

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012

N° 058

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES

MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Gauthier LIBERGE

Né le 13 octobre 1984 à Sainte-Adresse (76)

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2012

Évaluer les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques, et l'intérêt d'un outil de télémédecine dans cette prise en charge

Président : Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc-Antoine PISTORIUS

Membres du jury : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

Monsieur le Docteur Jean-Manuel KUBINA

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE	6
1. Naissance et présentation de la méthode du focus group	6
2. Le focus group.....	7
2.1. Le guide d'entretien.....	7
2.2. Les acteurs	7
2.3. Déroulement de la séance	8
RESULTATS	10
1. Analyse de contenu	10
1.1. Transcription du verbatim	10
1.2. Découpage du verbatim en unités d'analyse	10
1.3. Liste des catégories d'analyse	10
1.4. Application des catégories aux unités d'analyse	11
1.4.1. Difficultés des médecins généralistes sur la prise en charge des plaies chroniques.....	11
1.4.1.1. Connaissances	11
1.4.1.2. Environnement lié aux soins	12
1.4.1.3. Prise en charge thérapeutique en réseau	13
1.4.2. Propositions d'améliorations pour la prise en charge de ces plaies chroniques	16
1.4.3. Intérêt de la télé-médecine dans la prise en charge des plaies chroniques en médecine ambulatoire.....	18
1.4.3.1. L'outil de télé-médecine présente un intérêt.....	18
1.4.3.2. Conditions d'utilisation de la télé-médecine.....	20
1.4.3.3. Pas d'intérêt à un outil de télé-médecine	20
2. Analyse de la dynamique de groupe.....	22
DISCUSSION	24
1. Discussion de la méthode	24
1.1. Choix de la méthode.....	24
1.1.1. Intérêt du focus group.....	24
1.1.2. Limites du focus group.....	24
1.1.3. Les biais de sélections	25

2. Discussion des résultats.....	26
2.1. La stratégie thérapeutique.....	26
2.2. La prise en charge en réseau.....	28
2.3. Intérêt d'un outil de télémédecine	29
2.3.1. Conceptions de la télémédecine par le focus group	29
2.3.2. Etat des lieux de la télémédecine en 2012.....	31
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXE 1: GUIDE D'ENTRETIEN	42
ANNEXE 2 : VERBATIM FOCUS GROUP	45
ANNEXE 3 : DECOUPAGE DU VERBATIM EN UNITES DE SIGNIFICATION.....	60
SERMENT D'HIPPOCRATE	74

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP-Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagée en Santé

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Personnalisé

DU : Diplôme Universitaire

ETHEL: European Health Telematics Association

FICQS : Fonds d'Intervention pour la Coordination et la Qualité des Soins

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GTS : Groupe de Travail à vocation Stratégique

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

PRS : Projet Régional de Santé

RVHPCRL : Réseau Ville-Hôpital Plaies Chroniques du Languedoc-Roussillon

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNOCAM : Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie complémentaire

INTRODUCTION

En médecine générale, les plaies chroniques sont des pathologies rencontrées par de nombreux professionnels de santé.

Selon son étiologie, une plaie est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution. Les causes de plaies chroniques incluent notamment les ulcères de jambe, les escarres, les plaies du diabétique et les moignons d'amputation (1).

La prévalence des ulcères de jambe dans les pays occidentaux a été estimée à 0,3% de la population globale, soit de l'ordre de 160000 à 180000 personnes en France (2). Les patients diabétiques présentant un pied à risque de grade 2 ou 3, sont estimés à 243 000, (3,4)(5) 15 % des diabétiques auront une ulcération du pied au cours de leur vie (6). En France, la prévalence des escarres serait comprise entre 70000 à 112000 personnes à domicile (5). En 1994, le coût fut estimé à plus de 100 000 F (l'équivalent de 15 000 euros) par escarre (7).

Les plaies chroniques concernent en majorité des patients atteints de polypathologies. Leur prise en charge fait appel à plusieurs intervenants médicaux et paramédicaux organisés en réseau, et peut durer plusieurs mois à plusieurs années. Le suivi de ces plaies par les médecins généralistes est également complexe dans les zones sous-médicalisées, et chez les patients isolés géographiquement.

La diminution du nombre de médecins et l'inégalité de répartition de la démographie médicale sur le territoire ont fait l'objet de nombreux rapports (8). On estime à l'horizon 2020, une baisse de 10% du nombre de médecins en exercice sur le territoire, avec des disparités régionales très importantes. En France comme au niveau régional, un habitant sur trois aura plus de 60 ans en 2030 (soit 50% d'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans), contre un sur cinq aujourd'hui. Concernant la région des Pays de la Loire, il y aura, en 2030, 134 300 habitants de plus de 85 ans, contre 90 000 aujourd'hui (9). Les maladies chroniques concernent 20% de la population, leur prise en charge représente 65% des dépenses totales de santé.

La télémédecine est une nouvelle composante de la médecine. Elle s'inscrit depuis quelques années dans l'univers des professionnels de santé. La télémédecine permet ainsi d'apporter des services de santé, là où la distance et l'isolement sont des facteurs limitant les soins. Les professionnels de santé (notamment des médecins) peuvent désormais utiliser les Technologies de Information et de la Communication (TIC) à des fins diagnostiques, de traitement et de prévention, de recherche et de formation continue. En France, plusieurs projets, qualifiés de « pionniers », ont vu le jour dans des domaines très variés tels que la dermatologie, la neurologie (comme la prise en charge à distance des AVC), mais aussi la radiologie, le suivi des patients ...

Dans le domaine des plaies chroniques, des études quantitatives ont déjà étudié les pratiques professionnelles mises en place par les soignants, notamment en médecine générale (10–14). Nous avons souhaité évaluer les besoins médecins généralistes en matière de plaies chroniques, à travers une étude qualitative, afin de recueillir l'ensemble des expériences sur ce sujet. La télémédecine est en plein développement et peut apporter une aide dans le diagnostic et le suivi thérapeutique dans les plaies chroniques. Nous avons souhaité également découvrir le ressenti des médecins généralistes sur la télémédecine dans la prise en charge des plaies chroniques.

MATERIEL ET METHODE

1. Naissance et présentation de la méthode du focus group

Le focus group est une technique d'entretien de groupe, un «groupe d'expression », permettant de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il fait partie des techniques d'enquêtes qualitatives par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire.

Il est issu d'une technique marketing de l'après-guerre aux États-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif. Il s'inspire des techniques de dynamique de groupe utilisées par C. Rogers, à la tête du courant de la psychologie humaniste. Cette technique fut récupérée dans les années 1980 par la recherche universitaire dans différents domaines tels que l'éducation, la santé publique, l'environnement, et les sciences sociales. Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche en soins primaires, dans une optique qualitative de recueil d'informations et d'opinions de manière systématique et vérifiable sur des thèmes variés (15,16).

La dynamique du groupe permet ainsi d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. L'expression franche de certains peut lever les inhibitions des autres. L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. Le collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels.

Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur.

La séance est animée par un modérateur qui a pour mission de faire émerger les différents points de vue, tout en orientant la discussion selon le guide d'entretien. Il doit recentrer la discussion quand les participants s'écartent du sujet et faire préciser certains points de vue si nécessaire. Il est assisté d'un observateur chargé d'enregistrer le focus group et de noter les éléments non verbaux, qui pourront être exploités dans l'analyse de la dynamique de groupe.

2. Le focus group

Il s'agit d'un focus group réalisé en Loire-Atlantique auprès de 7 médecins généralistes.

2.1. Le guide d'entretien

Nous avons établi un guide d'entretien composé de trois questions simples et ouvertes, associées à des questions secondaires, permettant d'animer le débat et de favoriser l'émergence des idées.

(cf. annexe guide d'entretien)

2.2. Les acteurs

2.2.1. Les participants

Huit médecins généralistes ont été contactés au hasard par téléphone, pendant les 4 semaines précédant le focus group. Leurs numéros ont été trouvés par l'intermédiaire du site internet www.pagesjaunes.fr. Ce site internet randomise à chaque actualisation de page, la liste des médecins généralistes du département de la Loire-Atlantique.

Les médecins participaient ainsi sur la base du volontariat, et avaient simplement connaissance d'une partie du thème qui allait être abordé : « *les plaies chroniques en médecine générale* ». Lors de l'échange téléphonique, les médecins avaient également une brève présentation de la méthode du focus group.

L'intérêt de ne pas connaître en détail le thème de la réunion permet d'éviter que les participants ne se documentent au préalable ; l'objectif étant de chercher à explorer les réactions spontanées et les expériences personnelles des participants. Ils ne sont pas des experts dans le thème abordé, mais ont leur propre expérience du sujet étudié.

Chaque participant a reçu un e-mail récapitulatif du déroulement du focus group, la semaine précédant la réunion.

Le jour du focus group, les médecins étaient au nombre de 7. Le participant M7 n'était pas présent à la réunion du focus group.

Caractéristiques de notre focus group :

Sept médecins généralistes : 4 femmes et 3 hommes

M1 : Homme, 35 ans, durée d'exercice : 7 ans, localisation semi-rurale

M2 : Femme, 52 ans, durée d'exercice : 24 ans, localisation rurale

M3 : Homme, 35 ans, durée d'exercice : 9 mois, localisation ville

M4 : Homme, 33ans, durée d'exercice : 1 an, localisation ville

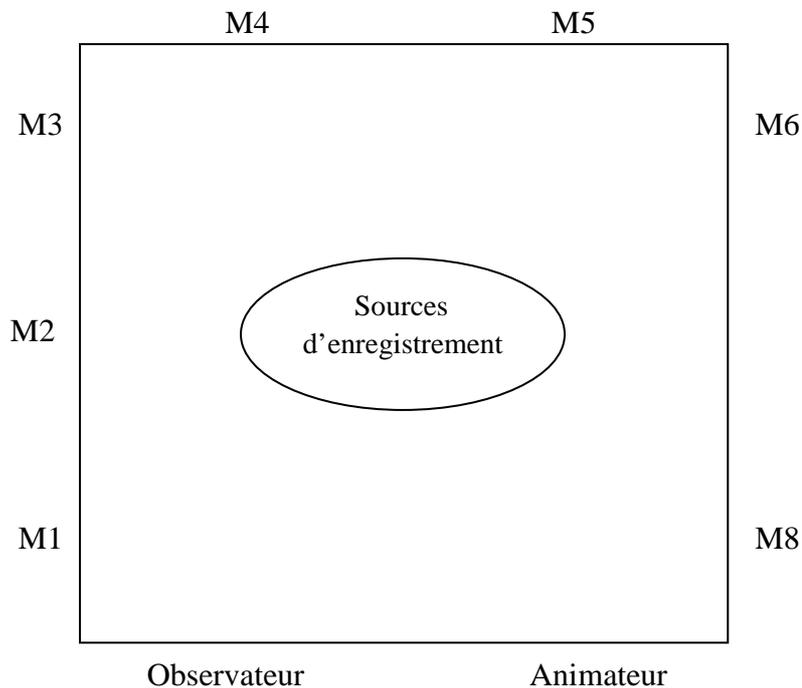
M5 : Femme, 43 ans, durée d'exercice 11 ans, localisation ville

M6 : Femme, 47ans, durée d'exercice 19 ans, localisation ville

M8 : Femme, 52 ans, durée d'exercice 20 ans, localisation ville

Un des participants est maître de stage SASPAS.

Schéma représentant la répartition des participants pendant le focus group :



2.2.2. Le modérateur :

Le modérateur est le Professeur Jacqueline LACAILLE, membre du Département de Médecine Générale, qui s'est proposée d'animer ce focus group.

2.2.3. L'observateur :

Je me suis chargé d'être l'observateur.

2.3. Déroulement de la séance

Le focus group s'est réuni le jeudi 08 décembre 2011 à 14h00, dans une salle de la Faculté de Médecine de Nantes.

Les participants sont arrivés chacun leur tour, et le focus group a débuté avec 5 médecins. M1 est arrivé au début de la première question, et M8 est arrivé, à la fin de la première question. Tous les médecins ont pu répondre à chaque question.

La séance a débuté à 14h15, et a duré au total 1h17min. Trois questions ont été posées (cf. le guide d'entretien). La première question a duré 25 minutes, la deuxième question 17 minutes et la troisième question 30 minutes.

Le modérateur a remercié les participants pour leur présence puis a expliqué à nouveau la méthode du focus group, le déroulement de la séance, et l'intérêt de la recherche qualitative en médecine générale. Des consignes d'organisation de prise de parole ont été données, pour des questions d'audibilité de l'enregistrement et de facilité de retranscription.

Les participants étaient informés et ont donné leur accord concernant l'enregistrement audio de la séance.

Le modérateur a abordé la première question par un tour de table où chaque participant, à la demande de l'animateur, commençait par se présenter brièvement avant de répondre à la question.

Le modérateur a préalablement donné par oral, aux participants, une définition générale sur les plaies chroniques.

A la fin de chaque question, le modérateur relançait la discussion à partir d'un thème présent dans le guide d'entretien. Il faisait reformuler les participants, afin de faire préciser certains points de la discussion. Il a veillé à ce que les participants qui ne prenaient pas spontanément la parole, puissent s'exprimer également. Lorsque les participants semblaient avoir exposé toutes leurs idées sur la question, le modérateur faisait une courte synthèse des réponses et s'assurait de l'accord des participants.

La séance s'est terminée par un temps informel, où il y a eu des échanges sur des thèmes plus ou moins en rapport avec le sujet.

Les participants ont été remerciés à nouveau de leur participation à ce travail de recherche. La séance s'est clôturée à 15h35.

RESULTATS

1. Analyse de contenu

1.1. Transcription du verbatim

(Cf. annexe 1)

Il s'agit de la transcription intégrale de l'enregistrement audio de l'entretien. Par respect de confidentialité, les intervenants sont identifiés par des codes (M1, M2, M3, M4, M5, M6 et M8) qui apparaissent avant chacune des prises de parole. L'animateur est désigné par le code A.

Les caractéristiques des différents intervenants sont détaillés précédemment dans la partie « *matériel et méthode* ».

L'enregistrement audio a été de bonne qualité, ce qui a facilité la retranscription.

1.2. Découpage du verbatim en unités d'analyse

(Cf. annexe 3)

Ce travail permet de séparer les phrases, les expressions ou les mots, désignant ainsi une seule et même idée. Toutes les unités de signification sont numérotées de 1 à 356. Les propos du modérateur ne sont pas numérotés.

1.3. Liste des catégories d'analyse

Les catégories correspondent aux questions qui ont été posées aux intervenants lors du focus group par l'intermédiaire du guide d'entretien.

Les 3 questions sont les suivantes :

1) *Quelles sont vos principales difficultés lors de la prise en charge des plaies chroniques en ambulatoire ?*

2) *Quelles sont vos propositions d'améliorations pour la prise en charge de ces plaies chroniques ?*

3) *Vous avez à votre disposition un outil de télémédecine : que pensez-vous de cette prise en charge ?*

Lors du découpage du verbatim, nous avons mis en évidence des « sous-catégories d'analyse ». Elles correspondent à des sous-chapitres et permettent donc une analyse plus fine du verbatim.

1.4. Application des catégories aux unités d'analyse

1.4.1. Difficultés des médecins généralistes sur la prise en charge des plaies chroniques

1.4.1.1. Connaissances

Stratégie thérapeutique

Il ressort une impression d'un manque de connaissance théorique (5 -6-20-38) :

« (...) dont on a aucune connaissance en pratique ».

Et de difficultés à suivre un protocole de prise en charge clair du patient (3-4-16-23-30-74-115) :

« On ne sait pas trop quoi, puis alors après on a plein de propositions de soins ».

Désir de cadrer la prise en charge par des arbres décisionnels (103) :

« Après il faut rester très schématique, c'est infectieux / pas infectieux ».

Difficultés à gérer la prise en charge antalgiques au moment des plaies (126-127) :

« (...) concernant la démotivation, pour les patients, ça peut être tout bête mais la douleur car quand il voit l'infirmière arriver avec ses bistouris (...) ».

Traitements locaux

Ces difficultés stratégiques se rencontrent majoritairement dans le choix des pansements (16-26-30-36-44-50) :

« Les difficultés, souvent, ça va être de décider quoi mettre dessus... Les pansements ». « (...) la multiplicité des pansements dont je ne sais pas tirer partie ».

Le choix est compliqué par le grand nombre d'offres de pansements proposées par les Laboratoires, qui présentent peu d'intérêts aux yeux des soignants :

Certains médecins utilisent les échantillons de pansements gratuits par défaut pour soigner les plaies (106) :

« (...) on a des échantillons du coup on va mettre ça sur la plaie (...) »

Sentiment d'une évolution favorable des thérapeutiques en matière de pansements (67-94-97) :

« (...) des progrès énormes entre les années 90 et 2010 en terme de pansements. »

Les médecins rencontrent également des difficultés liées aux composants des pansements (105) :

« (...) les pansements adhésifs, avec les collants, ceux-là ils sont vraiment anti-cicatrisants ! »

Et des difficultés à traiter des plaies au stade de la détersion (90-91-99) :

« les dépôts fibrineux chez les patients artéritiques, ce n'est pas toujours facile à gérer ».

Examens complémentaires

Difficulté à hiérarchiser les examens complémentaires (23-73-84-115) :

« *Après c'est savoir à partir de quand on doit faire des biopsies, on doit faire des examens complémentaires sur la plaie elle-même* ». « *Quel va être le bilan à faire : un écho doppler ? Des examens complémentaires ?* »

Plusieurs interrogations sur la place de la biopsie dans les examens complémentaires (23-73-115) :

« (...) *quand j'ai un doute c'est parfois pour savoir s'il faut faire une biopsie...* »

Confusion entre biopsies et prélèvement bactérien (84) :

« (...) *peut-être faire des biopsies pour voir s'il n'a pas un staphylocoque* ».

Informations médicales

Des informations sur les types de pansements sont délivrées par les laboratoires pharmaceutiques (98-102-107-108-109), ce qui est, soit bien vécu comme un complément de formation médicale, soit comme une incitation à prescription :

« *Moi je pense qu'il y a une pollution sonore de la part des différents fabricants* »

« (...) *on peut remercier les délégués médicaux d'être là, parce que sans eux, on aurait beaucoup moins d'information.* »

Critique des politiques commerciales agressives des laboratoires (107-108) :

« *C'est vrai que le marketing est quand même lourd !* »

Apparition d'une confrontation entre un avis favorable sur les informations délivrées par les laboratoires pharmaceutiques et la notion d'informations médicales parasitées (102-104-107).

1.4.1.2. Environnement lié aux soins

Structures de soins

La prise en charge chez un patient en institution semble plus facile qu'une prise en charge ambulatoire (11-18-19-40-161) :

« *C'est vrai qu'il y a une différence entre institution et domicile.* »

Notamment en milieu rural (2-7) :

« *c'est qu'en campagne c'est plus des plaies chroniques c'est, archi chronique.* »

Les courts séjours hospitaliers en structure spécialisée sont appréciés, mais les places disponibles sont limitées (118-119-240) :

« (...) *c'est bien mais sauf que pour avoir une consultation c'est 4 ou 6 mois.* »

Accueil positif des patients à une prise en charge en structure hospitalière (120-121) :

« Les gens en sont contents c'est bien. »

Sentiment d'efficacité lors d'une prise en charge hospitalière de la part des médecins et des patients (121-238) :

« Par exemple pour le diabète en HDJ, ils sont hyper réactifs, on tombe directement sur le médecin, il y a un portable. »

Caractéristiques des patients cibles

Cette pathologie n'est pas fréquemment rencontrée au cabinet de médecine générale (1-14-15-25-32-34-47-65) :

« Je vois très peu de plaies chroniques. »

Les plaies chroniques concernent les personnes atteintes de polyopathologies, âgées, et souvent diabétiques (9-10-47-68-76-86-87-175-176) :

« je dirais aussi que c'est les patients diabétiques et les personnes âgées. » (...) « en réfléchissant, sur des patients diabétiques, ou des patients ayant une insuffisance veineuse chronique ».

La prise en charge est compliquée par la faible implication dans les soins de certains patients (13-79-174-179-187) :

« ce sont des patients qui ont plusieurs pathologies et un investissement sur leur santé plutôt dégradé » (...) « C'est un cas de non observance. »

Difficultés liées au mauvais état général, et à la probable dénutrition des patients (68- 80-86-87-89) :

« Les personnes toutes maigres là qui ont des tout petits bobos. Au départ c'est rien ! (...) » « (...) les patients diabétiques et les personnes âgées ».

1.4.1.3. Prise en charge thérapeutique en réseau

Caractéristique de la prise en charge thérapeutique

La prise en charge des plaies chroniques s'ajoute à la prise en charge globale du patient (12-39-56-72-76-175-176) :

« C'est la difficulté de l'équilibration des facteurs de risques associés, aussi. » (...) « Pourtant il ne venait pas pour ça, il ne voulait même pas montrer son pied. »

La prévention des plaies chroniques est difficile à réaliser (35-76-87-88-89-172-190) :

« Si un patient arrive avec un mal perforant plantaire, c'est qu'il y a eu un échappement thérapeutique d'une manière ou d'une autre. »

Difficulté à équilibrer les nombreux facteurs de risques, notamment cardiovasculaires (39-76 à 79-111) :

« (...) sans angiologie depuis 10 ans avec une hyper kératose des ongles qui n'est pas traitée, qui n'a pas vu de pédicure depuis 15 ans (...) »

Les patients atteints de plaies chroniques, nécessitent un suivi régulier, difficile à mettre en place pour les médecins, qui doivent déléguer aux Infirmiers (17-27-53-92-160) :

« Et puis par défaut de suivi aussi, on ne les voit pas souvent. On les voit quand les infirmières nous appellent. On ne peut pas voir l'évolution on les voit une fois par mois. »

La prise en charge des plaies chroniques varie selon l'étiologie retrouvée, plaie diabétique, insuffisance veineuse chronique, artériopathie ... (72-111-189) :

«(...) il faut voir où est le problème de la plaie, les cofacteurs. »

Le nombre des intervenants peut alourdir la prise en charge, qui nécessite un coordinateur (42-61-62) :

« Quand l'angiologue prend le patient, quand l'HAD prend en charge le patient, quand ce sont les infirmières et que c'est au généraliste de gérer tout ça (...) »

IDE et prise en charge thérapeutique

Confiance dans la prise en charge infirmière au domicile du patient (20-21-51-52-54-100-159) :

« Rien que pour faire les pansements parfois c'est compliqué, parce qu'on n'est pas très bons en pansements par rapport aux infirmières. » «(...) mais la plupart du temps c'est les infirmières qui dosent la quantité. »

La prise en charge des plaies chroniques nécessite un travail d'équipe avec les IDE (27-31-41-49) :

« Donc ça nécessite vraiment un travail entre plusieurs intervenants. »

Critique des changements de thérapeutiques réalisées par les IDE, notamment les changements de type de pansements fréquents. (45-134-233) :

« une meilleure cohésion pour travailler ensemble avec les infirmières, qu'elles ne fassent pas non plus à leur façon, parce qu'elles ont aussi l'autorisation de faire ».

Doute sur l'efficacité de ces pratiques (45) :

«(...) des infirmières qui changent de pansements sans nous le dire : « Je vais essayer celui-ci (...) Je vais essayer celui-là ... »

Difficultés à coordonner les IDE (48-63-92-93-233) :

« (...) et c'est difficile d'envisager de faire des soins tous les 3 jours (...) alors que l'infirmière doit effectivement passer tous les jours » (...) « la difficulté c'est, comment gérer les infirmières.»

La communication entre les IDE et les médecins généralistes peut être difficile (42 -43-45) :

«(...) parfois il faut aussi leur courir après aux infirmières. »

Spécialiste et prise en charge thérapeutique

Si les médecins rencontrent des difficultés, il est possible de contacter l'HDJ pour les patients diabétiques. (113-238-239) :

« Par exemple pour le diabète en HDJ, ils sont hyper réactifs, on tombe directement sur le médecin, il y a un portable. »

Avis à un spécialiste si échec de la prise en charge (28-29-74-114) :

« Peut-être un problème sur l'étiologie puisque vous en parlez. Nous (les généralistes), en bons petits soldats on essaye de les guérir coûte que coûte. »

Comme l'exemple d'un stomathérapeute à l'Hôpital Nord de Nantes (28).

