix des produits par le médecin traitant est plein de surprises. Alors que l'ELASE agit comme un décapant qui détruit autant la fibrine que les tissus sains et les bourgeons de granulation, il ne devrait donc plus être prescrit : il a été cité dans 1/3 des cas. De plus avec ½ vie de 6 heures , la réfection des pansements , tous les jours ou 3 fois / semaine est un non sens, puisque le produit n'est plus actif au bout de 12 heures.

La détersion mécanique à la curette n'est pas citée : il est vrai que moins de 10% des infirmiers disent la pratiquer. Cet acte est mal vécu par le patient car très douloureux, s'il n'y a pas eu d'application de crème antalgique (EMLA) 30 à 45 minutes avant le soin.

Cela implique une participation active du patient ou le passage en 2 fois de l'infirmière ; ce qui n'est pas toujours possible. La prescription médicale devra dans ce cas-là, être correctement libellée (deux pansements par jour à 45 minutes d'intervalle) afin que l'infirmier libéral puisse obtenir le paiement de 2 actes.

Toutefois, cette technique ne peut dépasser 8 jours puisque, en France, la crème type EMLA a obtenu l'AMM pour 8 fois, lors du traitement d'un ulcère veineux.

De plus, le temps passé à cet acte est mal reconnu par la nomenclature.

La détersion à la lame de bistouri demande une maîtrise de la technique: les 20 infirmiers libéraux, qui ont suivi l'an dernier la formation théorique sur le pied diabétique, organisé par le réseau DEDICAS, vont pouvoir participer à des stages pratiques de détersion au sein du service d'endocrinologie en novembre 2005 (financement de la formation obtenue par le réseau).

Le podologue prend 25 euros pour une dékératisation et son acte n'est pas remboursé.

La nomenclature de l'infirmier libéral prévoit « un pansement nécessitant un geste de détersion » côté AMI 4 soit 11.60 euros mais son acte est remboursé (réf. NGAP : nomenclature des actes professionnels). Nous pouvons comprendre la réticence infirmière à effectuer cet acte : l'IDE ressent son professionnalisme mal reconnu.

L'INFECTION

L'infection de la plaie est la hantise des professionnels de santé libéraux : elle peut conduire à une hospitalisation qui est vécu comme un échec du domicile.

Cette peur mal contrôlée provoque des stratégies thérapeutiques « de principe de précaution » pas toujours adaptées.

Les médecins généralistes comme les infirmiers ne font pas de différence entre colonisation et infection. 15% des médecins mettent en route systématiquement une antibiothérapie par voie générale, en cas de plaies douteuses (couleur jaune, plaie exudative), sans signes cliniques locaux (œdème, rougeur, chaleur, odeur) ni fièvre ni complications : les antibiotiques à large spectre sont utilisés. Ceci participe à l'augmentation de la résistance bactérienne.

L'antibiothérapie locale ne devrait jamais être utilisée car elle provoque une toxicité cellulaire, des intolérances. La FUCIDINE, largement employée n'agit que sur le staphylocoque.

Aucun médecin n'a cité le besoin de passer à un rythme journalier de réfection des pansements et à un lavage abondant au sérum physiologique. Les pansements à l'argent qui avancent leur action bactéricide sont toutefois cités 10 fois.

1/3 rapporte la prescription d'un protocole bétadiné, qui a l'inconvénient d'être asséchant (contraire au principe de cicatrisation en milieu humide), coloré (masque la coloration de la plaie, critère d'évaluation) avec un pouvoir allergisant non négligeable et un risque de dissémination systémique d'iode important dans les plaies chroniques et dont aucune étude clinique a démontré une action bactéricide sur les plaies infectées.

Les infirmiers libéraux sont très demandeurs de sets à pansement stériles pour une meilleure qualité du pansement mais dans le même temps, 55% ne se lavent pas les mains avant.

Hors les germes manuportés sont une cause majeure de transmission et d'infection des plaies.

En résumé concernant les ulcères, les prescriptions sont plus des fiches de protocoles que des indications de conduite à tenir : le premier traitement de l'ulcère veineux est la contention, hors il n'a pas été cité.

ESCARRE, STADE 1

En cas d'érythème sacré, le massage, interdit dans les recommandations de bonne pratique pour son effet délétère sur les vaisseaux de la microcirculation moyenne et son effet traumatisant sur la peau des zones à risque (réf. : Conférence de consensus sur la prévention et le traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé 2001 et qui va être réactualisée en 2005), est cité dans 90% des cas chez les médecins et dans 60% des cas chez les infirmiers.