Difficultés à réaliser une prise en charge en réseau, et avoir un avis spécialisé de qualité (32-60) :

« La principale difficulté est d'avoir un bon interlocuteur. »

Médecin généraliste et prise en charge thérapeutique

Les médecins généralistes souhaitent garder les décisions de prise en charge de leur patient (63-130) :

« (...) je pense que c'est important nous médecins généralistes qui devons vraiment prendre en charge en premier la plaie parce que les patients comptent sur nous. »

Et jouent un rôle central dans cette prise en charge (63-64) :

« (...) on est obligés de faire main basse sur la prise en charge (...) »

La prise en charge des plaies chroniques dans le temps (chronicisation) est difficile à gérer (22-53-89-135-160-188-233) :

« La difficulté ça va être aussi quand ça se chronicise. » (...) « On ne peut pas voir l'évolution on les voit une fois par mois. »

Difficulté de prise en charge si le patient n'est pas connu du médecin généraliste (116-117) :

« (...) si c'est un patient connu et que l'on a déjà équilibré sur les autres problèmes (...) ou que c'est un nouveau patient qui vient avec une plaie surinfectée chronique. »

On ressent cependant un manque de contrôle dans les thérapeutiques appliquées aux plaies chroniques (44-45-158-162-165) :

« (...) je pense que les infirmières sont en difficulté, elles attendent beaucoup de nous, et on ne leur donne pas, donc elles sont obligées de prendre le relai. »

1.4.2. Propositions d'améliorations pour la prise en charge de ces plaies chroniques

Améliorer les techniques thérapeutiques

Améliorer l'efficacité des pansements, notamment en termes de déterision (128-133) :

« Pour améliorer cette prise en charge il faudrait un produit plus actif, et des produits plus détergents. »

Diminuer le nombre de pansements par catégorie, car entraîne une confusion dans la prescription (140) :

« Peut-être moins d'offres sur la marché, je pense qu'il y en a trop ça nous perd (...) »

Un médecin propose un seul pansement par catégorie.

Améliorer la prise en charge globale en réseau

Améliorer la coordination du travail en réseau (129-131-134-145-183) :

« (...) travailler en cohérence ensemble les uns avec les autres. »

Améliorer le réseau de soins notamment celui des spécialistes (145) :

« et puis des réseaux de spécialistes structurés, je pense que ça pourrait être bien. »

La coordination doit être gérée par le médecin généraliste (148-183) :

« Il faut savoir être à l'écoute des infirmières qui vous disent (...) et revoir la stratégie. »

Les réseaux de soins doivent être organisés par l'intermédiaire de l'ARS (150) :

« (...) après pour ce qui est du réseau ce serait plus par l'ARS pour organiser de façon cohérente les choses d'après leurs réseaux de soins qu'ils ont normalement établis. »

Amélioration concernant les IDE

Améliorer la coordination et la communication avec les IDE (146-155-182-184) :

« Un réseau d'infirmières avec des problèmes de communication, donc déjà réussir à communiquer de la même manière. »

Crainte de la part de certains médecins d'une perte de crédibilité face aux IDE, lorsque la prise en charge n'est pas satisfaisante (167-180-181-182) :

« (...) associer les infirmières a un échec perpétuel, forcément ça démotive. Ça c'est fini bah qu'il va être amputé, ça s'est terminé comme ça. »

La prise en charge infirmière est sous la responsabilité des médecins, par l'intermédiaire des ordonnances de prescription qui sont plus ou moins précises (157) :

« (...) elles font ce qu'elles savent faire qu'on ne met pas sur nos prescriptions. »

Améliorer la chronologie et la gestion dans le temps de la prise en charge

La proximité géographique des partenaires de soins, favorise la prise en charge des plaies chroniques (156) :

« Dans le cas de mon cabinet, les infirmières sont dans la rue en face, je pense que si elles étaient juste à côté déjà ce serait plus facile. »

Améliorer le suivi régulier par le médecin généraliste, des plaies dans le temps (160-161) :

« Et puis est-ce qu'on fait tous de regarder les pansements avant chaque renouvellement ? (...) pas sûr. »

Importance de maintenir une dynamique positive des soins de plaies chroniques (180-194) :

« (...) de plaie chronique à plaie super chronique (...) Parce qu'on s'épuise, et on épuise le réseau que l'on fait marcher. »

Interrogation sur la décision de passer à une prise en charge palliative des plaies (193-194) :

« (...) c'est la question du passage en palliatif, peut-être du fait de ma patiente qui est assez âgée. »

Importance d'une prise en charge initiée par le médecin généraliste du patient, qui doit rester le médecin référant du patient (130-162) :

« je pense que c'est important nous médecins généralistes qui devons vraiment prendre en charge en premier la plaie. »

Accès à un avis spécialisé si difficultés rencontrées dans la prise en charge (132) :

« Ce n'est que quand je suis en difficulté pour cicatriser une plaie chronique, que je m'adresse au spécialiste. »

Améliorer les connaissances

Améliorer les connaissances théoriques et pratiques (136-139-144-153-154) :

« (...) mieux savoir, parce que formation nulle sur ce sujet quand j'étais à la fac. »

Proposition de participer à un séminaire de 2 jours (137-138-139-328) :

« (...) je pense qu'une formation adéquate, de 2 jours (...) ce serait opportun. »

Proposition de formation dans le cadre des formations médicales continues, et besoin d'un protocole de soins précis dans ce domaine (144-149-52) :

« (...) des formations avec des arbres décisionnels, ça pourrait être pas mal. »

Intérêt d'une formation commune aux différents acteurs médicaux et paramédicaux (153) :

« (...) la formation, et pas seulement les médecins, aussi les spécialistes et ceux qui font, les infirmières. »

Interrogation sur la conduite à tenir devant une situation d'échec thérapeutique (166-168) :

« Je pense qu'il y a aussi la nécessité à un moment de faire le deuil sur certaines plaies que l'on est en train d'essayer de cicatriser. »

Amélioration de la prévention secondaire

Améliorer l'observance thérapeutique (141) :

« Une meilleure complaisance du patient de temps en temps, c'est pas toujours facile à avoir. »

Mise en application de l'éducation thérapeutique (143) :

« (...) chez les diabétiques, leur demander de regarder les pieds (...). »

Amalgame Echec cicatrisation des plaies chroniques = Mauvaise observance des patients (185-187) :

« (...) je pense qu'il ne faut pas associer non plus plaies chroniques et non observance. »

1.4.3. Intérêt de la télémédecine dans la prise en charge des plaies chroniques en médecine ambulatoire.

1.4.3.1. L'outil de télémédecine présente un intérêt

Cet outil semble utile (195-227-242) :

« (...) je pense que ça peut être utile ».

Sa mise en place est réalisable, déjà employée dans le cadre d'une prise en charge dermatologique (195) :

« Ca m'est déjà arrivé de demander des avis dermato comme ça, en prenant une photo sur mon téléphone(...) »

Quelques médecins sont favorables pour tester le projet (204-208) :

« pourquoi pas » (...) « Just do it ».

La télémédecine présente un intérêt pour la réduction des coûts de santé publique (218-219-289-317) :

« (...) ça baisserait les coûts d'installation, ça baisserait les coûts de fonctionnement, ça baisserait beaucoup de choses. »

Cet outil présente un intérêt, mais doit être intégré au dossier médical partagé qui va être mis prochainement en place (205-215-216-217-220) :

« (...) pourquoi pas un serveur qui met tout en commun : les photos, le dossier du patient. »

Pouvoir incorporer des photos au dossier médical est une aide à la prise en charge (220-274) :

« (...) je voudrais bien avoir des photos qui aillent directement via mon logiciel directement dans le dossier du patient. »

... notamment pour le suivi des plaies chroniques (200) :

« (...) je dis aux gens de faire des photos et quand ils vont chez le dermato et ils les montrent ».

L'ajout de photos au dossier peut être un appui médico-légal (278) :

« Parce que c'est des preuves médico-légales » (...) « j'ai bien pris la photo, c'était bien ça à ce moment-là ».

Désir de pouvoir utiliser le dossier médical partagé (217-220-279) :

« ça va vraiment être mis en place le dossier médical personnalisé. »

Simplicité de manipulation (338) :

« Je ne sais pas, mais pour moi ça prend 2 minutes de faire ça, prendre la photo, envoyer un extrait du dossier. »

Gain de temps si bonne utilisation des outils informatiques (343) :

« Quand l'informatique fonctionne c'est un gain de temps énorme. »

Confiance dans la possibilité de sécuriser le transfert de données informatiques (288) :

« (...) les données bancaires à l'heure actuelle, elles sont sécurisées, je ne vois pas pourquoi on n'arriverait pas à faire la même chose avec les informations médicales. »

Intérêt de la télémédecine si patient éloigné géographiquement (261-303-306) :

« (...) à la campagne, c'est extrêmement compliqué d'aller faire ¾ d'heure de route pour avoir un avis spécialisé. »

Intérêt chez les patients non mobilisables (305-306-308) :

« (...) ce type d'avis à distance c'est l'avenir, ce sera la seule solution, parce que les gens on ne peut pas les déplacer. »

Outil pour aider les déserts médicaux, et dans les maisons médicales (310-307) :

« Avec les maisons de santé qu'ils créent en Mayenne, et bah tout est prêt pour que la télémédecine arrive. »

Notion de fatalité : outils qui s'imposeront forcément dans l'avenir (300-313-332) :

« Mais encore, je ne pense pas qu'on va avoir le choix vraiment. »

Projet réalisable via un échange de mails entre médecin généraliste et spécialiste (221-222 -223 -224) :

« On peut leur proposer d'avoir un site ou une boîte mail qu'ils consultent de temps en temps et ils renvoient le problème. »

Refus d'utiliser la télémédecine s'il s'agit d'une activité à but lucratif (209-210-211- 212) :

« Tout dépend de qui organise, qui fait quoi. Est-ce que c'est pour faire du fric ? (...) »

Désir d'une gratuité de ce service (210-214-315) :

« (...) est-ce que ça va nous coûter à nous médecins généralistes de faire ça aussi ? »

1.4.3.2. Conditions d'utilisation de la télémédecine

Beaucoup d'interrogations sur la nature de l'interlocuteur spécialisé (204-206-228-229-245) :

« (...) oui pourquoi pas mais c'est comment intégrer ça dans une réflexion de soins, avec les différents intervenants qu'on ne voit pas. »

Idéalement l'interlocuteur spécialisé devrait appartenir au secteur public (229-243) :

« (...) le côté public, le côté hospitalier (...) ça me paraît pas mal. »

Le spécialiste aura vu le patient une première fois avant d'utiliser la télémédecine (244-249), sera connu du médecin généraliste (251) :

« (...) avec des intervenants connus ! »

Réponse du spécialiste relativement rapide, ou pas..., environ 7 jours (234-235-237) :

« Une semaine maximum »

Le coût de fonctionnement ne doit pas être répercuté sur les professionnels (315) .

1.4.3.3. Pas d'intérêt à un outil de télémédecine

Cet outil n'est sera pas utilisé (199-255-269-337) :

« Moi j'ai un ordinateur tout bête je n'ai pas un Smartphone. J'ai un vieux téléphone dont je n'utilise même pas la moitié du forfait donc, je ne l'utiliserai pas. »

Contraintes de temps

Certains médecins reconnaissent mal maîtriser l'informatique, et ne connaissent pas l'utilisation des Smartphones (199-252-334-335-336) :

« Parce que sur internet c'est compliqué, compliqué. »

Considèrent cette méthode chronophage (201-203-232-233-245-268-341) :

« (...) l'application pratique c'est quelque chose qui va coûter du temps au confrère spécialiste et le temps de l'argent. »

De nombreux sites spécialisés existent déjà, mais ne sont pas utilisés car leur fonctionnement semble compliqué et chronophage (201-203-273) :

« Ça, ça fait du truc compliqué qui (...) des sites spécialisés on a déjà 15 000 adresses dont on ne va jamais parce qu'on n'a pas le temps. »

Contrainte éthique

L'usage de la télémédecine associée à de la médecine virtuelle, car réduit l'examen clinique et l'interrogatoire du patient à une photo (260-263-265-275-293) :

« (...) mais je ne suis pas pour la médecine virtuelle. »

Interrogation sur le respect du secret professionnel avec la transmission de données médicales par télémédecine (266-267-270-298) :

« (...) là ça soulève aussi un problème déontologique. (...) » « (...) c'est de l'ordre du secret professionnel. »

Contrainte technologique

Méfiance de l'utilisation de nouvelles technologies, sensation de perte d'autonomie (258-276-287-326-333-334-335) :

« Au contraire ça rend le travail beaucoup plus agréable, le patient se sent plus pris en charge, mais ça ne doit pas enlever le patient. »

Questionnement sur l'intégration de ces nouvelles informations à un dossier médical classique (248) :

« Comment on fait rentrer ça dans le principe de suivi (...) »

Réduction de l'emploi de la télémédecine à la transmission seule des images (277) :

« Le patient n'est pas une photo, la photo est là pour rendre service et un meilleur soin. »

Notion de perte du contrôle de l'information par internet (284-285-286).

Doute sur l'efficacité d'un avis spécialisé à partir d'une seule photo (230 -231) :

« Après il y a les problèmes de qualité des photos mais je pense que ça maintenant ça va à peu près. »

Possible problème de génération : difficultés à apprivoiser les nouvelles technologies chez les médecins plus âgés (323-327-340-347) :

« (...) c'est un peu notre problème, donc en plus, je suis de la génération où l'informatique ne faisait pas du tout partie de ma vie, alors j'ai de grosses carences, parce que par manque de temps. »

Contraintes économiques

Questionnement pour trouver un accord concernant la cotation de l'utilisation de la télémédecine (246-247-268-290) :

« Si c'est un médecin libéral (...) Voilà, enfin, on cote ça comment ? »

Sentiment de lenteur administrative ralentissant les projets (217-219-226-318) :

« Après il faut voir comment intégrer ça. Est-ce que l'Etat est motivé à investir dans un politique de Santé Publique ? »

Pas d'intérêt dans le suivi de l'évolution d'une plaie à domicile par télémédecine avec IDE si évolution défavorable de la cicatrisation. (Consensus).

Désir d'une formation concrète, en première intention (320-321-322-323) :

« Les deux sont possibles, je veux dire une formation pour bien assimiler les structures de prise en charge, et puis après quand tu reçois les photos avec le commentaire des photos, ça t'alimente ta réflexion. »

Formation pouvant être complétée par informatique (329-330-331) :

« (...) et qu'ensuite le reste de la formation se fasse par informatique avec des photos à commenter, oui ça c'est intéressant. »

2. Analyse de la dynamique de groupe

Cette partie décrit les conditions générales de réalisation de l'entretien, notamment la spontanéité des réponses, les volumes d'échange, le temps de parole global des participants, les interactions entre les participants, attestant de la richesse des idées exprimées.

Cette étude doit également analyser si, des alliances entre participants ou au contraire des désaccords, se sont constitués à travers les différents débats. Il convient aussi de rechercher si un leader d'opinion s'est dégagé.

Les participants du focus group sont arrivés chacun leur tour entre 13h45 et 14h25. Ils ont été accueillis par le modérateur et l'observateur.

La première question a été posée à 14h15 avec 5 participants, rapidement rejoints par M1 et M8, arrivés au cours de la première question.

L'ambiance, studieuse dans les premières minutes, s'est rapidement détendue, les participants oubliant vite l'enregistrement. Le tutoiement était de rigueur. Plusieurs participants ont usé de l'humour, et nous avons constaté régulièrement des rires et sourires. Ils semblaient impliqués et motivés de s'exprimer sur ce sujet. M1 avait fait une thèse se rapportant au sujet, et M3 avait une patientèle présentant des plaies chroniques.

Chaque participant a pu s'exprimer librement sur chaque question.

Les participants répondaient chacun leur tour au début des principales questions, sans être interrompus par un autre participant. Les derniers à s'exprimer pouvaient s'inspirer ou rebondir sur les réponses déjà fournies, et ainsi étoffer le débat.

Au total, trois principales questions ont été lues aux participants, et l'ordre de réponse variait d'une question à l'autre. La troisième question a été lue par moi-même, afin d'éviter toute confusion dans l'explication des différentes techniques de télémedecine.

La première question a été la plus longue, et a été alimentée par plusieurs questions de relance figurant dans le guide d'entretien. Celles-ci ont permis de lancer les premiers débats entre les participants. Les participants répondaient rapidement, en mettant en exergue une idée forte. Puis par les questions de relance, élargissaient leurs réponses à la prise en charge globale du patient.

Chacun a pu s'exprimer librement pour livrer ses difficultés.

Trois grandes idées se sont dégagées : le manque de formation théorique, les difficultés dans l'utilisation des pansements, et les difficultés liées à la prise en charge en réseau.

Cette question a été en quelque sorte le fil rouge de cette réunion, car les participants continuaient d'y répondre indirectement au cours des autres questions.

Les premières interactions entre les participants ont débuté à cette question entre M6 et M8 (US 69-70-71) sur un patient ayant présenté des difficultés à M8.

Entre en M2, M8 et M3, sur la prise en charge à adopter sur les plaies fibrineuses.

Entre M8, M3 et M4 sur le rôle des laboratoires pharmaceutiques (US 98-102-104-109)

A partir de la deuxième question, un leader, M3, s'est détaché et a demandé à prendre la parole plus fréquemment pour enrichir ses réponses et rebondir sur les réponses des autres. A contrario, M2 et M5 ont moins spontanément pris la parole, et le modérateur leur a proposé de s'exprimer afin d'équilibrer le temps de parole des participants.

M1, M4, M6 et M8 ont eu un temps de parole équivalent.

Lors de la deuxième question des consensus sont apparus, notamment sur la demande de formation.

Les premières confrontations sont aussi apparues, sur les décisions prises lors d'un échec de plaie chronique, entre M1, M3 et M8.

Des différences sur la confiance dans leur prise en charge thérapeutique sont apparues entre les médecins.

Lors de la 3^{ème} question, les avis ont été très partagés, allant de l'adhésion au projet par M1, au refus catégorique de M6.

Les différences entre les participants se sont accentuées, démarquant 3 groupes :

M1 et M3 plutôt en faveur du projet.

M4 et M5 : dubitatifs.

M2 M6 et M8 plutôt opposés à la télémédecine.

M1 et M3 tentent de convaincre les autres participants que la télémédecine est un outil qui sera utilisé dans l'avenir.

M8 et M6, émettent des doutes sur l'éthique de ces méthodes, et débudent alors un débat sur les nouvelles technologies en médecine.

M2 et M6 semblent réticentes à la télémédecine, du fait de difficultés avec utilisation l'informatique.

L'âge des médecins intervient dans les réponses de la 3^{ème} question. Les plus jeunes sont plutôt favorables, les plus âgés sont plus réticents.

M3 M6 et M8 sont plus souvent dans les débats que les autres participants. Nous n'avons pas noté de confrontation importante entre les participants, même lorsque les idées émises étaient contradictoires. Quelques épisodes de débats, ont entraîné des prises de paroles simultanées, difficiles à transcrire, mais vite interrompues par le modérateur.

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Choix de la méthode

1.1.1. Intérêt du focus group

Le principal avantage du focus group est de permettre l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences par l'intermédiaire des interactions et de la dynamique de groupe. C'est une méthode qui favorise une certaine émulation. Les participants peuvent ainsi rebondir sur les propos des uns et des autres, et exprimer des idées auxquelles ils n'auraient pas forcément pensé en entretien individuel. Les difficultés de prise en charge peuvent être un frein à l'expression individuelle. La dynamique et l'effet de groupe peuvent faciliter l'expression personnelle sur des thèmes parfois difficilement abordables à travers d'autres méthodes. (15,16)

Le focus group permet un recueil de données « économique » en temps. La sélection des participants se fait selon un nombre de critères limités du fait de l'absence d'exigence de représentativité. De plus, le matériel de travail, c'est-à-dire l'enregistrement, est disponible dès la fin de l'entretien. Elle demande peu de moyens financiers.

La question de la prise en charge des plaies chroniques a déjà été soulevée par des études quantitatives, basées sur des questionnaires adressés aux médecins généralistes ou dans des institutions (17). La difficulté est de recueillir les réponses des médecins généralistes, extrêmement sollicités par ces questionnaires (10). La prise en charge des plaies chroniques s'inscrit dans une prise en charge globale du patient, dont l'étude semble complexe par l'intermédiaire d'un seul questionnaire, si l'on souhaite en aborder tous les aspects.

La méthode des entretiens individuels semi-directifs, moins ouverts en termes d'échanges d'idées, plus chronophage sur le recueil et l'exploitation des données, peut permettre de compléter une étude par focus group si les idées émises ne sont pas suffisantes.

1.1.2. Limites du focus group

Le focus group est avant tout une méthode qualitative visant à récolter la diversité des opinions concernant un sujet précis.

Les résultats d'une étude par focus group ne peuvent pas être généralisés, car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population ciblée.

Le focus group ne permet pas d'obtenir de consensus sur une question, puisque l'objectif est de faire émerger toute les données sur un thème donné. Cette étude donne donc un faisceau d'opinions que l'on peut retrouver chez des médecins généralistes. Ces données pourront être vérifiées par des études ultérieures sur des échantillons représentatifs, dont le focus group aura permis de mieux cibler les problèmes.

Pour être certain d'arriver à saturation des réponses sur un sujet donné, il faut réaliser plusieurs focus group : l'interprétation d'une question par un groupe pourra être différente d'un autre.

La dynamique de groupe peut avoir également des inconvénients, notamment sur le temps de parole. Certains participants, par blocage, peuvent être tentés de répondre dans le sens des autres participants, et ne pas exprimer certaines de leurs opinions. L'émergence d'un « leader » comme fut le cas à partir de la fin de la deuxième question, peut limiter le débat, en empêchant les autres de s'exprimer.

C'est le rôle du modérateur de veiller à ce que chacun puisse s'exprimer de façon équitable. Il doit également respecter une neutralité dans la formulation des questions et de ses différentes relances, pour ne pas influencer les réponses des participants.

L'analyse des données réalisée par une personne, est obligatoirement subjective, notamment dans l'élaboration des différentes catégories et thèmes, et pourra être interprétée différemment par une autre.

La base de données (verbatim du focus group) est rapide à obtenir. Cependant, la principale difficulté, est de réunir les différents participants (6 au minimum pour arriver à saturation des idées exprimées) à une date commune, compte-tenu des emplois du temps chargés en période hivernale.

La retranscription et l'analyse est un travail long et laborieux.

1.1.3. Les biais de sélections

La sélection des participants s'est réalisée par téléphone, sur la base du volontariat, pouvant déjà présenter un biais de sélection. Il était demandé aux candidats s'ils avaient actuellement des patients concernés par ces pathologies. Cela ne fut pas un critère d'exclusion à la participation de cette étude en cas de réponse négative.

Un focus group doit se constituer de 4 à 12 personnes, idéalement 8.

7 participants sur les 8 attendus sont venus et se sont présentés à la réunion. Certains médecins, intéressés par l'étude, n'ont pu malheureusement participer à cause de leur emploi du temps. 2 participants sont arrivés après le début de la première question, et n'ont pas pu écouter les premières réponses proposées.

La composition du focus group doit favoriser l'émergence d'un maximum d'idées, par l'hétérogénéité des personnalités qui la compose. Nous sommes satisfaits de la répartition des âges, des lieux géographiques d'activité (médecins exerçant en zone rurale, urbaine ou semi-rurale), ainsi que du ratio hommes-femmes qui étaient représentés, ce qui a favorisé la diversité des réponses.

Aucun des participants n'avait participé auparavant à un focus group. Les participants ne se connaissaient pas entre eux.

La définition d'une plaie chronique donnée aux participants, peut être également considérée comme un biais. Notre volonté d'ouvrir le sujet pour faciliter le recueil d'opinions sur les besoins des médecins, nous a amené à traiter de toutes les plaies chroniques. Cependant, dans le focus group, de nombreuses prises en charges décrites par les participants concernaient des patients diabétiques.

2. Discussion des résultats

Trois thèmes principaux se dégagent de l'analyse de ce focus group : le manque de stratégie thérapeutique, les caractéristiques de la prise en charge en réseau des patients, et l'avis des médecins sur l'utilisation de la télémédecine.

2.1. La stratégie thérapeutique

Le sentiment d'un manque de connaissance globale sur la prise en charge des plaies chroniques est très vite apparu dans la discussion, repris par 7 participants sur 8. Ces lacunes ont été exprimées largement lors de la première question sur les difficultés rencontrées puis, tout au long de la réunion. Les plaies chroniques sont des pathologies rencontrées régulièrement par les médecins généralistes au cours de leur activité médicale mais pas de façon fréquente. Il n'y a pas d'études donnant de chiffres à ce sujet. Cela conduit à une expérience de ces prises en charges limitée, et très variable d'un médecin à l'autre.

La prise en charge dans le temps des plaies chroniques semble difficile à gérer. En effet, les médecins du focus group décrivent des prises en charges longues (plaies « super chroniques ») dont la cicatrisation complète n'est pas envisagée à court terme. La durée de traitement d'un ulcère veineux varie de 80 à 117 jours (18). Celle des escarres n'est pas précisément évaluée en France. L'évolution lente de ces plaies rend difficile l'évaluation du traitement mis en place. Les médecins ou les IDE peuvent décider de modifier les protocoles de soins, parfois de façon répétée. Outre le coût que cela entraîne (achat d'une multitude de pansements), ces ruptures de protocoles sont généralement improductives. Visualiser la plaie lors des consultations pour les participants n'est pas systématique. En effet, les patients concernés sont polyopathologiques, les plaies ne sont qu'un élément de la prise en charge globale, et les consultations en binôme médecins-IDE sont rares.

Dans une étude canadienne sur l'ulcère veineux des membres inférieurs, 82% des médecins interrogés signalaient une absence de *guideline* dans ce domaine (19). Evaluer la cicatrisation de la plaie d'une consultation à l'autre est donc difficile si cela se prolonge dans le temps. Aucun des médecins présents n'a signalé se servir d'un appareil photo pour pouvoir comparer l'évolution des plaies dans le temps.

Le choix des pansements pose également problème aux médecins. La difficulté principale est de pouvoir proposer le meilleur pansement selon l'évolution de la plaie. Le manque de connaissances sur les pansements et leurs modes d'actions, est reconnu et semble considérablement gêner les médecins dans leur prise en charge. On retrouve souvent les mêmes interrogations sur les délais avant de changer de catégorie de pansement, si le médecin le considère inefficace. Beaucoup de médecins laissent donc l'initiative du choix du pansement à l'infirmière qui prend en charge le patient. La mise à jour des connaissances dans ce domaine se fait essentiellement par l'intermédiaire des représentants des laboratoires pharmaceutiques, pouvant créer des conflits d'intérêts. Aucun des médecins ne nous a dit avoir participé à une formation médicale continue réalisée sur ce thème. Sur un enseignement théorique de 900 à 1000 heures sur l'ensemble du deuxième cycle d'études médicales, et devant couvrir 345 items, seules quelques heures sont consacrées aux plaies chroniques. Nous pouvons également nous interroger sur une certaine focalisation des médecins généralistes sur les traitements locaux, dans la guérison des plaies chroniques. En effet, le premier problème à résoudre est avant tout de reconnaître, confirmer et prendre en charge l'étiologie de la plaie, celle-ci étant le dernier stade d'une vasculopathie évoluée.

La formation pratique est variable selon les stages hospitaliers effectués (20). Dans la littérature, la méconnaissance des médecins généralistes sur les traitements locaux est fréquemment retrouvée (10,17,19,21). Les praticiens estiment majoritairement que la formation n'est pas suffisante (22). Ce temps de formation est sensiblement le même aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Allemagne (23). Dans ce groupe, la demande de formation sur le thème des plaies chroniques est exprimée à plusieurs reprises. Concrètement, cette formation peut être apportée par la formation médicale continue (FMC), obligatoire depuis 1996 et confirmée par la loi du 4 mars 2002. La formation peut également s'effectuer par une inscription à des diplômes universitaires (DU), tel que le DU de plaies et cicatrisation, accessible à la Faculté de Médecine de Nantes. Ce diplôme comprend 120 heures de cours répartis sur une année universitaire. Il a pour objectif principal d'étudier la physiopathologie des plaies et de la cicatrisation. Il permet de savoir établir le diagnostic étiologique d'une plaie, connaître son évolution, mettre en œuvre la prise en charge thérapeutique et le suivi du pansement.

Les IDE peuvent bénéficier d'une formation continue conventionnelle, organisée et financée en partie par l'Assurance Maladie (24). Aucune formation, réunissant l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge des plaies chroniques, ne semble exister pour le moment. Nous pouvons cependant nous interroger sur l'efficacité à moyen et long terme d'une telle formation. En effet, la prévalence des plaies chroniques étant peu élevée, la répercussion de ces formations sur les pratiques peut être mise en doute.

Nous pouvons nous interroger sur l'intérêt des messages délivrés par les Laboratoires Pharmaceutiques. Les informations médicales sont basées uniquement sur leurs propres dispositifs médicaux et non sur la conduite à tenir générale dans le processus de cicatrisation des plaies. Ces informations, agrémentées d'échantillons de produits gratuits, irritent même certains médecins. La Haute Autorité de Santé a publié un rapport des recommandations sur la prise en charge des plaies chroniques. Celui-ci détaille les différentes familles de pansements, mais n'en privilégie aucun, compte-tenu du faible niveau de preuve scientifique à ce sujet (25). Peu de médecins ont parlé de détersion mécanique des plaies. Une étude montre qu'en terme d'ulcère veineux, seulement 58% des médecins prescrivaient une détersion mécanique aux IDE au début de la prise en charge (18).

Sur le plan des examens complémentaires, il existe également beaucoup d'interrogations, notamment sur les biopsies et prélèvements bactériens locaux. Les prélèvements superficiels ne sont pas systématiques (26–28). Ils ont une valeur diagnostique faible à cause de la contamination par la flore commensale (notion de colonisation). Les prélèvements bactériologiques locaux au niveau des ulcères ne sont pas recommandés de façon systématique en présence d'une infection, ils concernent uniquement :

- Les patients présentant des signes cliniques patents d'infection. Un ulcère dont l'infection résiste à un traitement médical bien conduit.
- Si suspicion d'une infection à bactéries multi-résistantes sur une plaie chronique ou des patients institutionnalisés/hospitalisés récemment.
- Des patients diabétiques et/ou artéritiques sévères, en cas de suspicion d'atteinte osseuse sous-jacente. La pertinence du résultat varie selon le germe identifié.

Concernant les ulcères, les prélèvements bactériologiques locaux ne sont pas recommandés. Les biopsies sont indiquées devant des signes de cancérisation de la plaie : la chronicité de l'ulcère sans

aucune amélioration malgré un traitement bien conduit, l'apparition de douleurs, l'hémorragie locale, le bourgeonnement excessif. En pratique, les biopsies ne sont pas réalisées en médecine générale (29).

2.2. La prise en charge en réseau

La prise en charge en réseau est incontournable dans la prise en charge des plaies chroniques. Les intervenants principaux sont le médecin généraliste, l'IDE et le consultant spécialiste. Cette collaboration conditionne la réussite de la prise en charge, elle est complexe à établir. En effet, les médecins généralistes soulignent bien le fait que la plaie n'est qu'une composante à prendre en charge chez des patients polyopathologiques.

Infirmières (IDE)

Les infirmiers(es) sont les interlocuteurs privilégiés des médecins généralistes dans la prise en charge des plaies chroniques. Pour des contraintes de temps évidentes, les médecins doivent déléguer les soins des plaies (pansement, détersion mécanique) aux IDE, car les consultations combinées IDE-médecin traitant sont difficiles à mettre en place régulièrement. Le médecin doit avoir confiance en l'infirmière sur sa description d'évolution des plaies. Les participants reconnaissent la nécessité de ce type de prise en charge mais décrivent certains obstacles. La prise d'initiative de l'IDE dans le changement de thérapeutique est critiquée par les participants, considérée comme peu efficace et compliquant le protocole de suivi des plaies. Souvent, plusieurs infirmières prennent en charge le même patient, accentuant les difficultés de transmission. Les participants souhaitent être consultés pour les changements de thérapeutique de leurs patients. Les participants reconnaissent aussi prescrire « jusqu'à cicatrisation », et c'est aux IDE de se manifester selon l'évolution de la plaie. Le manque de transmission ciblée entre médecins et IDE est responsable de ce problème. La proximité entre ces deux acteurs de soins semble être une des clés du succès de cicatrisation.

Spécialistes

L'avis spécialisé concernant la conduite à tenir thérapeutique est plutôt pris en seconde intention, si le médecin généraliste estime être en échec dans le traitement instauré. D'une manière générale, les médecins spécialistes sont peu cités dans le verbatim du focus group, par rapport aux infirmières. Les spécialistes semblent intervenir uniquement de façon ponctuelle dans la prise en charge du patient.

Concernant les plaies chroniques, nous constatons que les avis spécialisés sont très diversifiés selon les pathologies.

Les patients diabétiques présentant un mal perforant plantaire sont majoritairement dirigés vers un service d'hôpital de jour de diabétologie du CHU de Nantes. A partir de cette structure, ils peuvent bénéficier d'une prise en charge globale par une équipe spécialisée. Ce séjour hospitalier de quelques jours permet de prévenir les complications d'une plaie et d'en planifier le suivi.

Les médecins vasculaires sont peu cités par les participants. Ils semblent être consultés principalement dans le cadre du bilan étiologique, mais peu pour la conduite à tenir face aux plaies.

Les dermatologues semblent être les principaux interlocuteurs, mais le délai de consultation peut être long.

Les participants soulignent également leur rôle de coordinateur entre les différents intervenants.

Une étude réalisée sur les patients hospitalisés dans le service de médecine interne et de dermatologie du CHU de Nantes pour des plaies vasculaires, indique que 67% de ces patients étaient hospitalisés pour avoir un avis spécialisé, devant une plaie qui ne guérissait pas par leur médecin généraliste (30). La durée moyenne de ce séjour était de 31 jours. Il est intéressant de noter que 70% des médecins interrogés estiment qu'une consultation simple n'aurait pas été suffisante par rapport à une hospitalisation conventionnelle.

Prise en charge des plaies au CHU de Nantes.

La prise en charge des ulcères de jambe dans le CHU de Nantes est relativement disparate, sans véritable unité, les différentes structures étant elles-mêmes saturées. Les principaux partenaires associés à la prise en charge de cette pathologie sont les suivants : les Services de Dermatologie, de Médecine Interne, de Chirurgie Plastique et Endocrinologie, ainsi que l'Unité Fonctionnelle de Consultations et d'Explorations Vasculaires, la consultation chirurgicale et infectiologie des plaies de pied, le Centre de Rééducation de La Tourmaline et le service de Chirurgie Vasculaire.

Le service de diabétologie situé à l'hôpital Nord contient un service d'hôpital de jour et de semaine. Des diabétologues sont joignables par les médecins généralistes via un téléphone portable, pour donner un avis sur un patient diabétique. Les médecins du service peuvent alors décider d'une hospitalisation du patient pour prendre en charge la plaie à la phase aiguë. Cette prise en charge réactive permet d'éviter l'apparition de complications très fréquente chez ces patients. Lors de l'hospitalisation, les dossiers sont soumis à une équipe multidisciplinaire, permettant de définir la conduite à tenir la plus adaptée. Les patients sont ensuite revus en consultation ou en Hôpital de Jour pour le suivi des plaies.

2.3. Intérêt d'un outil de télémédecine

2.3.1. Conceptions de la télémédecine par le focus group

Dans ce focus group, les avis des participants sont partagés sur plusieurs points.

Concernant l'intérêt d'un outil de télémédecine dans la prise en charge de plaies chroniques, 3 groupes semblent se dessiner :

2.3.1.1. Deux médecins pensent que la télémédecine est réalisable et utile pour ce type de pathologie.

Ils considèrent que cet outil peut faire baisser les coûts de Santé Publique, faciliter la prise en charge des personnes à mobilité réduite, et permettre d'aider les régions sous médicalisées. L'ajout de photos au dossier médical est souhaité, notamment s'il peut s'intégrer au dossier médical partagé. Ils estiment que la télémédecine sera très certainement mise en place dans les années à venir. Ils n'appréhendent pas les nouvelles technologies, et sont confiants dans la possibilité de sécuriser les données de santé. La correspondance par échange de mails semble tout à fait réalisable. Ce profil de médecin semble convenir à l'ajout de la télémédecine dans leur pratique. La manipulation des outils informatiques n'étant pas un problème, l'échange d'information avec un spécialiste (dite télé expertise) et le suivi de l'évolution des plaies (la télésurveillance) pourraient être appliquées à leur cabinet. Selon eux, ces méthodes ne seraient pas chronophages.

2.3.1.2. Un deuxième groupe également composé de deux médecins, est plus réservé sur la télé médecine.

Ils ne sont pas opposés à un tel projet mais veulent plusieurs garanties :

Concernant l'avis spécialisé, celui-ci doit être connu du médecin généraliste pour l'un, et appartenant de préférence au secteur public. Pour un des participants, une consultation « classique » avec le spécialiste doit précéder tout acte de télé médecine.

Selon eux, le délai de réponse du spécialiste, fut estimé comme raisonnable s'il avère inférieur à une semaine.

La question de la rémunération du médecin généraliste et du spécialiste est posée. De plus, l'utilisation de la télé médecine doit être gratuite car ils ne souhaitent pas investir financièrement pour un tel système.

Sur le plan technique, la qualité des photos d'un smartphone est mise en doute. La question de l'hébergement des données (photos et réponses du spécialiste) et de l'intégration au dossier médical du patient est posée.

Ce deuxième groupe correspondrait plus à l'utilisation de la télé médecine comme surveillance de l'évolution d'une plaie, par l'intermédiaire d'un réseau de suivi des plaies, qui informent les médecins régulièrement de l'état d'avancée de la cicatrisation.

2.3.1.3. Le troisième groupe composé de 3 médecins est opposé à la télé médecine.

Les arguments ne sont pas forcément les mêmes.

Le temps consacré à la prise de photo et l'envoi au spécialiste avec un résumé de la prise en charge réalisé est estimé trop long et non réalisable en médecine ambulatoire.

Les difficultés techniques liées à l'informatique suffisent à l'un des participants à exclure l'utilisation de la télé médecine de son mode d'exercice.

Des questions éthiques motivent les 2 autres médecins. L'absence d'examen clinique est mal vécue, et la télé médecine participe à une forme de « déshumanisation » de l'exercice médical.

La sensation d'une perte d'autonomie de la prise en charge du patient peut également effrayer ce genre de pratique. Ce profil de médecins ne semble pas encore prêt pour être associé à de la télé médecine, même s'il n'y a pas de rôle direct du médecin généraliste.

D'autre part, le suivi des plaies par la télé médecine avec l'IDE ne convient pas aux participants. Ils considèrent à l'unanimité que si la plaie se dégrade, ils préfèrent se déplacer et réaliser une consultation conventionnelle.

Dans ce focus group, le modèle de télé médecine proposé était de la télé expertise. Nous souhaitons recueillir l'avis des participants sur une forme de télé médecine avec une participation, technique, active, de la part du médecin traitant par l'intermédiaire d'un ordinateur ou d'un smartphone. Les problématiques décrites par les participants, sont le suivi dans le temps des plaies, la coordination médecin-IDE et la sensation d'un manque de formation.

Ces problématiques décrites correspondraient donc plus au développement d'un système de téléassistance.

2.3.2. Etat des lieux de la télémédecine en 2012

Définition de la télémédecine (31)

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la télémédecine est une composante de la médecine. Elle s'inscrit dans l'univers des professionnels de santé, et « permet d'apporter des services de santé, là où la distance et l'isolement sont un facteur critique, par des professionnels (médecins notamment) utilisant les technologies de l'information et de la communication (TIC) à des fins diagnostiques, de traitement et de prévention, de recherche et de formation continue. »

La télémédecine permet de pratiquer la médecine à distance au moyen des TIC. Cette activité regroupe l'ensemble des pratiques médicales permises ou facilitées par des technologies qui admettent la prestation de soins de santé à distance et l'échange de l'information médicale s'y rapportant.

L'article R6316-1 du Code de la Santé publique définit cinq types d'actes médicaux relevant de la télémédecine (32) :

1. La téléconsultation permet à un professionnel médical de consulter un patient à distance. Dans ce cadre, la présence d'un professionnel de santé assistant le professionnel à distance ainsi qu'un psychologue est possible.
2. La télé expertise est l'opportunité pour un professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient.
3. La télésurveillance médicale permet à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge.
4. La téléassistance médicale permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte.
5. La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale lors des appels passés auprès du SAMU ou des centres 15.

La télémédecine en France est déjà présente environ 15 ans. Depuis la création de l'ASIP Santé en septembre 2009, son développement est exponentiel. En effet, l'essor des nouvelles technologies et des nouveaux moyens de télécommunication ont permis à la télémédecine de s'étendre dans de nombreux domaines. Ses principaux domaines d'actions sont la prise en charge des maladies chroniques, des AVC et de la télé radiologie.

Au cours de l'année 2011, plus de 150 projets pilotes en télémédecine ont vu le jour. La prise en charge des plaies et des pathologies dermatologiques est particulièrement concernée par la télémédecine.

Organisation de la télémédecine

Dans son rapport de novembre 2008, l'HAS encourage le développement de la télémédecine, notamment dans les territoires isolés (33).

Créées avec la loi HPST, les Agences Régionales de Santé, installées depuis le 1^{er} avril 2010, ont pour but d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système (9). La notion de « territoire de santé » définie, à l'échelle régionale, est très importante car elle implique que la politique de santé de l'état soit « décentralisée », pour mieux répondre aux besoins et aux spécificités de chaque territoire.

Dans le volet « orientation stratégique » du projet régional de santé 2011-2015, l'ARS recommande de « concentrer dans des grands centres les ressources humaines qualifiées pour certaines activités chirurgicales ou médicales pour des raisons de qualité, de sécurité des soins et d'efficacité ». La télémédecine est citée comme une solution pour réaliser cet objectif. Le décret d'application de la loi n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 (34) relatif à la télémédecine, permet son application, pose le cadre légal de cette pratique et en prévoit son financement.

Plusieurs organismes sont chargés de coordonner ces projets :

L'ASIP Santé est une Agence d'Etat placée sous la tutelle du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, qui a pour objectif de favoriser le développement des Systèmes d'Information dans le domaine de la santé et le secteur médico-social (35)(36). L'ASIP Santé a vocation à contribuer à l'amélioration de la coordination et de la qualité des soins. Auteur de référence et fédérateur en matière d'e-santé, ses missions s'étendent de la conception, au déploiement de Systèmes d'Information de santé. Le Dossier Médical Personnel (DMP) ou des projets de télémédecine, en passant par la maîtrise d'ouvrage et la gestion de la Carte de Professionnel de Santé (CPS), en font partie. L'ASIP Santé est également chargée de la définition, de la promotion et de l'homologation de référentiels, produits ou services contribuant à l'interopérabilité, à la sécurité et à l'usage des Systèmes d'Information de santé et de télésanté.

La DGOS a été créée en mars 2010. Elle est le pilote à l'échelon national, des agences régionales de santé, de l'organisation de soins et de l'efficacité des établissements de santé (37).

L'ANAP a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux, d'améliorer le service rendu aux patients et aux usagers. Elle élabore et diffuse des recommandations et des outils dont elle assure le suivi et la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, afin de maîtriser leurs dépenses.

L'ETHEL, avec le projet européen MOMENTUM, centralise tous les projets en activités des 21 associations en Europe, afin de recueillir les différentes expériences, et propose une aide pour le déploiement de ces services opérationnels.

Deux exemples de projets de télémédecine opérationnels, adaptés aux plaies chroniques :

1) **TELAP** : Téléassistance Plaies (38)

Le réseau TELAP (Téléassistance Plaies) a été créé en 2010 par les médecins du CHU de Caen en partenariat avec le CHU de Sherbrooke au Canada.

Ce réseau a pour missions de :

- Répondre à l'augmentation de la demande de soins des plaies chroniques, qui nécessitent des hospitalisations longues (20 jours), concernant majoritairement des patients âgés.
- Faire face à l'isolement des IDE libérales au domicile des patients.

En pratique :

À la demande du médecin traitant et avec son accord, le patient intègre le réseau. Il bénéficie d'une consultation médicale avec un médecin expert qui réalise un bilan standardisé et organise une prise en charge adaptée. Le bilan peut être réalisé en ambulatoire ou sur une hospitalisation courte.

En accord avec le médecin traitant, une consultation avec une IDE experte (titulaire du DU de plaies et cicatrisation ou ayant une expérience dans le domaine des plaies chroniques) aide, par une consultation virtuelle, l'IDE au domicile du patient. Sur un an, 5 consultations de télémédecine sont remboursés aux patients. L'IDE experte peut proposer un changement de thérapeutique après discussion avec un médecin expert qui a visualisé les photos. L'IDE informe systématiquement le médecin traitant de la conduite à tenir proposée. Si la situation est jugée trop complexe par l'IDE, le patient réorienté vers un médecin expert.

Ce réseau s'appuie sur la création d'un site internet (39), donne accès à un module de formation IDE au sein du CHU, accessible aux IDE des hôpitaux généraux et aux IDE libérales (e-learning), pour la formation initiale des IDE sur les soins de plaies et sur la manipulation des outils de télémédecine.

TELAP est en attente de ses appareils de télémédecine (tablettes). Il s'agit d'appareils légers adaptés à la visite au domicile, équipés d'un logiciel de visioconférence et de prise de photos, ainsi que d'une fiche de suivi simple.

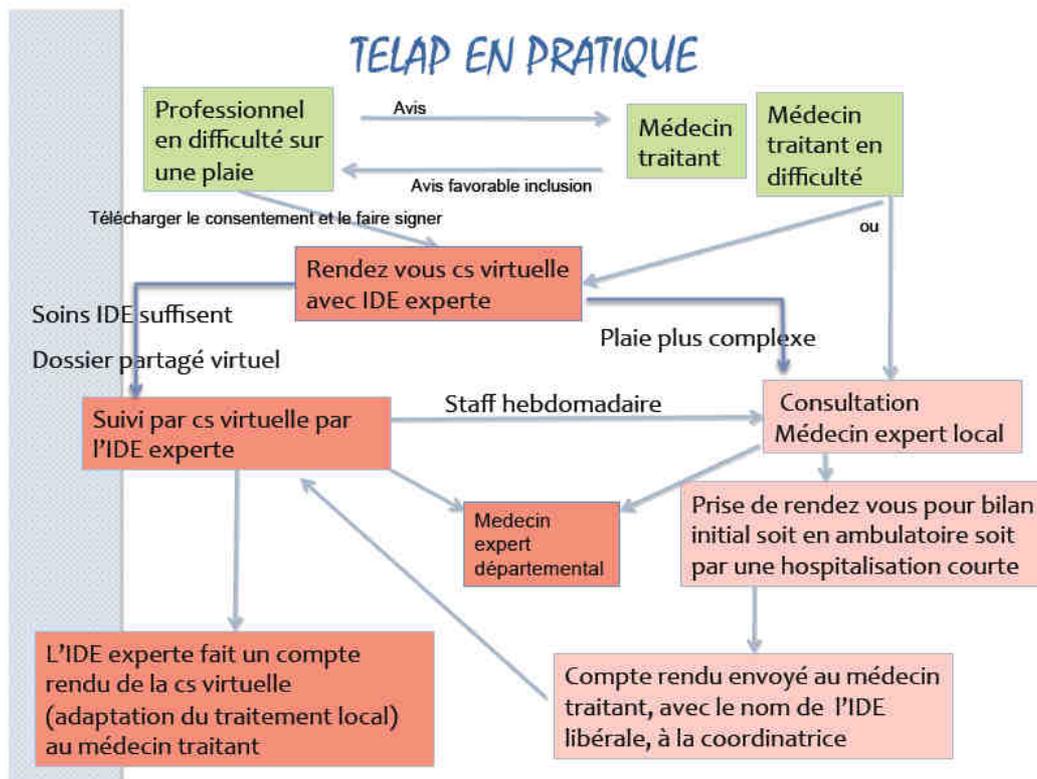
Les principales difficultés rencontrées sont les suivantes :

- Le codage des actes de télémédecine à ajouter aux soins, est actuellement hors nomenclature.
- Le problème de réseau de téléphonie mobile, possiblement insuffisant dans certaines localités, empêchant les consultations en temps réel.
- Les informations pourront toute fois être envoyées en différé.