La BIAFINE est largement utilisée pour ces massages alors que c'est un topique allergisant (14% des allergies) et que son AMM (autorisation de mise sur le marché) a été obtenue pour les brûlures du premier degré avec une application en couche épaisse et renouvelée dès l'absorption par la peau.

TRANSMISSIONS CIBLEES

Les transmissions ciblées sont utilisées par 10% des infirmiers libéraux.

Il faut dire que ces transmissions sont conseillées mais encore non obligatoires chez les libéraux. Ce chiffre confirme la tradition de transmission orale de la profession d'infirmière et la difficulté de s'approprier la terminologie de la profession nécessaire à l'écriture des transmissions.

De plus la moyenne d'âge des infirmiers libéraux à Saint-Etienne est de 44 ans, ce qui signifie que peu d'entre eux, ont eu l'enseignement initial de cette traçabilité par l'écrit.

La formation continue dans ce domaine existe, mais tant que ce temps d'écrit ne sera pas rémunéré à sa juste valeur, les libéraux ne seront pas motivés pour les suivre.

Pourtant, pour une plus grande qualité et afin d'harmoniser les pratiques de prise en charge de la plaie, au sein d'un cabinet, il serait utile que des fiches de suivi soient systématiquement mis en place à la 1^o prise en charge.

Cette fiche pourrait servir de navette avec le service hospitalier.

Le médecin traitant n'établit jamais de fiche d'anamnèse pour l'IDEL, à la première prescription de soins infirmiers ; les infirmiers libéraux le regrettent. Si la traçabilité du soin par l'infirmière est recommandée, il faudrait qu'en amont les prescripteurs en fassent de même, pour le diagnostic étiologique et l'évaluation de l'état général du patient.

Sur Saint-Etienne, les services hospitaliers de cardio-vasculaire, de gériatrie, et de médecine physique et réadaptation établissent des fiches pour les IDEL mais ce sont surtout des fiches de protocoles établies par l'infirmière référente pansement, du service.

Elle ne servent pas de fiche navette, et ne sont pas validées en dehors de leur service ; De plus, la multiplication de ces fiches rend l'adhésion des IDEL, très modéré.

Il serait utile de réfléchir à l'harmonisation d'une fiche consensuelle pour tous les services, voire même pour les prescripteurs libéraux.

LES DASRI

L'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) est un vrai problème pour les infirmiers libéraux.

La loi 97-1098 du 6 novembre 1997 et les arrêtés du 7 septembre 1999 obligent toute personne physique ou morale qui produit des DASRI, de les éliminer. Elles doivent pouvoir justifier de la traçabilité des DASRI de leur production à leur destruction.

La ville de Saint-Etienne avait mis en place le système MEDICITY : 5 box sécurisés dispersés dans la ville étaient accessibles aux professionnels de santé, avec une carte magnétique nominative moyennant une cotisation annuelle. Le coût logistique du système a obligé la ville d'abandonner ce projet fin 2003. Maintenant, seules les sociétés de collecte effectuent ce travail.

Les piquants, tranchants, coupants sont tous éliminés (containers adaptés à la mallette de l'infirmier) mais les déchets mous (compresses souillées) sont jetés dans des sacs plastiques, dans les ordures ménagères du patient. La mallette et la voiture de l'infirmier ne sont pas adaptés à ce type de transport. De plus, lorsque l'infirmier fait des soins à 2 personnes différentes sans reprendre sa voiture, il devrait transporter avec lui les déchets du 1^o patient, chez le 2^o patient : C'est inconcevable.

L'ordre infirmier n'existant pas, c'est le syndicat des infirmiers libéraux de la Loire qui s'est penché sur le problème, en envoyant un courrier circonstancié au directeur de la DDASS de Saint-Etienne (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) début 2004.

La réponse n'a apporté aucune solution puisqu'elle confirme que les coupants, piquants doivent être éliminés obligatoirement et que concernant les déchets mous, les IDEL font comme ils le « sentent ». Ceci est un vrai problème sur lequel, les collectivités locales doivent se pencher car l'activité à domicile des IDEL représentent sur Saint-Etienne, 90% de l'activité totale.

Nos décideurs devront réfléchir à la mise en place d'un système, dans une recherche de qualité avec prise en compte de l'environnement.