Actuellement, TELAP ne bénéficie pas de ces équipements, mais a déjà débuté les consultations d'IDE experte, par l'association de photos adressées par mails et d'avis téléphoniques.

Ce réseau bénéficie de financements publics (ASIP santé et FEDER). Il doit rendre son évaluation médico-économique dans 3 ans. Si ce modèle économique est viable, il pourrait conduire à la nationalisation de ce type de réseau.

Arbre décisionnel résumant la prise en charge :



2) CICAT, réseau de plaies et cicatrisation, géré par la région Languedoc-Roussillon (40)

Le réseau ville-hôpital du Languedoc-Roussillon (RVHPCRL), permettra la prise en charge de patients éloignés des centres hospitaliers en mettant à disposition de ses membres un service intranet sécurisé. On accèdera alors à l'échange d'informations et photographies numériques pour les patients qui présentent des problèmes de plaies difficiles à cicatriser.

Ce réseau, de structure ville-hôpital, constitué sous forme d'une association régie par la loi 1901 est monothématique, de type référentiel. Ses actions seront articulées avec celles des réseaux de santé en place ou devant être prochainement créés (gériatrie, diabète...) afin que les interventions de ses différents réseaux agissent en parfaite complémentarité.

Il a pour finalité de :

- Améliorer la prise en charge des personnes ayant ou risquant d'avoir des plaies à cicatrisation difficile.
- Assurer la meilleure coordination entre les différents intervenants pour une meilleure continuité des soins.
- Développer les mesures de prévention adaptées à la Région Languedoc-Roussillon.

- Assurer la formation et le perfectionnement théorique et pratique de ses membres.
- Développer un maillage favorisant une communication optimum entre les différents intervenants.

Les différentes actions réalisées dans le cadre du réseau s'appuient sur une prise en charge pluridisciplinaire regroupant des médecins spécialistes ou généralistes, des IDE, des kinésithérapeutes, des pharmaciens, des médecins conseils, des assistantes sociales, des diététiciennes, des psychologues, et tout professionnel amené à participer à celles-ci.

En pratique :

L'IDE libérale, titulaire du DU de plaies et cicatrisations, se déplace au domicile du patient pour aider sa collègue. Elles évaluent ensemble la plaie, l'IDE experte peut aider si besoin à la détersion de la plaie, elle conseille sa collègue quant au choix du pansement le plus approprié (qui devra ensuite être validé et prescrit par le médecin). Elle se charge de renseigner ces données sur le logiciel de suivi de plaies (INFINYS). Elles réévaluent périodiquement la plaie lors de visites ultérieures.

Le RVHPCRL souhaite désormais s'appuyer sur la télémédecine pour développer son activité. Le projet CICAT est jumelé au projet TELAP, et ses caractéristiques sont identiques. Ce projet a pour but de répondre à une demande croissante de sollicitations, raccourcir les distances en formant un véritable maillage de la région Languedoc-Roussillon. Les avis en « temps réel » faciliteront le suivi. La télémédecine a également pour but d'améliorer la formation dans ce domaine. L'objectif est de réaliser 4500 actes de télémédecine par an sur 1500 patients.

Les principales difficultés identifiées sont les résistances face à un changement de prise en charge et la mauvaise maîtrise des outils informatiques chez de nombreux professionnels de santé.

Intérêts économiques

Diminution des coûts de santé

L'HAS classe les coûts de santé en 2 sous-groupes :

- Les coûts directs, recouvrant l'utilisation des ressources médicales et paramédicales.
- Les coûts indirects, regroupant les coûts engendrés par l'impact de l'état de santé d'un individu sur sa vie quotidienne et celle son entourage, se traduisant par « une perte de productivité » et des dépenses monétaires.

Dans le cadre des plaies chroniques, les patients sont souvent âgés et peu mobilisables. Les coûts de transports représentent indéniablement une part majeure de l'ensemble des dépenses de soins. La télémédecine permet dans tous les cas de diminuer ces coûts de transports entre soignants et patients. Pour information, le coût d'un transport en véhicule sanitaire léger est un forfait de base allant de 11 à 13 euros, associé à un tarif kilométrique de 0,83 euros/km parcouru. En ambulance, le forfait s'élève à 51,30 €, associé à un tarif kilométrique de 2,12 euros/km.

Avec le réseau TELAP, les économies espérées pour l'assurance maladie sur les trois premières années d'activité, s'élèvent à 18 millions d'euros, dont 14 millions liés à la réduction de la durée moyenne d'hospitalisation de 17 à 4 jours (41).

Pour la création d'un projet de télémédecine, 5 facteurs de réussite sont mis en avant (13,42) :

- 1) Le projet doit être motivé par une raison médicale pertinente.
- 2) Le projet doit être géré par un coordinateur de l'ensemble du dispositif. Un modèle de télémédecine difficilement transposable d'une région à l'autre, car les caractéristiques, les attentes, les besoins seront différents.
- 3) Toutes les actions de télémédecine doivent être tracées, afin de définir le modèle économique du projet, et si celui-ci est pérenne.
- 4) Organiser le transfert des nouvelles compétences, comme décrite dans l'article 51 du Code de la Santé Publique, sur le transfert des compétences.
- 5) Le modèle économique est très compliqué à mettre en place, car pour que des fonds soient investis, le projet doit répondre à la question suivante : à un service médical rendu, équivalent ou meilleur, l'activité nouvelle, engendre-t-elle un surcoût ? Ou, au contraire, permet-elle de faire des économies ?

Le bilan coût-avantage est complexe à obtenir. L'évaluation médico-économique de la télémédecine en France, commandée à l'HAS par la DGOS, devrait être disponible courant de l'été 2012. C'est le facteur économique qui sera déterminant pour décider d'un éventuel déploiement national de la télémédecine.

Financement et télémédecine (32,43–45)

Il faut distinguer le remboursement des actes de télémédecine (tarification des actes) du financement de l'organisation de l'activité de télémédecine.

Les actes de télémédecine ne sont actuellement pas remboursés par l'Assurance Maladie. Le décret du 19 octobre 2010 prévoit que la rémunération et le remboursement des actes s'organisent conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale. Ainsi, ils dépendent de leur inscription à la classification commune des actes médicaux (CCAM) décidée par l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie (UNOCAM).

L'organisation de l'activité de télémédecine peut bénéficier des financements du Fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (Ficqs) ou de la dotation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), ainsi que de dotations de l'Etat et des départements aux établissements sociaux et médico-sociaux. Un projet de télémédecine bénéficiant des financements spécifiques peuvent avoir une prise en charge des actes, au titre de l'hospitalisation ou de la prise en charge « globale » du patient.

Responsabilités et télémédecine :

Responsabilité des médecins :

Selon le Code de Déontologie (46), chaque médecin participant à l'acte de télémédecine reste personnellement responsable, qu'il soit médecin requérant ou médecin requis. En Droit Médical, le

médecin requis est en position de responsabilité délictuelle et non contractuelle vis-à-vis du patient qu'il téléconsulte. La responsabilité du médecin requis vis-à-vis du patient téléconsulté est à préciser. L'objectif serait de d'établir également une responsabilité contractuelle du médecin requis vis-à-vis du patient et de reconnaître l'exercice pluridisciplinaire de la médecine actuelle. La loi et le code de déontologie doivent évoluer pour reconnaître cette évolution des pratiques médicales, justifiée notamment par une nécessité de prendre en charge aujourd'hui un patient atteint de plusieurs maladies chroniques dans sa globalité.

En Mai 2012, la DGOS a présenté les principales mesures juridiques à venir (47) :

- Les responsabilités des professionnels vont demeurer fondées sur l'application du droit commun concernant la responsabilité civile professionnelle. Il n'y aura pas de création d'un régime de responsabilité professionnelle spécifique.
- La télémédecine est soumise à l'obligation d'information et de recueil préalable du consentement éclairé du patient, sachant que la signature d'une décharge de responsabilité, pas plus qu'ailleurs, n'est juridiquement valide.
- L'obligation de tracer toute la prise en charge dans le dossier, y compris l'information et le consentement préalable, s'applique à la télémédecine.
- En cas de litige, le patient aura tendance à diriger sa plainte contre le médecin requérant, qu'il connaît et qui le reçoit. Ce praticien devra alors faire reconnaître la responsabilité des autres acteurs engagés: médecin requis, hébergeur, tiers technologique...
- L'élaboration de protocoles afin de définir les différentes responsabilités des intervenants médicaux et paramédicaux.

Une note devant paraître prochainement sur le site internet de la DGOS, détaillera la répartition des charges, par type d'acte de télémédecine et en fonction du statut des intervenants : professionnel libéral, établissement public ou privé.

Il est également primordial pour les établissements de santé et les professionnels libéraux d'informer leurs assureurs en cas de pratique de télémédecine, afin de vérifier que leur couverture s'étend à ce type d'activité.

Responsabilité des tiers techniques : (46,47)

Le décret ne se prononce sur la notion de responsabilité de ces tiers techniques intervenant pourtant dans les actes de télémédecine. Les mesures à venir devraient les affilier aux règlements des dispositifs médicaux.

CONCLUSION

Notre étude s'intéressait aux besoins des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques, ainsi que de l'intérêt d'un outil de télémédecine dans cette prise en charge.

Les médecins généralistes déclarent avoir une formation insuffisante dans ce domaine, se traduisant en pratique, par des difficultés à instaurer une stratégie thérapeutique efficace. Les participants semblent focalisés sur les traitements locaux nombreux et complexes, et le traitement étiologique des plaies est spontanément peu évoqué. La stratégie thérapeutique est complexe car multidisciplinaire. Trois acteurs principaux interviennent : le médecin spécialiste, l'IDE et le médecin généraliste. Ce dernier doit coordonner toute la prise en charge ambulatoire du suivi et de l'évolution des plaies. Le bon déroulement de cette prise en charge passe par une bonne communication entre le médecin généraliste et l'IDE du patient, qui est favorisée par les consultations conjointes auprès des patients. Ces consultations sont difficiles à organiser en pratique.

La télémédecine est en pleine expansion. Les contraintes économiques actuelles et la désertification médicales de nombreuses zones du territoire, favorisent l'émergence d'un nouvel exercice de la Médecine. Dans le domaine des plaies chroniques, deux formes de télémédecine présentent un intérêt : la télésurveillance et la télé expertise. Les projets actuels mis en place, développent principalement la télésurveillance à partir d'une équipe experte (IDE-médecin) qui épaulé le médecin généraliste et l'IDE au domicile. Ce système permet de répondre à la problématique de suivi des plaies dans le temps, sans augmenter la charge travail du médecin généraliste. Il présente un intérêt tout particulier chez les patients peu mobilisables et isolés géographiquement. Ces réseaux devraient également diminuer les coûts de prise en charge de ces plaies, notamment sur les transports. Il s'agit toutefois de projets récents, leur évaluation médico-économique n'est pas encore réalisée.

L'intérêt pour la télémédecine dans ce domaine est encore partagé. Les principales réticences viennent principalement d'une appréhension des nouvelles technologies et du temps jugé trop important, consacré à son utilisation.

Un modèle de prise en charge semble ainsi se dessiner : dans un premier temps, un bilan étiologique précoce, aboutissant à la mise en place d'une stratégie thérapeutique claire, avec l'aide de spécialistes (bilan en Hôpital de Jour ou en consultation). Dans un second temps, la mise en place d'une assistance dans le suivi des patients au domicile par un binôme médecin-IDE « expert », qui conseille l'IDE libéral et le médecin traitant, pour adapter de façon réactive la prise en charge des plaies. Le médecin généraliste joue un rôle de coordinateur entre ces différentes structures.

Un tel projet a toute sa place en région Loire-Atlantique. L'expérience pourrait être réalisée à partir d'un réseau de médecins généralistes et d'IDE libérales, motivé et adhérent à ce nouvel exercice de la médecine, appuyé par un binôme médecin-IDE expert.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Les pansements. Indications et utilisations recommandées. [En ligne]. 2011 avr. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf
2. Fowkes FG, Evans CJ, Lee AJ. Prevalence and risk factors of chronic venous insufficiency. *Angiology*. 2001 août;52 Suppl 1:S5-15.
3. Varroud-Vial M, Simon D, Detournay B, Attali C. ECODIA2 : Étude sur l'Epidémiologie et les coûts du Diabète en France : la prise en charge du diabète de type 2 s'est améliorée entre 1999 et 2005. *Diabete Metab*. 2007 mars;33(Spe1):75.
4. Haute Autorité de Santé. Séances de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique, par le pédicure-podologue [En ligne]. 2007 juill. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_pied_diabetique.pdf
5. Haute Autorité de Santé. Commission d'évaluation des produits et prestations. [En ligne]. 2006 avr p. 6-8. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pp020474.pdf>
6. Reiber GE. Diabetic foot care. Financial implications and practice guidelines. *Diabetes Care*. 1992 mars;15 Suppl 1:29-31.
7. BEDANE C, SENET P, MEAUME S, GUILLOT B. Complications de l'immobilité de décubitus. *Ann Dermatol Venereol*. 2002;129:2S13-2S16.
8. Démographie médicale française. Etudes 37, 38, 38-2, 39 et 39-2 (années 2004 à 2006).
9. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Projet régional de santé des Pays de la Loire 2011-2015 [En ligne]. 2011 juill. Disponible sur: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/orientations-strategiques_20072011.pdf
10. Tauveron V, Perrinaud A, Fontes V, Lorette G, Machel L. [Knowledge and problems regarding the topical treatment of leg ulcers: survey among general practitioners in the Indre-et-Loire area]. *Ann Dermatol Venereol*. 2004 sept;131(8-9):781-6.
11. Hazenberg CEVB, Bus SA, Kottink AIR, Bouwmans CAM, Schönbach-Spraul AM, van Baal SG. Telemedical home-monitoring of diabetic foot disease using photographic foot imaging--a feasibility study. *J Telemed Telecare*. 2012 janv 1;18(1):32-6.
12. Binder B, Hofmann-Wellenhof R, Salmhofer W, Okcu A, Kerl H, Soyer HP. Teledermatological Monitoring of Leg Ulcers in Cooperation With Home Care Nurses. *Arch Dermatol*. 2007 déc 1;143(12):1511-4.
13. Krupinski EA, Patterson T, Norman CD, Roth Y, ElNasser Z, Abdeen Z, et al. Successful models for telehealth. *Otolaryngol. Clin. North Am*. 2011 déc;44(6):1275-1288, vii-viii.
14. Pa J, Mp G, Hk B. Preparing for success: Readiness models for rural telehealth. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2005 janv 10;51(4):279.

15. Moreau A, Villars PD, Grenoble CHU. S'approprier la méthode du focus group. Rev. Prat. Med.Gen. 2004 mars 15;18(645):382-4.
16. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes : L'entretien collectif. Paris: A. Colin; 2008.
17. Caron-Mazet J, Roth B, Guillaume J-C. [Prevalence and management of chronic wounds in 14 geriatric institutions of the Haut-Rhin]. Ann Dermatol Venereol. 2007 sept;134(8-9):645-51.
18. Lévy E, Lévy P. [Management of venous leg ulcer by French physicians, diversity and related costs: a prospective medicoeconomic observational study]. J Mal Vasc. 2001 févr;26(1):39-44.
19. Graham ID, Harrison MB, Shafey M, Keast D. Knowledge and attitudes regarding care of leg ulcers. Survey of family physicians. Canadian family physician. 2003;49(7):896-902.
20. Ministère de l'Education : Bulletin Officiel de l'Education Nationale BO N°40 du 09 novembre 2000 - Enseignement supérieur et recherche [En ligne]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2000/40/sup.htm>
21. Stremitzer S, Wild T, Hoelzenbein T. How precise is the evaluation of chronic wounds by health care professionals? Int Wound J. 2007 juin;4(2):156-61.
22. Loftus S, Wheatley C. Developing skills in leg ulcer nursing: the lessons learned. J Wound Care. 2000 nov;9(10):483-8.
23. Patel NP, Granick MS, Kanakaris NK, Giannoudis PV, Werdin F, Rennekampff H-O. Comparison of wound education in medical schools in the United States, United kingdom, and Germany. Eplasty. 2008;8:e8.
24. Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux [Internet]. Available de: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019656301>
25. HAS. Les pansements. Indications et utilisations recommandées [En ligne]. 2011 avr p. 1-4. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf
26. Haute Autorité de Santé. Diabète de type 2. 2007 juill.
27. Richard J-L, Lavigne J-P, Sotto A. Prise en charge du pied diabétique infecté. Médecine et Maladies Infectieuses. 2007 janv;37(1):1-13.
28. Hartemann-Heurtier A, Van GH, Jacqueminet S. Prise en charge du mal perforant plantaire. Médecine Thérapeutique Endocrinologie & Reproduction. 2002 févr 6;3(6):440-5.
29. Collège des enseignants en dermatologie. Item 137- Ulcère de jambe [En ligne]. 2011 [cité 2012 avr 30]. Disponible sur : <http://site.ebrary.com/id/10540322>
30. Naux N, Pistorius M-A. Etude des difficultés de prise en charge des plaies vasculaires à domicile : organisation de la filière et proposition d'aide aux médecins traitants. Thèse de doctorat en médecine. [En ligne]. [S.l.]: [s.n.]; 2007 [cité 2012 mai 14]. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/121106284>
31. Livre blanc : déontologie médicale sur le web | Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne]. [cité 2012 mars 4]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1153>
32. Article R6316-1. Code de la Santé oct 19, 2010.

33. Rapport Lasbordes, Direction générale de l'Organisation des Soins. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins [En ligne]. 2009 nov. Report No.: 7/PS/DA. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
34. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne]. Sect. Article 51. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>
35. Agence des systèmes d'information partagés en santé, Parguet J-F. Sécurité dans le secteur de la santé-Projets nationaux. 2011 juin 7;
36. esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [En ligne]. [cité 2012 mai 12]. Disponible sur : <http://esante.gouv.fr/>
37. Direction Générale de l'Offre de Soins. Promouvoir une prise en charge globale du patient en ville et à l'hôpital. 2010.
38. Dompmartin A, Blanchère J-P, Faguais E. Téléassistance des plaies à domicile. 2010.
39. Telap Réseau de télémédecine appliquée aux plaies [En ligne]. [cité 2012 mai 12]. Disponible : <http://www.telap.org/>
40. ANE F, TEOT L. Charte du Réseau Plaies et Cicatrisations du Languedoc Roussillon [En ligne]. 2009 [cité 2012 mai 7]. Disponible sur : <https://lr.cicat.org/index.php?pg=charte>
41. TIC santé. Un réseau de soins télé-assistés pour les plaies se met en place autour du CHU de Caen [En ligne]. TICsante.com le journal APM de l'informatique. 2010 [cité 2012 mai 22]. Disponible sur : <http://www.ticsante.com/show.php?page=story&id=617>
42. Vander Werf M. Ten critical steps for a successful telemedicine program. Stud Health Technol Inform. 2004;104:60-8.
43. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine | Legifrance [En ligne]. [cité 2012 mai 17]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&dateTexte=&categorieLien=id>
44. Code de la sécurité sociale. .Article L162-1-7 [En ligne]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740731&dateTexte=&categorieLien=cid>
45. Collectif interassociatif sur la santé. Droits de malades. La télémédecine. Fiches thématiques du CISS [En ligne]. 2011 [cité 2012 mai 6];(N° 46). Disponible sur : <http://www.leciss.org/sites/default/files/46-Telemedecine-fiche-CISS.pdf>
46. Simon P, Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins [En ligne]. Direction générale de l'organisation des soins; 2008 nov. Report No.: 7/PS/DA. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
47. TIC santé. La télémédecine n'a pas besoin d'un régime de responsabilité professionnelle spécifique, selon la DGOS [En ligne]. TICsante.com le journal APM de l'informatique. 2012 [cité 2012 mai 21]. Disponible sur: <http://www.ticsante.com/show.php?page=story&id=1246>

ANNEXE 1: GUIDE D'ENTRETIEN

PLAIES CHRONIQUES ET MEDECINE GENERALE

Focus group

Guide d'animation

TIMING 1h00/ 1h15

I. INTRODUCTION

1. Présentation et mise en confiance des participants

- Présentation de l'entretien, des consignes et des objectifs
- Invitation des interviewés à se présenter à tour de rôle :
 - Prénom
 - Age
 - Profession/ Durée d'exercice
 - Fréquence de prise en charge des plaies chroniques

A) Définition : Une plaie chronique se définit généralement par une absence de cicatrisation après un délai de 6 semaines à partir de l'apparition de la plaie et ce, quelles que soient les conditions de prise en charge. Elle correspond à une perte significative des couches superficielles de la peau : derme et épiderme.

2. Difficultés rencontrées lors de la prise en charge des plaies chroniques

- Quelles sont vos principales difficultés rencontrées lors de la prise en charge des plaies chroniques ?
 - *Relance éventuelle :*
 - *Diagnostic étiologique ?*
 - *Décision thérapeutique ?*
 - *Choix du type de pansement ?*
 - *Choix de la contention ?*
 - *Relation avec IDE ?*

- *Observance thérapeutique*
- *Faire appel à un avis spécialisé ?*
- *Démotivation face à ce type de pathologie ?*

3. **Propositions d'améliorations pour la prise en charge des plaies chroniques :**

- Quels seraient vos besoins pour améliorer cette prise en charge ?
 - *Relance éventuelle :*
 - *Aide à la décision thérapeutique : guideline*
 - *Avis spécialisé : médecin vasculaire*
 - *Suivi des pansements par l'IDE*
 - *Examens complémentaires à réaliser*

II. **PRESENTATION DU CONCEPT**

1. **Introduction :**

« **Vous souhaitez avoir un avis spécialisé d'ordre diagnostic ou thérapeutique. Vous avez à votre disposition 2 outils de télémédecine :** »

1^{er} cas :

1/ Vous prenez en photo la plaie vous posant des difficultés avec un appareil photo numérique.

2/ Vous vous connectez sur un site spécialisé via un identifiant sécurisé, après vous être préalablement inscrit.

3/ Vous rentrez les renseignements cliniques du patient, ainsi que les résultats d'imagerie (écho doppler) et biologiques importants, puis vous joignez vos photos à ces renseignements.

4/ Vous expliquez les difficultés rencontrées avec ces plaies.

5/ Vous envoyez par e mail ces données à un correspondant spécialiste, qui vous répond également par e mail.

2^{ème} cas :

Pour les bénéficiaires de téléphone type Smartphone incluant un appareil photo et un accès internet :

1/ Vous prenez 1 à 2 photos de la plaie avec votre téléphone lors de la consultation. Vous y joignez les renseignements cliniques nécessaires, résultats d'imagerie (écho doppler) et vos questions.

2/ Vous envoyez ces informations par e mail via une adresse sécurisée à un correspondant spécialiste, qui vous répond également par e mail.

Les échanges d'email devront être effectués par une messagerie personnalisée **sécurisée**, type « @medecin.fr », qui se crée sur le site internet du conseil de l'ordre des médecins.

2. Recueil des opinions sur outils de télémédecine

⇒ **Que pensez-vous de cette démarche ?**

⇒ **Pourriez-vous être intéressés par ce service ?**

Relances éventuelles :

Avis positifs :

Prise en charge multidisciplinaire ?

Avis spécialisé rapide.

Participe à la formation sur la prise en charge des plaies chroniques

Pratique pour patients peu mobilisables

Avis négatifs :

Pas de téléphone adéquat

Perte d'autonomie / Tutorisation

Pas d'avis spécialisé nécessaire pour améliorer la prise en charge

Ne remplace pas un examen clinique

Service Chronophage

Secret médical

⇒ **Êtes-vous à l'aise avec ces modes de communication ?**

⇒ **Seriez-vous prêt à investir dans un Smartphone si ce service était à votre disposition ?**

III. BILAN : POINTS ESSENTIELS A RETENIR SUR :

- Synthèse des difficultés rencontrées.
- Synthèse des améliorations / besoins nécessaires selon vous dans la prise en charge des plaies chroniques.
- Intérêt d'un outil de télémédecine pour améliorer cette prise en charge.
- Pensez-vous intégrer ces nouveaux outils dans votre activité quotidienne ?

IV .TEMOIGNAGES INDIVIDUELS

- Retour sur les commentaires / remarques les plus fort(e)s durant le focus group.

ANNEXE 2 : VERBATIM FOCUS GROUP

1ère Question:

Quelles sont vos principales difficultés rencontrées lors de la prise en charge de vos plaies chroniques ?

M2 : Je m'appelle Patricia. J'ai été installée presque 15 ans sur Nantes et je suis partie depuis 7 à 8 ans sur Héric. Euh je vois des plaies chroniques, bah pas tellement, mais il y a en a quand même toujours un peu. Euh les principales difficultés c'est qu'en campagne c'est plus des plaies chroniques c'est, archi chronique. Donc on n'est pas les premiers, ils ont déjà tout essayé, on ne sait pas trop quoi, puis alors après on a plein de propositions de soins, et alors moi j'y connais rien... Manque de formation. Je pense qu'il y a un manque de formation là-dedans c'est surtout ça.

A : D'accord, alors j'ai oublié bien sûr de donner la définition des plaies chroniques. Ça se définit généralement par une absence de cicatrisation à partir d'un délai de 6 semaines après l'apparition de la plaie et ce, quelque soient les conditions de prise en charge. Elle correspond à une perte significative des couches superficielles de la peau, c'est-à-dire le derme et l'épiderme.

(Arrivée de M1)

Qui est d'accord avec cette définition (s'adressant à M2) ?

M2 : Oui, oui, tout à fait. J'ai une petite dame qui a une écharde dans le doigt depuis 3 mois, alors je ne m'étonne plus de rien.

A : D'accord. On va passer à M3.

M3 : Je m'appelle Xavier, ça fait 9 mois que je suis installé à la place du Docteur L., 88 rue Gambetta, à Nantes. Il faisait pas mal de gériatrie, donc j'ai pas mal de plaies chroniques, environ une quinzaine à suivre. Quand ils sont en institution, niveau confiance des soins, il n'y a pas trop de problèmes. En externe, c'est déjà beaucoup plus compliqué je trouve, eux, et puis, c'est l'équilibration des cofacteurs, c'est-à-dire diabète, troubles vasculaires, lésions perforées, qui poseraient plus souci, et encore plus à l'extérieur. Souvent, ce sont des patients qui ont plusieurs pathologies et un investissement sur leur santé plutôt dégradé. Voilà.

A : D'accord, M4.

M4 : Rémi. Je suis médecin généraliste installé depuis un an à Bouguenais. Je n'ai pas beaucoup de plaies chroniques non plus. Les difficultés, souvent, ça va être de décider quoi mettre dessus... Les pansements. La difficulté ça va être aussi de savoir quand est-ce qu'on les revoit. On peut les revoir au bout de 3 mois s'ils n'ont pas rappelé, et nous on y a pas forcément pensé. Et donc ça fait un peu loin je pense. En institution c'est beaucoup plus facile car les infirmières rappellent quand ça ne va pas habituellement. A domicile, c'est plus compliqué ... Rien que pour faire les pansements parfois c'est compliqué, parce qu'on n'est pas très bons en pansement par rapport aux infirmières. Je trouve qu'on délègue beaucoup aux infirmières.

A : D'accord, tu vois quelque chose à ajouter ?

M4 : La difficulté ça va être aussi quand ça se chronicise : quel va être le bilan à faire : un écho doppler ? Des examens complémentaires ? Est-ce qu'il faut prélever la plaie ? Ce n'est pas toujours évident.

A : OK. M5 ?

M5 : Je m'appelle Anne, j'exerce à Nantes depuis 11 ans. Je vois très peu de plaies chroniques, je n'en ai pas actuellement, l'année dernière j'en avais une. Je suis un peu comme mon collègue, je ne sais pas toujours quels pansements, quelles interfaces utiliser. Que ça nécessite vraiment un véritable travail d'équipe avec les infirmières, euh, régulier. Ça m'est déjà arrivé d'avoir l'aide de la stomathérapeute à Nantes, à l'Hôpital Nord, sur des plaies vraiment très chroniques, évoluant depuis plusieurs années. Euh ... Et des avis dermato pour adapter régulièrement les pansements et suivre l'évolution de la plaie. Euh... Mon souci c'est plus ça. C'est plus pour adapter en fonction de l'évolution de la plaie, les pansements les plus adéquats. Donc ça nécessite vraiment un travail entre plusieurs intervenants. Moi je ne fais jamais ça toute seule parce qu'on ne voit pas si souvent que ça, les plaies.

A : D'accord. On va demander à M6.

M6 : M6, elle s'appelle Christine. Ça fait 19 ans que je fais de la médecine générale, sortie de fac, j'entends. En ayant fait de nombreux remplacements, alors déjà 2 remarques : quand je faisais des remplacements, des plaies chroniques il y en avait plein et, depuis que je suis installée, il y en a beaucoup moins !! Alors je ne sais pas si c'est un effet de ce que je disais en plaisantant tout à l'heure, de ma bonne médecine en prévenant les complications. Et puis les difficultés c'est surtout (M8 vient d'arriver) la multiplicité des pansements possibles dont on a aucune connaissance en pratique.

C'est la difficulté de l'équilibration des facteurs de risques associés, aussi.

Et puis c'est aussi la différence de prise en charge entre les institutions et la prise en charge à domicile. Alors ce que j'ai fait, parfois, quand je n'y arrivais plus, c'est de proposer aux infirmières que l'on se rencontre au lit du malade pour pouvoir discuter, parce que sinon ce n'est pas possible. Ou alors je faisais volontairement aucune prescription pour obliger l'infirmière à m'appeler pour qu'on en parle. Parce que parfois il faut aussi leur courir après aux infirmières. Mais beaucoup plus il y a la multiplicité des pansements dont je ne sais pas tirer partie, et les bénéfices qu'ils apportent. Et puis on peut conclure sur le stock de pansements des infirmières qui changent de pansements sans nous le dire : « Je vais essayer celui là ... Je vais essayer celui là ... ». Ça marche ou ça ne marche pas.

A : Ok. On va passer la parole à M1.

M1 : Oui, Alexis. Je suis installé à Montaigu depuis 6 ans, et je n'ai pas beaucoup de plaies chroniques, alors, en réfléchissant, sur des patients diabétiques, ou des patientes ayant une insuffisance veineuse chronique, la difficulté c'est, comment gérer les infirmières. Déjà je pense qu'elles gèrent beaucoup mieux que nous parce qu'elles sont beaucoup plus habituées. Moi aussi c'est pareil je suis un peu perdu sur l'ensemble des pansements proposés, je ne sais pas si on a eu beaucoup de formations là-dessus. Moi je fais pas mal confiance à l'infirmière, souvent c'est elle qui demande de voir le pansement avec elle. Après, est-ce qu'il ne faudrait pas se dire qu'on se revoit tout les 15 jours, par exemple ? Moi, je fais beaucoup confiance aux infirmières, je trouve qu'elles gèrent très bien. Moi, le sujet m'intéressait aussi, parce que j'ai fait une thèse. C'était une thèse sur la qualité de vie des patients diabétiques qui étaient soignés pour des plaies chroniques en comparaison avec la qualité de vie de patients qui étaient amputés. Le but de la thèse était de voir s'il ne fallait pas amputer un peu plus vite du point de vue la qualité de vie (rires), parce que ce sont des soins très lourds chez ces

patients les soins des plaies chroniques. Le résultat de l'étude est assez intéressant car il montrait que les patients amputés avaient globalement une meilleure qualité de vie.

A : On va passer la parole à notre médecin M8. (A donne de nouveau la définition des plaies chroniques et cite de nouveau la 1^{ère} question à M8 qui est arrivé en retard).

M8 : La principale difficulté est d'avoir un bon interlocuteur et une bonne coopération entre le patient et les différents intervenants.

A : Qu'est-ce que tu entends par « bon interlocuteur » ?

M8 : Quand l'angiologue prend le patient, quand l'HAD prend en charge le patient, quand ce sont les infirmières, et que c'est au généraliste de gérer tout ça, on ne sait plus à quel sein se vouer. On est obligés de faire main basse sur la prise en charge, et attendre que tout le monde se calme.

A : D'accord. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?

M8 : Moi je n'ai pas beaucoup de plaies chroniques non plus, c'est vrai que quand on était en remplacement on en avait beaucoup, mais là j'en ai très peu. En général, ça finit par bien se passer quand même. Par contre, au CAPS, j'ai vu une plaie chronique chez un diabétique, un mal perforant plantaire, je n'avais jamais vu un truc comme ça.

Intervention de M6 : Qu'est-ce que ça venait faire au CAPS ? (Sifflements).

(Rire général)

M8 : C'était pour un renouvellement d'insuline.

A : OK. On a fini un premier tour. Il s'agit maintenant un petit peu de compléter. Visiblement, aux vues du premier tour, un diagnostic étiologique ne semble pas vous poser de problème, c'est plutôt le type de pansements à utiliser, c'est plutôt la coordination d'équipe, c'est qui fait quoi ? Est-ce que vous voulez rajouter des choses ? Levez la main et je vous donnerai la parole, à savoir quelles sont les plaies qui vous mettent vraiment en échec, et pourquoi ?

M6 : Peut-être un problème sur l'étiologie puisque vous en parlez. Nous (les généralistes), en bons petits soldats on essaye de les guérir coûte que coûte. Après c'est savoir à partir de quand on doit faire des biopsies, on doit faire des examens complémentaires sur la plaie elle-même. On peut tomber sur un « cochonome » monstrueux et se demander quand est-ce qu'il faut avoir un avis dermato. Je ne parle pas des problèmes angiologiques parce que souvent ils ont eu un doppler avant.

M3 : Je crois que les plaies chroniques qui posent le plus de problèmes c'est les plaies du diabétique avec un IMC à 39, fumeur, sans angiologie depuis 10 ans avec une hyper kératose des ongles qui n'est pas traitée, qui n'a pas vu de pédicure depuis 15 ans, et qui vient un petit ivre dans ton cabinet. Là je pense qu'on a le pire.

A : Et qu'est ce qui te pose problème à ce moment-là ?

M3 : Ah bah là surtout c'est par où je vais le prendre.

A : C'est-à-dire ...

M3 : On va commencer par l'état cognitif dans lequel il arrive au cabinet : s'il est ivre, on lui fait remarquer que ça ne va pas être facile de communiquer avec lui. Ensuite, on essaye en terme

d'hygiène, ensuite on essaye de creuser (approfondir le problème), peut-être faire des biopsies pour voir s'il n'a pas un staphylocoque, un streptocoque dans la plaie, parce que dans tous les cas ça va gêner la cicatrisation. Voilà donc on peut partir de très loin.

A : Est-ce que quelqu'un veut rajouter...

M2 : Moi je dirais aussi que c'est les patients diabétiques et les personnes âgées. Les personnes toutes maigres là qui ont des tout petits bobos. Au départ c'est rien ! Elles se sont tapées sur la bûche ou n'importe quoi et ça dure et ça dure. Et puis on a beau essayer de leur donner des *FORTIMEL* ou des je ne sais pas quoi au bout du compte ça dure ça dure quand même.

M8 : C'est les dépôts fibrineux.

M2 : Oui mais ça dure quand même.

M8 : Quand il y a des dépôts fibrineux, des adhérences, c'est plus difficile de trouver un produit détersif, et c'est difficile d'envisager de faire des soins tous les 3 jours...alors que l'infirmière doit effectivement passer tous les jours...Il y a peut-être une mauvaise coordination entre les pansements qu'on nous propose, que l'on a à faire tous les jours, et les soins qui sont au départ à faire tous les jours, pour que la plaie soit bien détergée, bien propre et qu'elle bourgeonne. Il y a quand même eu des progrès énormes entre les années 90 et 2010 en termes de pansement. Des produits qui sont globalement beaucoup moins abrasifs, beaucoup plus cicatrisants. Avant le tulle...maintenant des infirmières utilisent encore le tulle, alors qu'on fait des prescriptions, elles utilisent le tulle... ça, ça fait peur quand même ! Mais les dépôts fibrineux chez les patients artéritiques, ce n'est pas toujours facile à gérer. Je pense que là, il y a des nouveaux produits qui arrivent sur le marché.

M3 : Il y a l'intrasite.

M8 : Je pense qu'on peut remercier les délégués médicaux d'être là, parce que sans eux, on aurait beaucoup moins d'information.

M3 : Il y a l'intrasite pour les dépôts fibrineux, ça marche bien, mais la plupart du temps c'est les infirmières qui dosent la quantité d'intrasite, ou d'autres produits aspirants, c'est plus au contact quotidien des pansements qu'elles voient ça.

A : Vous avez justement soulevé le problème des pansements multiples, est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose sur ces pansements, ou ses difficultés ?

M3 : Moi je pense qu'il y a une pollution sonore de la part des différents fabricants, sur le meilleur pansement, avec la substance hydro colloïde, la VAC (Thérapie à pression négative), à haute publicité technique. Après il faut rester très schématique, c'est infectieux - pas infectieux. Est-ce qu'il y a trop de fibrine ... Aspiration des plans profonds et traitement des cofacteurs. C'est-à-dire qu'il ne faut pas se laisser parasiter par tout le tapage marketing. Parce que, ils pourraient en sortir 3 par semaine, on ne va pas changer pour autant.

A : Quelqu'un veut rajouter quelque chose ?

M8 : Moi je trouve que les pansements adhésifs, avec les collants, ceux-là ils sont vraiment anti-cicatrisants ! Je ne les ai jamais trop utilisés.

M4 : Là-dessus on utilise aussi les produits que les labos peuvent nous laisser, on a des échantillons du coup on va mettre ça sur la plaie, quand on les voit au cabinet...c'est vrai que le marketing est quand même lourd !

M3 : Parce que la plupart ils essayent de proposer des actions combinées 3 en 1 un peu comme dans les dentifrices, mais après quand on se lance c'est un produit actif dans la plaie, ou 2 produits actifs, avec une protection ou une adhérence alors quand ils vendent des hydro colloïdes avec tant de je ne sais pas quoi, à la fin ça embrume un peu. Il faut dire « oui oui » après on les stocke et on voit ce que l'on fait avec. Pour organiser le traitement par le pansement, il faut voir où est le problème de la plaie, les cofacteurs, après tout ce qui est système d'adhérence, comme protection une compresse avec une bande c'est très bien, je veux dire c'est ce qu'il y a à l'intérieur du pansement, la fréquence de changement, est ce qu'il y a une infection, est ce qu'il y a trop de fibrine, est ce qu'il ya des zones nécrotiques à déterger, et c'est pas le pansement magique après c'est mon avis.

A : Alors on a entendu au travers de vos différents commentaires, que vous aviez une relation privilégiée avec les infirmières, que parfois vous demandiez un avis spécialisé, mais personne n'a vraiment défini quel avis spécialisé il demandait ? Qui veut prendre la parole à ce sujet ?

M1 : Ca dépend un peu du type de plaie, par exemple chez un diabétique, pour ma part je les adresse très rapidement en hôpital de jour en diabétologie, où là il y aura une prise en charge globale qui est beaucoup plus facile à faire que si l'on s'en charge seul. Si c'est une insuffisance veineuse on peut faire parfois appel à un angiologue, et parfois je fais appel à un dermatologue. Après quand j'ai un doute c'est parfois pour savoir s'il faut faire une biopsie...

M3 : Moi je pense aussi que cela dépend de la présentation, si c'est un patient connu et que l'on a déjà équilibré sur les autres problèmes...ou que c'est un nouveau patient qui vient avec une plaie surinfectée chronique, on ne va pas avoir la même réaction on veut gagner du temps, dire et gagner en efficacité, on va cadrer le problème beaucoup plus rapidement si c'est un nouveau patient, on fait tout de suite un bilan pour voir son hémoglobine glyquée, c'est d'avoir un screening rapidement du patient des cofacteurs possibles, un avis dermatologique rapide si c'est possible, ça dépend de la relation que l'on a avec le patient. Si on sait où on met les pieds c'est déjà plus facile à gérer.

M2 : Ca m'est arrivé d'aller à un centre de plaie chronique, à Saint-Jacques c'est Mme Lejeune qui s'en occupait, et là il y a un angio , un dermato, des infirmières, des kinés, donc c'est bien mais sauf que pour avoir une consultation c'est 4 ou 6 mois, je ne me rappelle plus mais c'est très long. Les gens en sont contents c'est bien. Je pense aussi que les gens avec des plaies chroniques, bah pour nous c'est déjà chronique, mais pour eux c'est plus pire que chronique, et ils ont l'impression que ça n'avance pas. Donc voir pleins de gens en même temps ils ont l'impression que cela fait avancer le schmilblick...c'est peut-être une impression, il faudrait pouvoir se mettre à leur place aussi.

A : Est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose sur l'avis spécialisé ?

M5 : Moi je pense que sur une prise en charge de plaie post rabique, il y avait une prise en charge à l'Hôpital Nord avec une infirmière et une stomathérapeute que je pouvais appeler pour adapter les pansements qu'elle voyait régulièrement.

A : Est-ce qu'il vous arrive parfois d'être démotivé par rapport à ça ?

(Rires...)

M6 : 15 fois démotivés car il disait qu'il en avait 15 (des plaies).

M3 : Je dirais qu'on les soigne que si la volonté est supérieure à la démotivation, c'est un équilibre entre les 2.

A : Par rapport à cette première question, qui était concentrée sur les principales difficultés concernant la prise en charge est-ce que quelqu'un veut rajouter quelque chose car nous allons passer à la question 2 ?

M6 : Peut-être une petite remarque, concernant la démotivation, pour les patients, ça peut être tout bête mais la douleur car quand il voit l'infirmière arriver avec ses bistouri ses machins et ses trucs... alors là on a un rôle important pour essayer de se mettre en accord avec l'infirmière pour les sédaté entre guillemets, au moins les soulager parce que subir ça deux ou trois fois par semaine, je n'aimerais pas être à leur place.

A : OK on va passer à la deuxième question. Je vais effectuer le tour dans le sens inverse. **Alors quels seraient vos besoins pour améliorer cette prise en charge ?**

M8 : Pour améliorer cette prise en charge il faudrait un produit plus actif et des produits plus détergents, ce serait vraiment ça et puis de pouvoir travailler en cohérence ensemble les uns avec les autres. Parce que des produits efficaces on en a, des résultats on en a, mais euh je pense que c'est important nous médecins généralistes qui devons vraiment prendre en charge en premier la plaie parce que les patients comptent sur nous, après il y a une perte de confiance s'il y a eu un shuntage par un spécialiste, moi je l'ai vécu comme ça. Ce n'est que quand je suis en difficulté pour cicatrifier une plaie chronique, que je m'adresse au spécialiste. Donc il faudrait un meilleur produit détergent et une meilleure cohésion pour travailler ensemble avec les infirmières, qu'elles ne fassent pas non plus à leur façon, parce qu'elles ont aussi l'autorisation de faire, donc elles le font quelque fois, car elles aussi se retrouvent en difficulté face à la détersion d'une plaie. Donc on arrive à des situations chroniques, parce qu'elles rappellent pour des renouvellements, parce que ça traîne... sur une plaie fibrineuse. Quand la situation n'a pas démarré c'est que la plaie est restée fibrineuse.

M6 : Eh bien, mieux savoir, parce que formation nulle sur ce sujet quand j'étais à la fac. Donc mieux apprendre mieux être formé... 2 jours. Un séminaire de 2 jours je pense que cela pourrait être utile.

M5 : Oui c'est pareil, je pense qu'une formation adéquate, de 2 jours... ce serait opportun.

M4 : Oui je suis d'accord, une formation sûrement... Peut-être moins d'offres sur la marché, je pense qu'il y en a trop ça nous perd... euh je pense qu'il faudrait un produit, un pansement type par catégorie. Pas forcément 15 marques différentes. Une meilleure complaisance du patient de temps en temps, c'est toujours facile à avoir. Notamment chez les diabétiques, leur demander de regarder les pieds, généralement ils ne le font pas ... rires, ils n'y arrivent pas... Une contention, quelque chose comme ça.

A : D'accord.

M3 : Euh, il y a plusieurs choses, des formations avec des arbres décisionnels, ça pourrait être pas mal, et puis des réseaux de spécialistes structurés, je pense que ça pourrait être bien. Un réseau d'infirmières avec des problèmes de communication, donc déjà réussir à communiquer de la même manière. Et puis que les spécialistes respectent l'ensemble des personnes du réseau. Que la coordination se fasse par le médecin généraliste, Donc là il y a plusieurs domaines. En terme de formation ce serait plus de la formation continue, après pour ce qui est du réseau ce serait plus par l'ARS pour organiser de façon cohérente les choses d'après leurs réseaux de soins qu'ils ont normalement établi. Et puis en terme de formation à la fac au cours du 3ème cycle pour des formations

en atelier, avec des arbres décisionnels sur les plaies. Définir si c'est une plaie d'ulcère veineux, artériel, est-ce qu'il y a une escarre... après je ne sais pas... avoir une check-list avec des arbres décisionnels qui permettent de prendre des décisions.

A : Ok.

M2 : C'est pareil, la formation, et pas seulement les médecins, aussi les spécialistes et ceux qui font, les infirmières. Que l'ont soit tous dans le même bateau pour le même patient.

M1 : Je rejoins au niveau de la formation c'est sûr que c'est indispensable, mais je pense que ce qui est important c'est d'avoir une meilleure coordination avec les infirmières. Dans le cas de mon cabinet, les infirmières sont dans la rue en face, je pense que si elles étaient juste à côté déjà ce serait plus facile pour les appeler et avoir une plaie facilement... Donc je pense qu'une meilleure coordination avec les infirmières pourrait améliorer les choses.

A : Donc à l'issue de ce 1^{er} tour on retient deux choses principales : la formation bien que logique, le deuxième cycle est censé vous former, et la deuxième chose c'est la coordination avec les infirmières qui semble poser problème, sans qu'elles aussi ne fassent pas toujours ce qui leur est demandé, et chacun essaye un petit peu de s'organiser dans son coin. Est-ce que vous voyez quelque chose qui pourrait un petit améliorer cette situation ?

M6 : Quand vous dites que les infirmières font un peu ce qu'elles veulent dans leur coin, je ne suis pas tout à fait d'accord, elles font ce qu'elles savent faire qu'on ne met pas sur nos prescriptions. Quand on met sur nos ordonnances « soins de plaies jusqu'à cicatrisation complète », nous, on intervient uniquement pour que les gens soient remboursés, point. Nous on a aucune vertu médicale là-dedans. Faute de savoir, on fait pour le moins. Mais je pense qu'elles sont plus aptes que nous à prendre une décision sur ceux qu'il faut mettre ou non sur une plaie. Mais toujours par défaut de l'avoir appris.

M4 : Et puis par défaut de suivi aussi, on ne les voit pas souvent. On les voit quand les infirmières nous appellent. On ne peut pas voir l'évolution on les voit une fois par mois.

M6 : C'est vrai qu'il y a une différence entre institution et domicile. Institution c'est vrai qu'il y a un suivi, on peut avoir les transmissions des infirmières etc.... à domicile... Et puis est-ce qu'on fait tous de regarder les pansements avant chaque renouvellement ? ... pas sûr.

(Rires)

A : Qui veut rajouter des choses sur ce sujet ?

M8 : Je pense que les infirmières sont en difficulté aussi. Je ne mets jamais « jusqu'à cicatrisation complète », je veux dire, ça montre déjà notre défaillance.

M6 : En quoi c'est la honte d'être défaillant ?

M8 : Je pense que les infirmières sont en difficulté, elles attendent beaucoup de nous, et on ne leur donne pas, donc elles sont obligées de prendre le relais.

M3 : Je pense qu'il y a aussi la nécessité à un moment de faire le deuil sur certaines plaies que l'on est en train d'essayer de cicatriser, parce que sinon on met aussi l'infirmière dans l'échec perpétuel. Ça me fait penser à ce que disait M1 sur la thèse avec les diabétiques, où à un moment où il faut mieux une amputation plutôt qu'une plaie chronique qui met tout le monde en échec, le patient...