LE COUT

L'étude nous rapporte que tous les pharmaciens pratiquent un dépassement dans la délivrance des nouveaux pansements ; depuis mars 2005, la base de remboursement a encore diminué, ce qui a pour conséquence d'augmenter la part financière incombant aux patients.

Saint-Etienne étant une ville aux racines minières et ouvrières, les personnes âgées qui sont le plus concernées par les plaies chroniques, ont de plus en plus de mal à assumer ces dépassements .

Nous pensons qu'il serait dommage de revenir à des méthodes de soins ancestraux pour des motifs de coût : il devient impératif que la qualité des prescriptions soient optimales comme le souligne le rapport de la CNAMTS qui rappelle souhaiter œuvrer pour « améliorer la qualité des prescriptions rendues difficiles en raison de la complexité des produits disponibles ».

Cela passe par la formation de tous les professionnels impliqués (médicaux et paramédicaux) , et par leur capacité de discernement à ne pas succomber aux sirènes de la sur- prescription, au manque de rigueur dans l'utilisation, si l'on veut que nos patients ne soient pas les victimes de déremboursements successifs des dispositifs médicaux.

Il faut signaler que les bandes de contention font aussi l'objet de dépassement, et qu'elles devraient être changées tous les trois mois : ce qui n'est pas le cas.

5-4 Formation

Cette enquête a fait ressortir un besoin exprimé de formations de la part des infirmiers libéraux qui sont souvent fort démunis lorsqu'une altération de la plaie survient alors que le médecin est injoignable. Ils ne connaissent pas toujours les recommandations de bonnes pratiques , le bon usage du bon pansement, les associations à éviter et les contre indications, le bon rythme de réfection en fonction de la phase de cicatrisation, et de l'état clinique de la plaie.

Hors la profession étant prescrite, il est très difficile à un infirmier peu sûr de lui, d'avoir des arguments forts, pour convaincre son patient et son prescripteur que le rythme de renouvellement du pansement sera changé et que le protocole employé sera non conforme à la prescription médicale car non adapté.

Nous avons introduit dans cette étude la terminologie d '« infirmier référent libéral », en analogie à l'infirmier référent hospitalier.

Les médecins généralistes ont répondu unanimement de façon favorable. La plaie n'appartient pas à la médecine noble. De plus, les réponses ont fait ressortir une formation médicale initiale insuffisante en matière de prise en charge des plaies et de connaissance des nouveaux dispositifs médicaux.

Ils avancent même, la possibilité pour le référent, de prescrire les soins infirmiers et les pansements : pour les médecins , la qualité de la prescription infirmière serait génératrice d'économie car de meilleure efficacité.

A l'heure actuelle , les seuls référents libéraux qui existent en France, œuvrent au sein d'un réseau et sont rémunérés pour leur expertise par un acte dérogatoire. Ils ne font pas encore de prescriptions.

La nomenclature actuelle des IDEL ne prévoit pas encore cet acte .

Conclusion

Cette étude a été choisie car nous savions empiriquement que les plaies présentaient un problème de prise en charge de qualité en médecine de ville, tant d'un point de vue des pratiques professionnelles que du point de vue de l'inflation des coûts générés par l'arrivée sur le marché, des nouveaux pansements mal maîtrisés dans leur prescription et sujets au lobbying des laboratoires pharmaceutiques.

Il était donc intéressant d'essayer d'affiner cette hypothèse sur notre ville en lançant une enquête auprès des professionnels impliqués dans la plaie.

Cette étude a permis à chaque professionnel participant, de s'interroger sur ses pratiques, ses connaissances et ses faiblesses dans le domaine de la plaie, sur ses attentes et de prendre conscience que d'autres professionnels de santé travaillaient dans le même sens.

La formation de ce diplôme universitaire nous a permis de développer un raisonnement scientifique et critique sur nos actions de soignants.

Nous espérons avoir suscité chez nos confrères un besoin de formation dans le domaine de la plaie.

Cet état des lieux est la première étape dans une démarche qualité indispensable :

- Dans le contexte économique des dépenses de santé actuelles
- Dans la qualité de la prise en charge des soins.
- Dans la qualité de la prescription des soins.
- Dans la qualité de la collaboration entre les différents professionnels de santé.
-

Suite à ce mémoire, un groupe de professionnels médicaux, chirurgicaux et paramédicaux du secteur public, privé et libéral, a la volonté de se réunir d'ici fin 2005, de façon informelle dans un premier temps.