M8 : Moi je ne suis pas du tout d'accord, avec cette théorie-là. J'ai plutôt sauvé des doigts et des pieds plutôt que de les faire amputer. Il n'y en a pas 36 000 quand même ! (Rires). Mais en plus ce n'est pas du tout dans les objectifs de la CPAM d'amputer les gens. C'est plutôt d'obtenir des hémoglobines glyquées inférieures à 7,5%.

M1 : Il faut bien distinguer la prévention de ... Une fois que la plaie est là, limite l'hémoglobine glyquée ...

M8 : Des cas comme ce patient au CAPS qui arrive avec un mal perforant plantaire, on voyait le tendon... il y a un manque de suivi évident et c'est un patient en détresse qui vient. Pourtant il ne venait pas pour ça, il ne voulait même pas montrer son pied. Donc là on arrive à un extrême où il faudra peut-être amputer. Mais il n'avait pas vu d'endocrinologue depuis Mathusalem, et puis il voyait son généraliste de temps en temps, peut-être une fois par an et encore j'en suis pas sûr. « Pff », voilà, c'était un cas de médecine générale, qui va coûter cher à tout le monde. A lui en premier.

M5 : C'est un cas de non observance.

M8 : Oui c'est ça un cas de non observance.

A : Qui veut prendre la parole ?

M3 : Ce que je voulais dire sur l'échec tout à l'heure, c'est qu'on a des patients qui ne se soignent pas, qui ont par exemple un pied diabétique... Je me remémore un patient qui a un pied diabétique associé à une neuropathie alcoolique. Et associer les infirmières à un échec perpétuel, forcément ça démotive. Ça c'est fini bah qu'il va être amputé, ça s'est terminé comme ça. Donc là sur la motivation d'une équipe infirmière qui va se retrouver en échec perpétuel, ça brouille les cartes en matière de communication. Il faut savoir être à l'écoute des infirmières qui vous disent « on y arrive pas, on y arrive pas », et revoir la stratégie. Pas accepter l'échec d'entrée, mais au moins accepter qu'on y arrive pas. Parce que les infirmières au bout d'un moment, à force de leur dire « faut faire la plaie, faut faire la plaie »... si c'est toujours 1 +1 ça fait 3, à un moment forcément, elles en ont ras le bol, et la communication elle en prend un coup.

A : M1, tu veux rajouter quelque chose ?

M1 : Je pense qu'il ne faut pas associer non plus plaies chroniques et non observance, parce que là on est en train de faire un amalgame, il y a quand même des gens qui ont des plaies chroniques et qui sont hyper sérieux...Evidemment il y a le fumeur qui ne surveille pas sa glycémie, mais je ne pense pas que ce soit la majorité des gens.

A : On arrive au bout du temps imparti à cette question, est-ce que quelqu'un veut ajouter un dernier mot ?

M8 : Oui moi je dirais quand même qu'il faudrait savoir quand commence une plaie chronique, parce qu'il y a quand même un pont entre un artéritique qui a une plaie superficielle, qui peut repartir et guérir et rester légère ; et une plaie chronique d'un diabétique qui n'a pas été bilantée qui vient pour être pris en charge. Notre rôle c'est quand même d'éviter le mal perforant plantaire. Si un patient arrive avec un mal perforant plantaire, c'est qu'il y a eu un échappement thérapeutique d'une manière ou d'une autre. On n'est pas normalement habilité à laisser des diabétiques évoluer sur des maux perforants plantaires. Donc la plaie chronique, prise en charge initiale : prévention ou traitement curatif, voir à quelle échelle on se situe.

M3 : A quel moment on considère qu'on est en échec du curatif, et que l'on passe en palliatif ? C'est la question aussi. Je veux dire, de plaie chronique à plaie super chronique... Parce qu'on s'épuise, et on épuise le réseau que l'on fait marcher. Moi c'est la question du passage en palliatif, peut-être du fait de ma patiente qui est assez âgée.

A : Quelqu'un veut-il rajouter quelque chose ? On va passer à la 3eme question. **(42,39)** Et là je passe la parole à Gauthier qui va faire une petite introduction.

Gauthier : Donc la 3^{ème} question : vous avez parfois besoin d'un avis spécialisé pour avoir un avis diagnostic ou thérapeutique. Si vous aviez à votre disposition un outil de télémédecine :

2 propositions :

1^{ère} solution : Soit vous vous connectez sur votre ordinateur sur un site spécialisé, vous ajoutez vos photos, votre examen clinique succinct, comme si vous écriviez une lettre à un spécialiste. Vous envoyez ces informations à un correspondant spécialiste qui vous donne une réponse par mail.

2^{ème} solution : Vous avez à votre disposition les nouveaux téléphones avec un appareil photo intégré dessus, et une connexion internet. Vous êtes en consultation, vous prenez en photo la plaie qui vous pose problème et pareil, vous joignez votre examen clinique (pouls périphériques...) et éventuellement les résultats d'écho doppler. Vous envoyez ces informations par internet via une adresse mail sécurisée, comme on peut obtenir sur le site du Conseil de l'Ordre des Médecins « @medecin.fr » qui permet en fait d'avoir une connexion sécurisée et vous avez pareil un retour par mail.

La question est : dans vos patients est-ce que cet outil aurait pu avoir une place dans une prise en charge ou vous seriez « bloqués » ? Oui ou non ?

A : Alors est-ce que tout le monde a déjà bien compris le système qui vous est proposé ?... Oui. Donc on va essayer de répondre à cette question, est-ce que cet outil vous semble utile ? Et comment vous pourriez l'utiliser ? M1 ?

M1 : Oui alors moi je pense que ça peut être utile, personnellement je l'ai déjà utilisé pour la dermato. Ça m'est déjà arrivé de demander des avis dermato comme ça, en prenant une photo sur mon téléphone, et ensuite avec un échange par téléphone, donc oui pour les plaies je pense que c'est tout à fait possible, oui ça peut être très utile.

M2 : Moi je ne suis pas du tout... Moi j'ai un ordinateur tout bête je n'ai pas un Smartphone. J'ai un vieux téléphone dont je n'utilise même pas la moitié du forfait donc, je ne l'utiliserai pas. Autant je dis aux gens de faire des photos et quand ils vont chez le dermato et ils le montrent. Ca, ça fait du truc compliqué qui ...des sites spécialisés on a déjà 15 000 adresses dont on ne va jamais parce qu'on n'a pas le temps. Ça ça va prendre un temps fou, ça je ne pense pas que ce soit très facile.

M3 : Alors moi je dirai oui pourquoi pas, après, qui donnerait les avis ?

Après, pourquoi s'arrêter là, pourquoi pas un serveur qui met tout en commun : les photos, le dossier du patient avec les différents intervenants, qu'on sollicite sur un dossier commun, mais là on va sortir un peu du cadre du problème dans le cas du DMP, mais là... oui pourquoi pas mais c'est comment intégrer ça dans une réflexion de soins, avec les différents intervenants qu'on ne voit pas, dont ceux qui raisonnent simplement à partir d'une photo et d'informations plus ou moins fiables d'un dossier... Pourquoi après... « Just do it ». Si c'est pour que ce soit encore des boîtes privées comme celles où on envoie les ECG, enfin moi je ne le fais pas, et qui prennent je ne sais pas combien par mois.

M8 : ça c'est l'arnaque totale.

M3 : ça sert à rien, moi je préfère limite analyser mon ECG et l'envoyer... Tout dépend de qui organise, qui fait quoi. Est-ce que c'est pour faire du fric ...

A : D'accord, et tu aurais une idée sur qui fait quoi ?

M3 : Bah normalement on a une agence qui est l'ARS qui est censée faire la corrélation entre les hospitaliers et les libéraux euh... Qui n'ont pas l'air de mettre ça en forme... Et dans quel mouvement, c'est avec le DMP. Mais on attend depuis 15 ans que cela sorte, ça baisserait les coûts d'installation, ça baisserait les coûts de fonctionnement, ça baisserait beaucoup de choses. Après il faut voir comment intégrer ça. Est-ce que l'Etat est motivé à investir dans un politique de santé publique ? Ça dépend dans quel cadre on parle de ça. Rien sur les photos ce serait un regroupement d'intérêt public, dermatologique, cardiovasculaire, il faut s'appuyer sur les réseaux de diabétologie, les réseaux d'intérêts publics et coordonner ça par l'ARS. On peut leur proposer d'avoir un site ou une boîte mail qu'ils consultent de temps en temps et ils renvoient le problème, y a pas besoin que ce soit instantané. Si on a un problème avec une plaie chronique, on prend une photo on envoie une synthèse du dossier, ils regardent dans la semaine ou la semaine d'après et puis voilà.

Le fait est qu'à l'heure actuelle on a l'impression que tout est bloqué pour mettre en place des choses comme ça.

A : Ok, M4 qu'en penses-tu ?

M4 : Moi ça me paraît intéressant aussi mais ...Effectivement je suis d'accord il faut savoir qui répond... à qui on envoie ça.

A : Est-ce que tu as une idée à qui tu pourrais envoyer ça ?

M4 : Le côté public, le côté hospitalier... ça me paraît pas mal. Après ya les problèmes de qualité des photos mais je pense que ça maintenant ça va à peu près. Et puis parfois sur une photo il n'y a pas tout, il y a sûrement des renseignements cliniques à côté, qui peuvent être un peu longs à remplir, quels sont les antécédents qu'est ce qui a été fait...Parfois on s'y perd, ça fait longtemps il ya déjà eu plusieurs trucs testés on ne sait plus vraiment quoi... c'est les infirmières qui ont changé. Et puis, quelqu'un qui réponde rapidement.

A : Qu'est ce tu entends par rapidement, un délai ?

M4 : Je ne sais pas... Deux jours ca me paraît bien.

M6 : Oui mais en même temps t'as une plaie chronique... t'es plus à 3 jours près. (Rires)

M4 : Par exemple pour le diabète en HDJ, ils sont hyper réactifs, on tombe directement sur le médecin, il y a un portable, ils nous le (le patient) prend **deux** ou trois jours après en « hospité » ou en « consult », après voilà, des choses comme Saint-Jacques pour les plaies d'escarre ou il y a moins d'attente, pour nous c'est pas intéressant.

A : Donc tes quelques jours c'est 3 jours...

M4 : Une semaine maximum.

A : D'accord, M5.

M5 : Oui alors moi pourquoi pas, après... Moi je vois plus ça avec le service diabète si c'est une plaie en rapport avec le diabète. Ou alors avec un intervenant qui connaît, ou a déjà vu ... l'idéal c'est qu'il ait déjà vu au moins une fois le patient, un intervenant libéral par exemple, en accord avec lui, après, après... tout ça c'est... bon un peu de temps pour moi, enfin pas autant de temps que ça... c'est aussi du temps pour l'intervenant en face. Si c'est un médecin libéral... Voilà, enfin, on cote ça comment ? Si il passe du temps, nous aussi on passe du temps à faire des choses hors consultation... Comment on fait rentrer ça dans le principe de suivi... Euh voilà, moi dans l'état actuel je le vois plutôt avec des intervenants qui auraient vus au moins une fois le patient, plus dans une démarche de suivi en fait ... Il y a aussi des gens qui sont peu mobilisables facilement, pour éviter des consultations trop fréquentes et ... avec des intervenants connus !

A : Ok M6.

M6 : Par nature je suis anti informatique donc la question ne se pose même pas. (Rires). J'ai horreur de ça, mon cabinet est très préhistorique. Après... Ma tête mes mains mon papier mes crayons... mes bouquins... mes formations... Non.

A : Même avec une photo prise sur un i-phone et envoyée...

M6 : Je n'ai pas d'i-phone... C'est pour mes enfants... Je dis ça pour rire mais ... Je ne me vois pas faire ça pour un patient par exemple, moi un patient, on le voit, on le voit. On se déplace, on discute de son cas, on le touche, on le regarde, moi les photos ne m'intéressent jamais. « Pff », moi les gens c'est du vrai, c'est du concret, je vais chez eux, ils viennent à mon cabinet... Effectivement pour faire déplacer les spécialistes on a de la misère ! Mais il y en a encore qui sont sympas, qui acceptent de faire un peu de domicile. Après il faut être gentil avec eux aussi et leur présenter le cas. Non, moi ça, la médecine virtuelle ne m'intéresse pas.

(Rires)

A : Ok M8.

M8 : Bah moi je suis aussi un peu d'accord avec ma collègue, c'est de la médecine virtuelle, en plus là ça soulève aussi un problème déontologique, et un problème de secret médical, et un 3ème problème d'application pratique, c'est-à-dire... qu'on va commencer par l'argent : l'application pratique c'est quelque chose qui va coûter du temps au confrère spécialiste et le temps de l'argent. On sait que dans notre métier on a beaucoup de chose à payer, on a du temps c'est restreint, donc pour moi ce n'est pas applicable.

La deuxième chose c'est de l'ordre du secret professionnel, parce que moi j'ai deux ou trois collègues, mais pas dans la spécialité dermato qui m'envoient des photos, je ne lui ai pas dit encore, mais je pense que c'est risqué. D'abord est-ce qu'il a prévenu la patiente qu'il a pris des photos ? Je ne sais pas. Donc au niveau du secret professionnel je ne suis pas sûr que ce soit une très bonne idée. Voilà, et puis euh, par contre ce qui est une bonne idée, c'est qu'il existe des sites internet de plus en plus... Il y a un site qui s'appelle DERMIS, je n'ai pas eu encore le temps d'y mettre la main dedans, mais je pense que c'est très intéressant et à mon avis, c'est très important de faire des photos, moi je voudrais bien avoir des photos qui aillent directement via mon logiciel directement dans le dossier du patient, pour que moi je puisse adresser directement le patient au spécialiste, mais je ne suis pas pour la médecine virtuelle. C'est vraiment... On n'est pas au service de la médecine virtuelle, c'est la médecine virtuelle qui est à notre service. Donc il ne faut pas inverser les choses là, on devient des robots, alors qu'on doit utiliser cet outil de travail. Au contraire ça rend le travail beaucoup plus

agréable, le patient se sent plus pris en charge, mais ça ne doit pas enlever le patient. Le patient n'est pas une photo, la photo est là pour rendre service et un meilleur soin. Il faut faire attention à ne pas devenir un esclave de la robotique, alors que c'est le contraire qui doit être fait. Par contre à mon avis l'intérêt c'est de prendre des photos, c'est vraiment important de prendre des photos. Parce que c'est des preuves médico-légales, « j'ai bien pris la photo, c'était bien ça à ce moment-là ». Comme pour les mélanomes, et ensuite on peut adresser les photos au spécialiste. En plus ça va vraiment être mis en place le dossier médical personnalisé, parce qu'on a reçu des normes de la CPAM, ça va se faire. Donc ça c'est important pour éviter des erreurs diagnostic, parce qu'il y a des erreurs diagnostiques qui sont faites, et là on doit vraiment s'en référer à qui de droit au spécialiste : dermatologue, angiologue, diabétologue, pour éviter d'en arriver à ceux qu'on voit au CAPS. On ne doit plus voir ça. Donc pour arriver à nos objectifs de norme de santé, je pense que c'est vraiment une bonne chose mais il ne faut pas le faire n'importe comment. Pas comme ça, parce que ça, ça va se retourner contre nous limite. On n'est pas des images on est des êtres humains. La médecine par internet ça va dans tous les sens. Déjà les gens regardent beaucoup sur internet, alors après ils risquent de tout mélanger quoi.

M3 : Justement comme les gens regardent beaucoup sur internet je pense qu'il est grand temps de mettre de l'ordre là-dedans, et en ce qui concerne la robotisation, si on déjà bien établi le lien sur la robotique, pour éviter de devenir les esclaves des robots. Donc je pense qu'il faut s'appuyer là-dessus. Et puis une photo ça peut être cryptée, ça peut être sécurisée, les données bancaires à l'heure actuelle, elles sont sécurisées, je ne vois pas pourquoi on n'arriverait pas à faire la même chose avec les informations médicales. Donc je pense que c'est un peu le projet d'avenir pour faire baisser les coûts de fonctionnements généraux, après, en ce qui concerne les rémunérations, ça peut évoluer, ça va évoluer, faire parvenir une photo avec une synthèse de dossier à un spécialiste ça peut très bien être rémunéré comme du temps de travail... C'est complètement imaginable. Après peut-être que je me trompe.

A qui veut...

M8 : Non mais je trouve qu'on ne peut pas faire de la médecine comme ça, rémunérée, par internet. Comme dit ma collègue (M6), on n'est pas là pour faire de la médecine virtuelle.

M3 : Au bout du virtuel il y a le réel qui existe, mis à part si on est schizophrène... au bout du virtuel c'est le réel.

M8 : Oui mais attention parce que ce que tu dis qu'au bout du virtuel il y a des choses réelles qui existent, justement au début il ne faut pas prendre que des choses virtuelles. C'est à dire que derrière des images il y a des êtres humains.

M3 : Oui, qu'il y ait un débat éthique, je suis d'accord, je suis entièrement d'accord, après est-ce l'on doit vraiment avoir le choix, est-ce que l'on peut faire l'économie de la réflexion sur le débat éthique et mettre des règles en place, comme il se passe déjà sur internet, je pense qu'on n'aura pas le choix.

M8 : Ah bon !

M3 : A moins de couper internet.

A : M1 voulait dire quelque chose.

M1 : En fait j'ai l'impression que beaucoup vous exercez en ville, et que j'ai l'impression que pour vous c'est très facile d'envoyer un patient au CHU pour avoir un avis spécialisé.

(« Non, non » dispersés)

Non mais je veux dire pour déplacer le patient parce que je veux dire que pour les gens a la campagne, c'est extrêmement compliqué d'aller faire ¾ d'heure de route pour avoir un avis spécialisé. Et euh encore, enfin moi mon cabinet c'est à ¾ d'heure de Nantes, ça peut paraître pas énorme mais il faut imaginer les gens qui sont en Mayenne, et c'est vraiment dans ces endroits-là que la télémédecine a toute sa place, donc ce type d'avis à distance c'est l'avenir, ce sera la seule solution, parce que les gens on ne peut pas les déplacer. Ces gens-là ils ne voient pas de spécialiste parce qu'ils ne peuvent pas se déplacer. Pour avoir accès à ces spécialistes, c'est vraiment l'avenir. Avec les maisons de santé qu'ils créent en Mayenne, et bah tout est prêt pour que la télémédecine arrive... Ces patients ils ne verront jamais le cardiologue...Ce sera l'électro qui sera faxé avec le cardio qui donnera son avis a distance.

M3 : C'est plus pour l'écho cardiaque que...

M1 : Bah l'échographie cardiaque ça va être compliqué...mais c'est l'avenir.

M8 : Alors effectivement il faut se méfier de ... c'est vrai que tu soulèves un problème très important et qu'on y viendra peut-être quand même... Mais attention parce que ça risque d'avoir un coût et on est souvent sollicités : « 120 euros, c'est rien Docteur » ...Et ce que ça va nous coûter à nous médecins généralistes de faire ça aussi.

M3 : C'est pour ça qu'il faut appuyer sur le DMP et que l'Etat prenne en charge la structure de la télémédecine, puisque les économies elles vont être réalisées par les pouvoirs publics à la base, donc c'est là-dessus qu'il faut axer. On va y aller de toute façon, parce qu'il va falloir qu'ils baissent les coûts, donc il va falloir y aller et se préparer à bien négocier les choses, pour que les coûts ne retombent pas sur le libéral et puis que les pouvoirs publics prennent leurs responsabilités.

A : On va peut être finir cet entretien, Gauthier va poser quelques questions.

Gauthier : Quelques questions : en revenant sur ce système, sur la théorie, un système idéal, on va partir sur le principe que c'est gratuit. Je reprends le cas d'une situation, où vous êtes en échec par rapport à votre thérapeutique, est-ce qu'à ce moment où vous auriez orienté le patient vers un spécialiste, cet outil de télémédecine, bien sûr pas idéal car il n'y a pas d'examen clinique, est-ce que vous considérez qu'un retour avec une aide sur le plan thérapeutique par exemple pour un changement de pansement que cela peut vous permettre de franchir une étape, ou que cela ne vous apportera rien de plus ?

Ma 2ème question : Vous me parliez beaucoup de la formation, est-ce qu'un échange de mail, entre un spécialiste et un médecin généraliste, peut jouer un rôle dans la formation avec les différentes modifications apportées par le spécialiste ?

A : Qui veut répondre ?

M3 : Si la méthodologie initiale est bien comprise, si la structure, si la structure d'investigation des soins est bien comprise, je veux dire, les corrections elles vont être bien comprises. Après c'est toujours le problème de structure initiale du problème. Si ce n'est pas en place la correction ne servira à rien. Ce sera des dés jetés dans la mer.

M5 : Moi je ne vois pas, je n'adhère pas avec ce type de formation éventuelle... 2 jours, où on est dans le bain, où l'on va se soumettre à des exercices pratiques, où l'on peut s'imprégner du sujet, moi ça me va très bien.

M3 : Les 2 sont possibles, je veux dire une formation pour bien assimiler les structures de prise en charge, et puis après quand tu reçois les photos avec le commentaire des photos, ça t'alimente ta réflexion, je veux dire, c'est exactement que quand t'as tes avis spécialisés qui te renvoient sur le problème : « ah oui j'aurais du faire comme ça »

M5 : Oui, dans ce sens la, oui pourquoi pas.

A : Pour ceux qui ont du mal avec l'informatique, vous n'avez rien à ajouter ?

M6 : Des problèmes informatiques, je veux dire au départ, on est Docteur en Médecine on est pas Docteur en Informatique, c'est un peu notre problème, donc en plus, je suis de la génération où l'informatique ne faisait pas du tout partie de ma vie, alors j'ai de grosses carences, parce que par manque de temps et puis de moi. Chez mes enfants c'est quasiment inné, je ne sais pas comment ils ont appris ça, c'est pas transmis par moi... (Rires) Du coup, pour ce qui est de notre pratique médicale, je pense comme ma collègue qu'une vraie formation concrète sur le terrain, l'idéal ce serait avec des vrais malades mais bon, ça ne se fait pas, mais en tout les cas avec des cas cliniques, et qu'ensuite le reste de la formation se fasse par informatique avec des photos à commenter, oui ça c'est intéressant.

M3 : Pour rebondir sur le problème informatique et de formation, j'ai entendu parler du logiciel *PULSE*, qui est beaucoup utilisé par les réanimateurs. C'est la formation à partir de cas virtuels. Je crois que c'est accessible par internet, et je pense que de toute façon avec les problèmes médico-légaux, on va avoir de plus en plus de formations qui vont faire appel à du jeu entre guillemets, pour automatiser les réflexes. Mais encore, je ne pense pas qu'on va avoir le choix vraiment. Et en rapport avec l'informatique, je crois sentir une angoisse avec tout ça.

M6 : Oui on n'est pas très à l'aise... (Rires) On s'y met mais ...

A : Qui veut encore donner un avis ?

M2 : Parce que sur internet c'est compliqué, compliqué. S'il faut prendre la photo, machiner... Moi je bidouille l'informatique depuis 9ans, j'ai fait des formations, mais ça c'était facile, c'était que des trucs à remplir qu'alors que là c'est...

M1 : Je ne sais pas, mais pour moi ça prend 2 minutes de faire ça, prendre la photo, envoyer un extrait du dossier c'est ...

M3 : Il y a plein de jeunes qui ont fait de l'informatique qui sont au chômage, et qui ne savent pas paramétrer...

M6 : Concernant l'informatique pour notre métier, quand l'informatique a envahi nos cabinets, bah on l'a pris parce qu'on n'avait pas le choix, euh... Moi je me suis rendu compte que j'y perdais énormément de temps. Et mon temps, sans forcément que ce soit de l'argent, c'est mon temps de loisir j'ai pas envie de le passer en plus pour résoudre les problèmes d'informatique du cabinet. J'ai assez de mes problèmes perso et des problèmes des patients, la coupe est pleine je ne vais pas en rajouter !

M1 : Quand l'informatique fonctionne c'est un gain de temps énorme.

M6 : Quand elle fonctionne.

M3 : ça c'est l'investissement initial pour que ton réseau soit stable et paramétré. Après on en revient à l'ARS, ce serait bien qu'ils embauchent un sacré paquet d'informaticiens pour qu'ils aident ceux qui sont en difficulté.