Cette réunion aura pour but la création d'une commission de travail pluridisciplinaire qui aura la tâche de mettre en place la démarche qualité et de la pérenniser.

Elle devra réfléchir sur la création d'outils d'évaluation des critères qualité afin d'améliorer la prise en charge des plaies chroniques sur Saint-Etienne.

Dans un premier temps, elle pourra s'appuyer sur le mémoire pour définir les axes prioritaires.

Elle pourra aboutir dans un deuxième temps, à l'étude de dossier pour la création d'un réseau.

La dynamique professionnelle de groupe est en marche.

.« Tout ce qui est nouveau, est meilleur et tout ce qui est ancien, est moins efficace » est un adage souvent entendu, en médecine de ville. Il pourra faire l'objet d'une prochaine étude lors du mémoire d'un confrère libéral.

Bibliographies

LIVRES

S.Meume-C.Debure-I.Lazareth-L.Téot

L'ulcère de jambe chez la personne âgée P.4-5

L.Téot-S.Meume-O.Dereure

Plaies et cicatrisations au quotidien- Ed.Sauramps médical P.43 à 51

M.Rothan-Tondeur

Hygiène et plaies- Plaies et cicatrisations tome 3-Collection JPC P.47 à 59 et P.98 à 103

ARTICLES

L.Téot

Remboursement et bon usage des pansements SOINS N° 696 P32-33

K.Bendjeddou

Etude de Thèse du DR Bendjeddou revue ESCARRE n° 25 de mars 2005

D.Vannereau

Prise en charge en ambulatoire des plaies du pied diabétique JPC N° 46 P.27 à 33

G.Bôll

Retour à domicile en stomathérapie JPC N° 45 P.13

N.Hesnart

Le transfert de compétences médecins/infirmières AVENIR ET SANTE N°319 P.8 à 11

J.Hélenon

Réforme de l'assurance maladie AVENIR ET SANTE N°324 P 20à 22

TEXTES

Conférence de consensus sur l'escarre Novembre 2001 ANAES devenu HAS en 2005

Loi sur les DASRI décret 97-1048 du 6 Novembre 97 et arrêtés du 7 Septembre 99

Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles dans la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile

Novembre 2004 Par l'ANAES devenu l'HAS

Marie Françoise GOMEZ

Infirmière Libérale

15 place chavanelle

42000 Saint-Etienne

ANNEXES

Diplôme Universitaire
Plaies et Cicatrisations
Montpellier Juin 2005

Questionnaire Réseaux

Combien de patients sont inclus dans votre réseau à ce jour ?

Parmi ces différents types de plaies chroniques , combien de patients sont concernés par :

- les ulcères
- les escarres
- les plaies du pied diabétiques
- les stomies
- les plaies cancéreuses
- autres à préciser

Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge pluridisciplinaire des plaies ?

Si oui, lesquelles ?

Les soignants libéraux adhérents à votre réseau expriment-ils le besoin de formation dans le domaine des plaies ?

Si oui, comment répondez-vous à ce besoin, et par quels intervenants ?

La présence d'un référent « plaies » apporterait-il un plus, lors des réunions de concertation chez les patients ?

Si oui, qu'en attendriez-vous ?

Autres problématiques rencontrés par le réseau dans le domaine des plaies :

Accepteriez-vous de réfléchir sur l'élaboration d'une fiche d'évaluation et de suivi des plaies (consensus ville –hôpital) qui serait inclus dans le dossier de soins du patient et de participer à sa validation?

Questionnaire Médecins libéraux

- Nombre de prescriptions délivrées sur les 6 derniers mois concernant des plaies chroniques. Précisez le type de plaie.

- Ont-elles toutes abouti à une prescription de soins infirmiers ? ? Si non pourquoi ?

- A quel rythme réévaluez-vous la plaie et réajustez-vous le traitement ?

- En cas d'échec de prise en charge, orientez-vous votre patient sur le spécialiste de ville ou sur une consultation hospitalière ?

- Connaissez-vous la nomenclature infirmière , la surveillance clinique hebdomadaire, la démarche de soins infirmiers ?

- L'infirmière libérale vous oriente-t-elle dans le choix des prescriptions médicales ? commentaires.

- Connaissez-vous les nouveaux pansements, leurs indications, leurs contre-indications, actions ?

- Que prescrivez- vous pour déterger une plaie ?
 - devant des signes cliniques locaux d'infection
 - devant une plaie exsudative ?
 - devant un érythème persistant et localisé ?

- Utilisez-vous un outil de liaison ville/hôpital ou prescripteur/IDE libéral ?

- Commentaires sur l'éventuel transfert de tâches préconisé dans le rapport BERLAND

- Participeriez-vous à une commission de travail pour réfléchir aux moyens permettant d'améliorer la prise en charge des plaies chroniques ?

Questionnaire aux pharmacies

- Connaissez-vous les différentes phases dans le processus de cicatrisation ?

- Connaissez-vous les différentes étapes du soin infirmier de plaie ?

- Connaissez-vous les indications, contre indications des nouveaux pansements ?

- Eprenez-vous parfois des difficultés de délivrance dues à l'imprécision de la prescription ? Si oui, lesquelles ?

- Quels conseils prodiguez-vous à un patient porteur de plaie, sans ordonnance, pour de l'automédication ?

- Pratiquez-vous un dépassement sur les dispositifs médicaux remboursés LPPR ?

- Des patients refusent-ils des dispositifs médicaux à cause de ce dépassement ?

- Quelle attitude adoptez-vous dans ce cas-là ?

Questionnaire Médecins et Cadres de Santé Hopital /Cliniques

Au cours des 6 derniers mois, combien de patients étaient porteurs de plaies chroniques lors de leur retour à domicile ?

De quels types de plaies s'agissait-il ?

Avez-vous mis en place une fiche de suivi de plaies comme outil de liaison ville-hôpital ?

Passez-vous le relais au médecin traitant dans le suivi et l'évaluation continue des plaies ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Combien d'hospitalisations dans votre service concernent un échec de prise en charge de plaies à domicile au cours de ces 6 derniers mois ?

Quelles sont selon vous les causes d'échec dans cette prise en charge ?

Connaissez-vous la nomenclature générale des actes professionnels permettant le remboursement des soins infirmiers ?

Connaissez-vous la séance de surveillance clinique infirmière et de prévention mise en place depuis juillet 2002 dans le cadre de la démarche de soins infirmiers ?

Pensez-vous qu'un référent ville, optimiserait la prise en charge à domicile des plaies chroniques ?

Participeriez-vous à une commission de travail pour réfléchir aux moyens permettant d'améliorer la coordination ville-hôpital dans la prise en charge des plaies chroniques ?

Si oui, vos coordonnées afin de vous contacter pour la 1^o réunion :

QUESTIONNAIRE INFIRMIERS LIBERAUX

Combien d'infirmiers(es) exercent au sein de votre cabinet ?

Nombres de plaies chroniques suivies par votre cabinet au cours des 6 derniers mois ?

Nombre de prise en charge faisant suite à :

Une sortie de structure hospitalière :

Un échec d'autosoins :

Une prescription initiale du généraliste :

Une prescription de spécialiste :

Etes-vous informés par un outil de liaison, de l'étiologie et de l'historique de la plaie ?

Utilisez-vous les transmissions ciblées, pourquoi ?

**Rencontrez-vous des difficultés dans le libellé qualitatif et quantitatif de la prescription ?
Si oui, lesquelles ?**

Evaluation clinique de la plaie par le médecin :

1fois/semaine

1fois/mois

1fois/trimestre

Autres à préciser

Orientez-vous le médecin dans sa prescription ? Si oui,

Dès la première prescription :

Au renouvellement de la prescription :

A votre demande après évaluation clinique :

Enquête sur les pratiques professionnelles :

Vous lavez-vous les mains avant et après chaque pansement ?

Portez-vous des gants ?

Stériles, non stériles :

Utilisez-vous les sets à pansements ?

Pratiquez-vous la détersion mécanique et pourquoi ?

Utilisez-vous la lame à bistouri ?

Connaissez-vous les indications des nouveaux pansements ?

Qu'utilisez-vous pour nettoyer une plaie ?

Vos connaissances en matière de plaies et cicatrisations ont été acquises lors :

De votre formation initiale en IFSI

De vos expériences professionnelles en services spécialisés

Des formations continues FIF-PL de 3 jours

Des formations courtes de 2-3 heures organisées par les labos

D'une formation universitaire diplômante

Depuis 3 ans, combien de formations sur les plaies , avez-vous suivi ?

Adhéreriez-vous à un réseau plaies et cicatrisation ?

Quelles seraient vos attentes ?