M6 : Mais c'est les garçons qui disent ça c'est pas les filles !

(Rires)

M8 : Moi je pense qu'il y a des efforts à faire dans ce domaine pour rendre l'informatique plus accessible aux médecins parce que je donne un exemple, quand j'examine les oreilles des patients, j'aimerais bien leur montrer mais c'est compliqué...

M3 : Mais ça existe ça coûte 323 euros, t'as un otoscope avec un appareil photo digital, et tu transmets et tu lui transmets directement par Bluetooth.

M8 : Moi le vendeur m'a proposé un appareil à 475 qui se branchait sur une télé.

A : On devine un peu, on va peut être essayer de clôturer le débat là.

Gauthier : Pour rebondir sur la première question où vous parliez de la difficulté de coordination entre les médecins généralistes et les infirmières, au niveau du suivi, et de voir les patients une fois par mois. Est-ce qu'une photo peut vous aider dans ce suivi ?

M4 : Que l'infirmière nous envoie une photo ?

Gauthier : Oui.

Tous : Non.

M6 : Savoir si le patient a des pouls ou pas c'est pas la photo qui va le dire.

M4 : Non je préfère qu'elle m'appelle et que j'aille le voir.

M1 : Moi aussi.

A : Donc coordination au lit du patient, sur place, il y a un certain consensus ?

ANNEXE 3 : DECOUPAGE DU VERBATIM

EN UNITES DE SIGNIFICATION

QUESTION N°1

1. M2 : Euh je vois des plaies chroniques, bah pas tellement, mais il y a en a quand même toujours un peu
2. M2 : les principales difficultés c'est qu'en campagne c'est plus des plaies chroniques c'est, archi chronique
3. M2 : Donc on n'est pas les premiers, ils ont déjà tout essayé
4. M2 : On ne sait pas trop quoi, puis alors après on a plein de propositions de soins
5. M2 : Et alors moi j'y connais rien...
6. Manque de formation. Je pense qu'il y a un manque de formation la dedans c'est surtout ça.
7. M2 : J'ai une petite dame qui a une écharde dans le doigt depuis 3 mois, alors je ne m'étonne plus de rien
8. Arrivée de M1
9. M3 : Je m'appelle Xavier, ça fait 9 mois que je suis installé à la place du Docteur L., 88 rue Gambetta, à Nantes. Il faisait pas mal de gériatrie
10. M3 : donc j'ai pas mal de plaies chroniques, environ une quinzaine à suivre
11. M3 : Quand ils sont en Institution, niveau confiance des soins, il n'y a pas trop de problèmes. En externe, c'est déjà beaucoup plus compliqué
12. M3 : C'est l'équilibration des co-facteurs, c'est-à-dire diabète, troubles vasculaires, lésions perforées, qui poseraient plus souci, et encore plus à l'extérieur
13. M3 : Souvent, ce sont des patients qui ont plusieurs pathologies et un investissement sur leur santé plutôt dégradé. Voilà.
14. M4 : Je suis médecin généraliste installé depuis un an à Bouguenais
15. M4 : Je n'ai pas beaucoup de plaies chroniques non plus
16. M4 : Les difficultés, souvent, ça va être de décider quoi mettre dessus... Les pansements
17. M4 : La difficulté ça va être aussi de savoir quand est-ce qu'on les revoit. On peut les revoir au bout de 3 mois s'ils n'ont pas rappelé, et nous on y a pas forcément pensé. Et donc ça fait un peu loin je pense.
18. M4 : En institution c'est beaucoup plus facile car les infirmières rappellent quand ça ne va pas habituellement.
19. M4 : A domicile, c'est plus compliqué...
20. M4 : Rien que pour faire les pansements parfois c'est compliqué, parce qu'on n'est pas très bons en pansement par rapport aux infirmières.
21. M4 : Je trouve qu'on délègue beaucoup aux infirmières
22. M4 : La difficulté ça va être aussi quand ça se chronicise.
23. : quel va être le bilan à faire : un écho doppler ? Des examens complémentaires ? Est-ce qu'il faut prélever la plaie ? Ce n'est pas toujours évident.
24. M5 : Je m'appelle Anne, j'exerce à Nantes depuis 11 ans.
25. M5 : Je vois très peu de plaies chroniques, je n'en ai pas actuellement, l'année dernière j'en avais une.
26. M5 : Je suis un peu comme mon collègue, je ne sais pas toujours quels pansements, quelles interfaces utiliser.

27. M5 : Que ça nécessite vraiment un véritable travail d'équipe avec les, euh, régulier
28. M5 : Ça m'est déjà arrivé d'avoir l'aide de la stomathérapeute à Nantes, à l'Hôpital Nord, sur des plaies vraiment très chroniques, évoluant depuis plusieurs années
29. M5 : Euh... Et des avis dermato pour adapter régulièrement les pansements et suivre l'évolution de la plaie.
30. M5 : Euh... Mon souci c'est plus ça. C'est plus pour adapter en fonction de l'évolution de la plaie, les pansements les plus adéquats.
31. M5 : Donc ça nécessite vraiment un travail entre plusieurs intervenants.
32. M5 : Moi je ne fais jamais ça toute seule parce qu'on ne voit pas si souvent que ça, les plaies.
33. M6 : M6, elle s'appelle Christine. Ça fait 19 ans que je fais de la médecine générale,
34. M6 : quand je faisais des remplacements, des plaies chroniques il y en avait plein et, depuis que je suis installée, il y en a beaucoup moins !!
35. M6 : alors je ne sais pas si c'est un effet de ce que disait en plaisantant tout à l'heure, de ma bonne médecine en prévenant les complications.
36. M6 : Et puis les difficultés c'est surtout la multiplicité des pansements possibles.
37. (M8 vient d'arriver)
38. M6 : dont on a aucune connaissance en pratique.
39. M6 : C'est la difficulté de l'équilibration des facteurs de risques associés, aussi.
40. M6 : Et puis c'est aussi la différence de prise en charge entre les institutions et la prise en charge à domicile
41. M6 : parfois, quand je n'y arrivais plus, c'est de proposer aux infirmières que l'on se rencontre au lit du malade pour pouvoir discuter, parce que sinon ce n'est pas possible.
42. M6 : Ou alors je faisais volontairement aucune prescription pour obliger l'infirmière à m'appeler pour qu'on en parle.
43. M6 : Parce que parfois il faut aussi leur courir après aux infirmières.
44. M6 : Mais beaucoup plus il y a la multiplicité des pansements dont je ne sais pas tirer partie, et les bénéfices qu'ils apportent.
45. M6 : Et puis on peut conclure sur le stock de pansements des infirmières qui changements de pansements sans nous le dire : « Je vais essayer celui là ... Je vais essayer celui là ... ». Ça marche ou ça ne marche pas.
46. M1 : Oui, Alexis. Je suis installé à Montaigu depuis 6 ans,
47. M1 : je n'ai pas beaucoup de plaies chroniques, alors, en réfléchissant, sur des patients diabétiques, ou des patientes ayant une insuffisance veineuse chronique
48. M1 : la difficulté c'est, comment gérer les infirmières.
49. M1 : Déjà je pense qu'elles gèrent beaucoup mieux que nous parce qu'elles sont beaucoup plus habituées.
50. M1 : Moi aussi c'est pareil je suis un peu perdu sur l'ensemble des pansements proposés, je ne sais pas si on a eu beaucoup de formations là-dessus.
51. M1 : Moi je fais pas mal confiance à l'infirmière.
52. M1 : souvent c'est elles qui demandent de voir le pansement avec elles
53. M1 : Après, est-ce qu'il ne faudrait pas se dire qu'on se revoit tout les 15 jours, par exemple ?
54. M1 : Moi, je fais beaucoup confiance aux infirmières, je trouve qu'elles gèrent très bien.
55. M1 : Moi, le sujet m'intéressait aussi, parce que j'ai fait une thèse.
56. M1 : C'était une thèse sur la qualité de vie des patients diabétiques qui étaient soignés pour des plaies chroniques en comparaison avec la qualité de vie de patients qui étaient amputés. Le but de la thèse était de voir s'il ne fallait pas amputer un peu plus vite du point de vue de la qualité de vie.
57. (Rires)

58. M1 : parce que ce sont des soins très lourds chez ces patients les soins des plaies chroniques.
59. M1 : Le résultat de l'étude est assez intéressant car il montrait que les patients amputés avaient globalement une meilleure qualité de vie.
60. M8 : La principale difficulté est d'avoir un bon interlocuteur.
61. M8 : une bonne coopération entre le patient et les différents intervenants.
62. M8 : Quand l'angiologue prend le patient, quand l'HAD prend en charge le patient, quand ce sont les infirmières.
63. M8 : et que c'est au généraliste de gérer tout ça, on ne sait plus à quel saint se vouer.
64. M8 : On est obligés de faire main basse sur la prise en charge, et attendre que tout le monde se calme.
65. M8 : Moi je n'ai pas beaucoup de plaies chroniques non plus
66. M8 : c'est vrai que quand on était en remplacement on en avait beaucoup, mais là j'en ai très peu.
67. M8 : En général, ça fini par bien se passer quand même.
68. M8 : Par contre, au CAPS, j'ai vu une plaie chronique chez un diabétique, un mal perforant plantaire, je n'avais jamais vu un truc comme ça.
69. M6 : Qu'est-ce que ça venait faire au CAPS ? (Sifflements)
70. (Rires de l'assemblée)
71. M8 : C'était pour un renouvellement d'insuline.
72. M6 : Peut-être un problème sur l'étiologie puisque vous en parlez. Nous (les généralistes), en bons petits soldats on essaye de les guérir coûte que coûte
73. M3 : Après c'est savoir à partir de quand on doit faire des biopsies, on doit faire des examens complémentaires sur la plaie elle-même.
74. M6 : On peut tomber sur un « cochonome » monstrueux et se demander quand est-ce qu'il faut avoir un avis dermato.
75. M6 : Je ne parle pas des problèmes angiologiques parce que souvent ils ont eu un doppler avant.
76. M3 : Je crois que les plaies chroniques qui posent le plus de problème c'est les plaies du diabétique.
77. M3 : avec un IMC à 39
78. M3 : fumeur
79. M3 : sans angiologie depuis 10 ans avec une hyper kératose des ongles qui n'est pas traitée, qui n'a pas vu de pédicure depuis 15 ans.
80. M3 : et qui vient un petit peu ivre dans ton cabinet. Là je pense qu'on a le pire.
81. M3 : Ah bah là surtout c'est par où je vais le prendre.
82. M3 : S'il est ivre on lui fait remarquer que ça ne va pas être facile de communiquer avec lui
83. M3 : Ensuite, on essaye en termes d'hygiène, ensuite on essaye de creuser (approfondir le problème).
84. M3 : peut-être faire des biopsies pour voir s'il n'a pas un staphylocoque, un streptocoque dans la plaie, parce que dans tous les cas ça va gêner la cicatrisation.
85. M3 : Voilà donc on peut partir de très loin.
86. M2 : Moi je dirais aussi que c'est les patients diabétiques et les personnes âgées.
87. M2 : Les personnes toutes maigres là qui ont des tout petits bobos. Au départ c'est rien !
88. M2 : Elles se sont tapées sur la buche ou n'importe quoi et ça dure et ça dure.
89. M2 : Et puis on a beau essayer de leur donner des *FORTIMEL* ou des je ne sais pas quoi au bout du compte ça dure ça dure quand même.
90. M8 : C'est les dépôts fibrineux.

91. M8 : Quand il y a des dépôts fibrineux, des adhérences, c'est plus difficile de trouver un produit détersif.
92. M8 : et c'est difficile d'envisager de faire des soins tous les 3 jours... Alors que l'infirmière doit effectivement passer tous les jours...
93. M8 : Il y a peut être une mauvaise coordination entre les pansements qu'on nous propose, que l'on a à faire tous les jours, et les soins qui sont au départ à faire tous les jours, pour que la plaie soit bien détergée, bien propre et qu'elle bourgeonne
94. M8 : Il y a quand même eu des progrès énormes entre les années 90 et 2010 en termes de pansement. Des produits qui sont globalement beaucoup moins abrasifs, beaucoup plus cicatrisants
95. M8 : Avant le tulle... Maintenant des infirmières utilisent encore le tulle, alors qu'on fait des prescriptions, elles utilisent le tulle... ça, ça fait peur quand même !
96. M8 : Mais les dépôts fibrineux chez les patients artéritiques, ce n'est pas toujours facile à gérer.
97. M8 : Je pense que là, il y a des nouveaux produits qui arrivent sur le marché.
98. M8 : Je pense qu'on peut remercier les délégués médicaux d'être là, parce que sans eux, on aurait beaucoup moins d'information.
99. M3 : Il y a l'intrassite pour les dépôts fibrineux, ça marche bien.
100. M3 : Mais la plupart du temps c'est les infirmières qui dosent la quantité.
101. M3 : C'est plus au contact quotidien des pansements qu'elles voient ça.
102. M3 : Moi je pense qu'il y a une pollution sonore de la part des différents fabricants, sur le meilleur pansement, avec la substance hydro colloïde,
103. M3 : Après il faut rester très schématique, c'est infectieux / pas infectieux. Est-ce qu'il y a trop de fibrine ... Aspiration des plans profonds et traitement des cofacteurs
104. M3 : C'est-à-dire qu'il ne faut pas se laisser parasiter par tout le tapage marketing. Parce que, ils pourraient en sortir 3 par semaine, on ne va pas changer pour autant.
105. M8 : Moi je trouve que les pansements adhésifs, avec les collants, ceux-là ils sont vraiment anti cicatrisants ! Je ne les jamais trop utiliser.
106. M4 : La dessus on utilise aussi les produits que les labos peuvent nous laisser, on a des échantillons du coup on va mettre ça sur la plaie, quand on les voit au cabinet.
107. M4 : c'est vrai que le marketing est quand même lourd !
108. M3 : Parce que la plupart ils essayent de proposer des actions combinées 3 en 1 un peu comme dans les dentifrices.
109. M3 : à la fin ça embrume un peu.
110. M3 : Il faut dire « oui oui » après on les stocke et on voit ce que l'on fait avec.
111. M3 : il faut voir où est le problème de la plaie, les cofacteurs,
112. M3 : après tout ce qui est système d'adhérence, comme protection une compresse avec une bande c'est très bien, je veux dire c'est ce qu'il y a à l'intérieur du pansement, la fréquence de changement, est ce qu'il y a une infection, est-ce qu'il y a trop de fibrine, est-ce qu'il ya des zones nécrotiques à déterger, et c'est pas le pansement magique après c'est mon avis.
113. M1 : Ca dépend un peu du type de plaie, par exemple chez un diabétique, pour ma part je les adresse très rapidement en hôpital de jour en diabétologie, où la il y aura une prise en charge globale qui est beaucoup plus facile à faire que si l'on s'en charge seul.
114. M1 : Si c'est une insuffisance veineuse on peut faire parfois appel à un angiologue, et parfois je fais appel à un dermatologue.
115. M1 : Après quand j'ai un doute c'est parfois pour savoir s'il faut faire une biopsie...

116. M3 : Moi je pense aussi que cela dépend de la présentation, si c'est un patient connu et que l'on a déjà équilibré sur les autres problèmes...ou que c'est un nouveau patient qui vient avec une plaie surinfectée chronique, on ne va pas avoir la même réaction on veut gagner du temps
117. M3 : si c'est un nouveau patient, on fait tout de suite un bilan pour voir son hémoglobine glyquée, c'est d'avoir un screening rapidement du patient des cofacteurs possibles, un avis dermatologique rapide si c'est possible, ça dépend de la relation que l'on a avec le patient. Si on sait où on met les pieds c'est déjà plus facile à gérer.
118. M2 : Ca m'est arrivé d'aller à un centre de plaie chronique, à Saint-Jacques c'est Mme Lejeune qui s'en occupait, et là il y a un angio, un dermato, des infirmières, des kinés.
119. M2 : donc c'est bien mais sauf que pour avoir une consultation c'est 4 ou 6 mois, je ne me rappelle plus mais c'est très long.
120. M2 : Les gens en sont contents c'est bien. Je pense aussi que les gens avec des plaies chroniques, bah pour nous c'est déjà chronique, mais pour eux c'est plus pire que chronique, et ils ont l'impression que ça n'avance pas.
121. M2 : Donc voir pleins de gens en même temps ils ont l'impression que cela fait avancer le schmilblick...
122. M5 : Moi je pense que sur une prise en charge de plaie post rabique, il y avait une prise en charge à l'Hôpital Nord avec une infirmière et une stomathérapeute que je pouvais appeler pour adapter les pansements qu'elle voyait régulièrement.
123. (Rires) ... suite à la question sur la démotivation.
124. M6 : 15 fois démotivés car il disait qu'il en avait 15 (des plaies)
125. M3 : Je dirais qu'on les soigne que si la volonté est supérieure à la démotivation, c'est un équilibre entre les deux.
126. M6 : Peut-être une petite remarque, concernant la démotivation, pour les patients, ça peut être tout bête mais la douleur car quand il voit l'infirmière arriver avec ses bistouri ses machins et ses trucs...
127. M6 : alors là on a un rôle important pour essayer de se mettre en accord avec l'infirmière pour les séder entre guillemets, au moins les soulager parce que subir ça deux ou trois fois par semaine, je n'aimerais pas être à leur place.

QUESTION N°2

128. M8 : Pour améliorer cette prise en charge il faudrait un produit plus actif, et des produits plus détergents, ce serait vraiment ça.
129. M8 : de pouvoir travailler en cohérence ensemble les uns avec les autres.
130. M8 : Parce que des produits efficaces on en a, des résultats on en a, mais euh je pense que c'est important nous médecins généralistes qui devons vraiment prendre en charge en premier la plaie parce que les patients comptent sur nous.
131. M8 : après il y a une perte de confiance s'il y a eu un shuntage par un spécialiste, moi je l'ai vécu comme ça.
132. M8 : Ce n'est que quand je suis en difficulté pour cicatriser une plaie chronique, que je m'adresse au spécialiste.
133. M8 : Donc il faudrait un meilleur produit détergent.
134. M8 : une meilleure cohésion pour travailler ensemble avec les infirmières, qu'elles ne fassent pas non plus à leur façon, parce qu'elles ont aussi l'autorisation de faire.
135. M8 : Donc on arrive à des situations chroniques, parce qu'elles rappellent pour des renouvellements, parce que ça traîne...sur une plaie fibrineuse. Quand la situation n'a pas démarré c'est que la plaie est restée fibrineuse.

136. M6 : Eh bien, mieux savoir, parce que formation nulle sur ce sujet quand j'étais à la fac.
137. M6 : Donc mieux apprendre mieux être formé...2 jours. Un séminaire de 2 jours je pense que cela pourrait être utile.
138. M5 : Oui c'est pareil, je pense qu'une formation adéquate, de 2 jours... ce serait opportun.
139. M4 : je suis d'accord, une formation sûrement...
140. M4 : Peut-être moins d'offres sur la marché, je pense qu'il y en a trop ça nous perd...euh je pense qu'il faudrait un produit, un pansement type par catégorie. Pas forcément 15 marques différentes.
141. M4 : Une meilleure complaisance du patient de temps en temps, c'est pas toujours facile à avoir.
142. M4 : Une contention, quelque chose comme ça.
143. M4 : Notamment chez les diabétiques, leur demander de regarder les pieds, généralement ils ne le font pas ... rires, ils n'y arrivent pas.
144. M3 : Euh, il ya plusieurs choses, des formations avec des arbres décisionnels, ça pourrait être pas mal.
145. M3 : et puis des réseaux de spécialistes structurés, je pense que ça pourrait être bien.
146. M3 : Un réseau d'infirmières avec des problèmes de communication, donc déjà réussir à communiquer de la même manière.
147. M3 : Et puis que les spécialistes respectent l'ensemble des personnes du réseau.
148. M3 : Que la coordination se fasse par le médecin généraliste.
149. M3 : En terme de formation ce serait plus de la formation continue.
150. M3 : après pour ce qui est du réseau ce serait plus par l'ARS pour organiser de façon cohérente les choses d'après leurs réseaux de soins qu'ils ont normalement établis.
151. M3 : Et puis en termes de formation à la fac au cours du 3ème cycle pour des formations en atelier, avec des arbres décisionnels sur les plaies.
152. M3 : avoir une check-list avec des arbres décisionnels qui permettent de prendre des décisions.
153. M2 : C'est pareil, la formation, et pas seulement les médecins, aussi les spécialistes et ceux qui font, les infirmières, que l'ont soit tous dans le même bateau pour le même patient.
154. M1 : Je rejoins au niveau de la formation c'est sur que c'est indispensable.
155. M1 : Mais je pense que ce qui est important c'est d'avoir une meilleure coordination avec les infirmières.
156. M1 : Dans le cas de mon cabinet, les infirmières sont dans la rue en face, je pense que si elles étaient juste à coté déjà ce serait plus facile pour les appeler et avoir une plaie facilement...
Donc je pense qu'une meilleure coordination avec les infirmières pourrait améliorer les choses
157. M6 : Quand vous dites que les infirmières font un peu ce qu'elles veulent dans leur coins, je ne suis pas tout à fait d'accord, elles font ce qu'elles savent faire qu'on ne met pas sur nos prescriptions.
158. M6 : Quand on met sur nos ordonnances « soins de plaies jusqu'à cicatrisation complète », nous, on intervient uniquement pour que les gens soient rembourser point. Nous on a aucune vertu médicale là-dedans.
159. M6 : Faute de savoir, on fait pour le moins. Mais je pense qu'elles sont plus aptes que nous à prendre une décision sur ceux qu'il faut mettre ou non sur une plaie. Mais toujours par défaut de l'avoir appris.
160. M4 : Et puis par défaut de suivi aussi, on ne les voit pas souvent. On les voit quand les infirmières nous appellent. On ne peut pas voir l'évolution on les voit une fois par mois.

161. M6 : C'est vrai qu'il y a une différence entre institution et domicile. Institution c'est vrai qu'il y a un suivi, on peut avoir les transmissions des infirmières etc.... A domicile... Et puis est-ce qu'on le fait tous de regarder les pansements avant chaque renouvellement ... Pas sûr.
162. M8 : Je pense que les infirmières sont en difficulté aussi
163. M8 : Je ne mets jamais « jusqu'à cicatrisation complète » je veux dire ça montre déjà notre défaillance.
164. M6 : En quoi c'est la honte d'être défaillant ?
165. M8 : je pense que les infirmières sont en difficulté, elles attendent beaucoup de nous, et on ne leur donne pas, donc elles sont obligées de prendre le relais.
166. M3 : Je pense qu'il y a aussi la nécessité à un moment de faire le deuil sur certaines plaies que l'on est en train d'essayer de cicatriser.
167. M3 : parce que sinon on met aussi l'infirmière dans l'échec perpétuel.
168. M3 : ça me fait penser à ce que disait M1 sur la thèse avec les diabétiques, où à un moment où il faut mieux une amputation plutôt qu'une plaie chronique qui met tout le monde en échec, le patient...
169. M8 : Moi je ne suis pas du tout d'accord, avec cette théorie là.
170. M8 : J'ai plutôt sauvé des doigts et des pieds plutôt que de les faire amputer.
171. M8 : Mais en plus ce n'est pas du tout dans les objectifs de la CPAM d'amputer les gens.
172. M8 : C'est plutôt d'obtenir des hémoglobines glyquées inférieures à 7,5%.
173. M1: Il faut bien distinguer la prévention de... Une fois que la plaie est là, limite l'hémoglobine glyquée...
174. M8 : des cas comme ce patient au CAPS qui arrive avec un mal perforant plantaire, on voyait le tendon... il y a un manque de suivi évident.
175. M8 : et c'est un patient en détresse qui vient.
176. M8 : Pourtant il ne venait pas pour ça, il ne voulait même pas montrer son pied. Donc là on arrive à un extrême où il faudra peut-être amputer.
177. M8 : Mais il n'avait pas vu d'endocrinologue depuis Mathusalem, et puis il voyait son généraliste de temps en temps, peut-être une fois par an et encore j'en suis pas sûr.
178. « Pff », voilà, c'était un cas de médecine générale, qui va coûter cher à tout le monde. A lui en premier.
179. M5 : C'est un cas de non observance.
180. M3 : ce que je voulais dire sur l'échec tout à l'heure, c'est qu'on a des patients qui ne se soignent pas, qui ont par exemple un pied diabétique.
181. M3. : Et associer les infirmières a un échec perpétuel, forcément ça démotive. Ça c'est fini bah qu'il va être amputé, ça s'est terminé comme ça.
182. M3 : Donc là sur la motivation d'une équipe infirmières qui va se retrouver en échec perpétuel, ça brouille les cartes en matière de communication.
183. M3 : Il faut savoir être à l'écoute des infirmières qui vous disent « on y arrive pas on y arrive pas on y arrive pas », et revoir la stratégie.
184. M3 : Pas accepter l'échec d'entrée, mais au moins accepter qu'on y arrive pas. Parce que les infirmières au bout d'un moment, à force de leur dire « faut faire la plaie, faut faire la plaie »... Si c'est toujours 1 +1 ça fait 3, à un moment forcément, elles en ont ras le bol, et la communication elle en prend un coup.
185. M1 : Je pense qu'il ne faut pas associer non plus, plaies chroniques et non observance, parce que là on est en train de faire un amalgame.
186. M1 : il y a quand même des gens qui ont des plaies chroniques et qui sont hyper sérieux...
187. M1 : Evidemment il y a le fumeur qui ne surveille pas sa glycémie, mais je ne pense pas que ce soit la majorité des gens.

188. M8 : Oui moi je dirais quand même qu'il faudrait savoir quand commence une plaie chronique.
189. M8 : parce qu'il y a quand même un pont entre un artéritique qui a une plaie superficielle, qui peut repartir et guérir et rester légère. Et une plaie chronique d'un diabétique qui na pas été bilantée qui vient pour être prise en charge.
190. M8 : Notre rôle c'est quand même d'éviter le mal perforant plantaire.
191. M8 : Si un patient arrive avec un mal perforant plantaire, c'est qu'il y a eu un échappement thérapeutique d'une manière ou d'une autre. On n'est pas normalement habilité à laisser des diabétiques évoluer sur des maux perforants plantaires.
192. M8 : Donc la plaie chronique, prise en charge initiale : prévention ou traitement curatif, voir à quelle échelle on se situe.
193. M3 : A quel moment on considère qu'on est en échec du curatif, et que l'on passe en palliatif ? C'est la question aussi.
194. M3 : Je veux dire, de plaie chronique à plaie super chronique...Parce qu'on s'épuise, et on épuise le réseau que l'on fait marcher. Moi c'est la question du passage en palliatif, peut-être du fait de ma patiente qui est assez âgée. (*passage question 3*)
195. M1 : Oui alors moi je pense que ça peut être utile, personnellement je l'ai déjà utilisé pour la dermato. Ça m'est déjà arrivé de demander des avis dermato comme ça, en prenant une photo sur mon téléphone.
196. M1 : et ensuite avec un échange par téléphone, donc oui, pour les plaies je pense que c'est tout à fait possible.
197. M1 : oui ca peut être très utile.
198. M2 : Moi je ne suis pas du tout...
199. M2 : Moi j'ai un ordinateur tout bête je n'ai pas un Smartphone. J'ai un vieux téléphone dont je n'utilise même pas la moitié du forfait donc, je ne l'utiliserai pas.
200. M2 : Autant je dis aux gens de faire des photos et quand ils vont chez le dermato et ils les montrent.
201. M2 : Ça, ça fait du truc compliqué qui... des sites spécialisés on a déjà 15 000 adresses dont on ne va jamais parce qu'on n'a pas le temps.
202. M2 : ça ça va prendre un temps fou.
203. M2 : ça je ne pense pas que ce soit très facile.
204. M3 : Alors moi je dirais oui pourquoi pas, après, qui donnerait les avis ?
205. M3 : Après, pourquoi s'arrêter là, pourquoi pas un serveur qui met tout en commun : les photos, le dossier du patient avec les différents intervenants, qu'on sollicite sur un dossier commun, mais là on va sortir un peu du cadre du problème dans le cas du DMP.
206. M3 : mais là ... Oui pourquoi pas mais c'est comment intégrer ça dans une réflexion de soins, avec les différents intervenants qu'on ne voit pas
207. M3 : dont ceux qui raisonnent simplement à partir d'une photo et d'informations plus ou moins fiables d'un dossier...
208. M3 : pourquoi après... « Just do it ».
209. M3 : Si c'est pour que ce soit encore des boites privées comme celles où on envoie les ECG
210. M3 : enfin moi je ne le fais pas, et qui prennent je ne sais pas combien par mois
211. M8 : ça c'est l'arnaque totale
212. M3 : ça sert à rien, moi je préfère limite analyser mon ECG et l'envoyer...
213. M3 : Tout dépend de qui organise, qui fait quoi.
214. M3 : Est-ce que c'est pour faire du fric ...
215. M3 : bah normalement on a une agence qui est l'ARS qui est censée faire la corrélation entre les hospitaliers et les libéraux.

216. M3 : euh...Qui n'ont pas l'air de mettre ça en forme...
217. M3 : Et dans quel mouvement, c'est avec le DMP. Mais on attend depuis 15 ans que cela sorte.
218. M3 : ça baisserait les coûts d'installation, ça baisserait les coûts de fonctionnement, ça baisserait beaucoup de choses.
219. M3 : Apres il faut voir comment intégrer ça. Est-ce que l'Etat est motivé à investir dans un politique de santé publique ? Ça dépend dans quel cadre on parle de ça.
220. M3 : Rien sur les photos ce serait un regroupement d'intérêt public, dermatologique, cardiovasculaire, il faut s'appuyer sur les réseaux de diabétologie, les réseaux d'intérêts publics et coordonner ça par l'ARS.
221. M3 : On peut leur proposer d'avoir un site ou une boîte mail qu'ils consultent de temps en temps et ils renvoient le problème.
222. M3 : ya pas besoin que ce soit instantané.
223. M3 : Si on a un problème avec une plaie chronique, on prend une photo on envoie une synthèse du dossier.
224. M3 : ils regardent dans la semaine ou la semaine d'après.
225. M3 : et puis voilà.
226. M3 : Le fait est qu'à l'heure actuelle on a l'impression que tout est bloqué pour mettre en place des choses comme ça.
227. M4 : Moi ça me paraît intéressant aussi mais.
228. M4 : ...Effectivement je suis d'accord il faut savoir qui répond... à qui on envoie ça.
229. M4 : le côté public, le côté hospitalier... ça me paraît pas mal.
230. M4 : Après ya les problèmes de qualité des photos mais je pense que ça maintenant ça va à peu près.
231. M4 : Et puis parfois sur une photo il n'y a pas tout, il y a sûrement des renseignements cliniques à côté.
232. M4 : qui peuvent être un peu longs à remplir, quels sont les antécédents qu'est-ce qui a été fait.
233. M4 : Parfois on s'y perd, ça fait longtemps il y a déjà eu plusieurs trucs testés on ne sait plus vraiment quoi... C'est les infirmières qui ont changé.
234. M4 : Et puis, quelqu'un qui répond rapidement.
235. M4 : Je ne sais pas... Deux jours ça me paraît bien.
236. M6 : Oui mais en même temps t'as une plaie chronique... t'es plus à 3 jours près.
237. (Rires)
238. M4 : Par exemple pour le diabète en HDJ, ils sont hyper réactifs, on tombe directement sur le médecin, il y a un portable.
239. M4 : il nous le(le patient) prene deux ou trois jours après en « hospité » ou en « consult », après voilà.
240. M4 : des choses comme saint jacques pour les plaies d'escarre ou il y a plein d'attente, pour nous c'est pas intéressant.
241. M4 : une semaine maximum.
242. M5 : Oui alors moi pourquoi pas, après...
243. M5 : Moi je vois plus ça avec le service diabète si c'est une plaie en rapport avec le diabète.
244. M5 : Ou alors avec un intervenant qui connaît, ou a déjà vu... L'idéal c'est qu'il ait déjà vu au moins une fois le patient, un intervenant libéral par exemple, en accord avec lui.
245. M5 : après, après... tout ça c'est... Bon un peu de temps pour moi, enfin pas autant de temps que ça... C'est aussi du temps pour l'intervenant en face
246. M5 : Si c'est un médecin libéral... Voilà, enfin, on cote ça comment ?

247. M5 : S'il passe du temps, nous aussi on passe du temps à faire des choses hors consultation
248. M5 : Comment on fait rentrer ça dans le principe de suivi...
249. M5 : Euh voilà, moi dans l'état actuel je le vois plutôt avec des intervenants qui auraient vu au moins une fois le patient, plus dans une démarche de suivi en fait ...
250. M5 : Il y a aussi des gens qui sont peu mobilisables facilement, pour éviter des consultations trop fréquentes et...
251. M5 : ... avec des intervenants connus !
252. M6 : Par nature je suis anti informatique donc la question ne se pose même pas. (Rires).
253. M6 : J'ai horreur de ça, mon cabinet est très préhistorique.
254. M6 : Après... Ma tête mes mains mon papier mes crayons... Mes bouquins... Mes formations...
255. M6 : Non
256. M6 : Je n'ai pas d'i-phone... C'est pour mes enfants...
257. M6 : Je dis ça pour rire mais... Je ne me vois pas faire pour un patient.
258. M6 : par exemple, moi un patient, on le voit, on le voit. On se déplace, on discute de son cas, on le touche, on le regarde.
259. M6 : moi les photos ne m'intéresse jamais. Pff...
260. M6 : Moi les gens c'est du vrai, c'est du concret, je vais chez eux, ils viennent à mon cabinet...
261. M6 : Effectivement pour faire déplacer les spécialistes on a de la misère ! Mais il y en a encore qui sont sympas, qui acceptent de faire un peu de domicile.
262. M6 : Après il faut être gentil avec eux aussi et leur présenter le cas.
263. M6 : Non, moi ça, la médecine virtuelle ne m'intéresse pas.
264. (Rires) de l'assemblée.
265. M8 : Bah moi je suis aussi un peu d'accord avec ma collègue, c'est de la médecine virtuelle.
266. M8 : en plus là ça soulève aussi un problème déontologique.
267. M8 : et un problème de secret médical.
268. M8 : et un 3ème problème d'application pratique, c'est-à-dire ...Qu'on va commencer par l'argent : l'application pratique c'est quelque chose qui va coûter du temps au confrère spécialiste et le temps de l'argent. On sait que dans notre métier on a beaucoup de choses à payer, on a du temps c'est restreint.
269. M8 : donc pour moi ce n'est pas applicable.
270. M8 : La deuxième chose c'est de l'ordre du secret professionnel, parce que moi j'ai deux ou trois collègues, mais pas dans la spécialité dermato qui m'envoient des photos, je ne lui ai pas dit encore, mais je pense que c'est risqué.
271. M8 : D'abord est ce qu'il a prévenu la patiente qu'il a pris des photos, je ne sais pas.
272. M8 : Donc au niveau du secret professionnel je ne suis pas sûr que ce soit une très bonne idée
273. M8 : Voilà, et puis euh, par contre ce qui est une bonne idée, c'est qu'il existe des sites internet de plus en plus... Il y a un site qui s'appelle *DERMIS*, je n'ai pas eu encore le temps d'y mettre la main dedans, mais je pense que c'est très intéressant et à mon avis.
274. M8 : c'est très important de faire des photos, moi je voudrais bien avoir des photos qui aillent directement via mon logiciel directement dans le dossier du patient, pour que moi je puisse adresser directement le patient au spécialiste.
275. M8 : mais je ne suis pas pour la médecine virtuelle. C'est vraiment... On est pas au service de la médecine virtuelle, c'est la médecine virtuelle qui est à notre service. Donc il ne faut pas inverser les choses-là, on devient des robots, alors qu'on doit utiliser cet outil de travail.
276. M8 : Au contraire ça rend le travail beaucoup plus agréable, le patient se sent plus pris en charge, mais ça ne doit pas enlever le patient.

277. M8 : Le patient n'est pas une photo, la photo est là pour rendre service et un meilleur soin. Il faut faire attention à ne pas devenir un esclave de la robotique, alors que c'est le contraire qui doit être fait.
278. M8 : Par contre à mon avis l'intérêt c'est de prendre des photos, c'est vraiment important de prendre des photos. Parce que c'est des preuves médico-légales, « j'ai bien pris la photo, c'était bien ça à ce moment-là ». Comme pour les mélanomes, et ensuite on peut adresser les photos au spécialiste.
279. M8 : En plus ça va vraiment être mis en place le dossier médical personnalisé, parce qu'on a reçu des normes de la CPAM, ça va se faire.
280. M8 : Donc ça c'est important pour éviter des erreurs diagnostic, parce qu'il y a des erreurs diagnostiques qui sont faites, et là on doit vraiment s'en référer à qui de droit au spécialiste : dermatologue, angiologue, diabétologue, pour éviter d'en arriver à ceux qu'on voit au CAPS. On ne doit plus voir ça.
281. M8 : Donc pour arriver à nos objectifs de norme de santé, je pense que c'est vraiment une bonne chose mais il ne faut pas le faire n'importe comment.
282. M8 : Pas comme ça, parce que ça, ça va se retourner contre nous limite.
283. M8 : On n'est pas des images on est des êtres humains.
284. M8 : La médecine par internet ca va dans tous les sens.
285. M8 : Déjà les gens regardent beaucoup sur internet, alors après ils risquent de tout mélanger quoi.
286. M3 : Justement comme les gens regardent beaucoup sur internet je pense qu'il est grand temps de mettre de l'ordre là-dedans.
287. M3 : et en ce qui concerne la robotisation, si on déjà bien établi le lien sur la robotique, pour éviter de devenir les esclaves des robots. Donc je pense qu'il faut s'appuyer là-dessus.
288. M3 : Et puis une photo ça peut être cryptée, ça peut être sécurisée, les données bancaires à l'heure actuelle, elles sont sécurisées, je ne vois pas pourquoi on n'arriverait pas à faire la même chose avec les informations médicales.
289. M3 : Donc je pense que c'est un peu le projet d'avenir pour faire baisser les coûts de fonctionnements généraux.
290. M3 : après, en ce qui concerne les rémunérations, ça peut évoluer, ça va évoluer, faire parvenir une photo avec une synthèse de dossier à un spécialiste ça peut très bien être rémunéré comme du temps de travail... C'est complètement imaginable. Après peut-être que je me trompe.
291. M3 : A qui veut...
292. Confrontation M3/M8
293. M8 : Non mais je trouve qu'on ne peut pas faire de la médecine comme ça, rémunérée, par internet.
294. M8 : Comme dit ma collègue (M6), on n'est pas là pour faire de la médecine virtuelle
295. M3 : Au bout du virtuel il y a le réel qui existe, mis à part si on est schizophrène... au bout du virtuel c'est le réel.
296. M8 : Oui mais attention parce que ce que tu dis qu'au bout du virtuel il y a des choses réelles qui existent, justement au début il ne faut pas prendre que des choses virtuelles.
297. M8 : C'est à dire que derrière des images il y a des êtres humains.
298. M3 : oui, qu'il y ait un débat éthique, je suis d'accord, je suis entièrement d'accord.
299. M3 : après est-ce que l'on doit vraiment avoir le choix, est-ce que l'on peut faire l'économie de la réflexion sur le débat éthique et mettre des règles en place, comme il se passe déjà sur internet ?
300. M3 : je pense qu'on n'aura pas le choix.

301. M8 : Ah bon !
302. M3 : A moins de couper internet.
303. M1 : En fait j'ai l'impression que beaucoup vous exercez en ville, et que j'ai l'impression que pour vous c'est très facile d'envoyer un patient au CHU pour avoir un avis spécialisé.
304. (« Non, non » dispersés)
305. M1 : Non mais je veux dire pour déplacer le patient parce que je veux dire que pour les gens
306. M1 : à la campagne, c'est extrêmement compliqué d'aller faire $\frac{3}{4}$ d'heure de route pour avoir un avis spécialisé. Et euh encore, enfin moi mon cabinet c'est à $\frac{3}{4}$ d'heure de Nantes, ça peut paraître pas énorme mais il faut imaginer les gens qui sont en Mayenne.
307. M1 : et c'est vraiment dans ces endroits là que la télémédecine a toute sa place.
308. M1 : donc ce type d'avis a distance c'est l'avenir, ce sera la seule solution, parce que les gens on ne peut pas les déplacer. Ces gens-là ils ne voient pas de spécialiste parce qu'ils ne peuvent pas se déplacer.
309. M1 : Pour avoir accès à ces spécialistes, c'est vraiment l'avenir.
310. M1 : Avec les maisons de santé qu'ils créent en Mayenne, et bah tout est prêt pour que la télémédecine arrive... Ces patients ils ne verront jamais le cardiologue... Ce sera l'électro qui sera faxé avec le cardio qui donnera son avis a distance.
311. M3 : C'est plus pour l'écho cardiaque que...
312. M1 : Bah l'échographie cardiaque ça va être compliqué... Mais c'est l'avenir.
313. M8 : Alors effectivement il faut se méfier de ... c'est vrai que tu soulèves un problème très important et qu'on y viendra peut être quand même...
314. M8 : mais attention parce que ça risque d'avoir un coût et on est souvent sollicités « 120 euros, c'est rien Docteur »,
315. M8 : ... est-ce que ça va nous coûter à nous médecins généralistes de faire ça aussi
316. M3 : C'est pour ça qu'il faut appuyer sur le DMP et que l'état prenne en charge la structure de la télémédecine, puisque les économies elles vont être réalisées par les pouvoirs public à la base, donc c'est la dessus qu'il faut axer
317. M3 : On va y aller de toute façon, parce qu'il va falloir qu'ils baissent les coûts, donc il va falloir y aller et se préparer à bien négocier les choses, pour que les coûts ne retombent pas sur le libéral
318. M3 : et puis que les pouvoirs publics prennent leurs responsabilités
319. M3 : Si la méthodologie initiale est bien comprise, si la structure, si la structure d'investigation des soins est bien comprise, je veux dire, les corrections elles vont être bien comprises
320. M3 : Après c'est toujours le problème de structure initiale du problème. Si ce n'est pas en place la correction ne servira à rien. Ce sera des dés jetés dans la mer.
321. M5 : Moi je ne vois pas, je n'adhère pas avec ce type de formation éventuelle,...
322. M5 : 2 jours, ou on est dans le bain, ou l'on va se soumettre à des exercices pratiques, ou l'on peut s'imprégner du sujet, moi ça me va très bien
323. M3 : Les 2 sont possibles, je veux dire une formation pour bien assimiler les structures de prise en charge, et puis après quand tu reçois les photos avec le commentaire des photos, ça t'alimente ta réflexion, je veux dire
324. M3 : c'est exactement que quand t'as tes avis spécialisés qui te renvoient sur le problème, « ah oui j'aurais du faire comme ça »
325. M5 : Oui, dans ce sens là, oui pourquoi pas
326. M6 : Des problèmes informatiques, je veux dire au départ, on est Docteur en Médecine on est pas Docteur en Informatique,

327. M6 : c'est un peu notre problème, donc en plus, je suis de la génération où l'informatique ne faisait pas du tout partie de ma vie, alors j'ai de grosses carences, parce que par manque de temps et puis **de moi** chez mes enfants c'est quasiment inné, je ne sais pas comment ils ont appris ça, ça s'est pas transmis par moi. (Rires)...
328. M6 : Du coup, pour ce qui est de notre pratique médicale, je pense comme ma collègue qu'une vraie formation concrète sur le terrain, l'idéal ce serait avec des vrais malades mais bon, ça ne se fait pas, mais en tout les cas avec des cas cliniques
329. M6 : et qu'ensuite le reste de la formation se fasse par informatique avec des photos à commenter, oui ça c'est intéressant
330. M3 : Pour rebondir sur le problème informatique et de formation, j'ai entendu parler du logiciel *PULSE*, qui est beaucoup utilisé par les réanimateurs. C'est la formation à partir de cas virtuels. Je crois que c'est accessible par internet
331. M3 : et je pense que de toute façon avec les problèmes médico-légaux, on va avoir de plus en plus de formations qui vont faire appel à du jeu entre guillemets, pour automatiser les réflexes
332. M3 : Mais encore, je ne pense pas qu'on va avoir le choix vraiment.
333. M3 : Et en rapport avec l'informatique, je crois sentir une angoisse avec tout ça.
334. M6 : Oui on n'est pas très à l'aise... (Rires) on s'y met mais...
335. M2 : Parce que sur internet c'est compliqué, compliqué.
336. M2 : S'il faut prendre la photo, machiné... Moi je bidouille l'informatique depuis 9 ans, j'ai fait des formations, mais ça c'était facile, c'était que des trucs à remplir.
337. M2 : qu'alors que là c'est...
338. M1 : Je ne sais pas, mais pour moi ça prend 2 minutes de faire ça, prendre la photo, envoyer un extrait du dossier c'est ...
339. M3 : Il y a plein de jeunes qui ont fait de l'informatique qui sont au chômage, et qui ne savent pas paramétrer...
340. M6 : Concernant l'informatique pour notre métier, quand l'informatique a envahi nos cabinets, bah on l'a pris parce qu'on avait pas le choix.
341. M6 : euh... Moi je me suis rendu compte que j'y perdais énormément de temps. Et mon temps, sans forcément que ce soit de l'argent, c'est mon temps de loisir je n'ai pas envie de la passer en plus pour résoudre les problèmes d'informatique du cabinet.
342. M6 : J'ai assez de mes problèmes perso et des problèmes des patients, la coupe est pleine je ne vais pas en rajouter !
343. M1 : Quand l'informatique fonctionne c'est un gain de temps énorme.
344. M6 : Quand elle fonctionne.
345. M3 : ça c'est l'investissement initial pour que ton réseau soit stable et paramétré.
346. M3 : Après on en revient à l'ARS, ce serait bien qu'ils embauchent un sacré paquet d'informaticiens pour qu'ils aident ceux qui sont en difficulté.
347. M6 : Mais c'est les garçons qui disent ça c'est pas les filles !
348. (Rires) de l'assemblée
349. M8 : Moi je pense qu'il y a des efforts à faire dans ce domaine pour rendre l'informatique plus accessible aux médecins parce que je donne un exemple, quand j'examine les oreilles des patients j'aimerais bien leur montrer mais c'est compliqué...
350. M3 : Mais ça existe ça coûte 323 euros, t'as un otoscope avec un appareil photo digital, et tu transmets et tu lui transmets directement par Bluetooth.
351. M8 : Moi le vendeur m'a proposé un appareil à 475 qui se branchait sur une télé.
352. M4 : Que l'infirmière nous envoie une photo ?
353. Non (Général)
354. M6 : Savoir si le patient a des pouls ou pas c'est pas la photo qui va le dire.

355. M4 : Non je préfère qu'elle m'appelle et que j'aille le voir.

356. M1 : Moi aussi.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

TITRE : Évaluer les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques, et l'intérêt d'un outil de télémédecine dans cette prise en charge.

RÉSUMÉ

Objectif : Évaluer les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques, et l'intérêt d'un outil de télémédecine dans cette prise en charge.

Méthode : Étude qualitative réalisée par la méthode du Focus Group, auprès de 7 médecins généralistes de Loire-Atlantique en décembre 2011.

Résultats : Les médecins généralistes étudiés ressentent des difficultés dans l'élaboration des stratégies thérapeutiques. La problématique des traitements locaux est évoquée en priorité, au détriment du traitement étiologique. L'organisation du suivi des patients est compliquée si la pathologie se prolonge dans le temps. Elle dépend surtout de la communication et de la coordination entre médecins généralistes et infirmières. L'usage de la télémédecine pour les plaies chroniques divise les participants ; elle peut être envisagée si son utilisation est gratuite, facile et non chronophage.

Conclusion : Une organisation en réseau de soins structurée, intégrant notamment un bilan étiologique précoce et une meilleure organisation dans le suivi des plaies, pourrait faciliter la prise en charge ambulatoire des plaies chroniques. La télémédecine, en pleine expansion, pourrait apporter une aide au médecin généraliste notamment dans le suivi des patients et constituer une source d'économies non négligeable.

MOTS-CLÉS

- Plaies chroniques / Médecine générale / Télémédecine
- Etude qualitative / Focus Group