

**Master 2 Pilotage des Politiques
et des Actions en Santé Publique**

Promotion : **2010-2011**

Date du Jury : **Juillet 2011**

**Une filière spécialisée « plaies chroniques » pour
l'accompagnement des patients sur le territoire de
santé, quel intérêt de santé publique?**

Pierre Yvon COURCOUX

Remerciements

A Monsieur le cadre du service « plaies chroniques » du CH de Magenta, pour sa disponibilité, la richesse et la qualité de nos échanges.

A Monsieur Jean René le Doyen, enseignant directeur des soins, EHESP de Rennes, pour son aide précieuse dans l'élaboration de ce mémoire.

Aux personnes qui ont bien voulu participer à cette étude et aux équipes que j'ai pu rencontrées.

A Claudine, Justine et Perrine pour leur soutien indéfectible.

Sommaire

Introduction.....	1
Première partie : Les personnes soignées, le contexte de l'offre de soins, les filières « plaies chroniques ».....	3
1. Les personnes soignées	3
1.1. Leur maladie	3
1.2. Leur profil de malades chroniques.....	4
1.3. Leur parcours de soin	5
2. Contexte de l'offre de soins.....	6
2.1. Rationalisation de l'hôpital, existe-t-il une marge de progression?	6
2.2. Diminuer les séjours hospitaliers	6
2.3. Quel avenir pour les établissements de proximité?	7
2.4. Aménagement de territoire et maintien de l'emploi.....	7
2.5. Les nouvelles synergies de partenariat entre établissements.....	8
3. Présentation des filières de prise en charge des plaies chroniques.....	9
3.1. La filière du CH de Magenta	9
3.1.1. Historique et contexte de la création de la filière	9
3.1.2. L'organisation et le fonctionnement de la filière.....	9
3.2. Description des autres approches de prise en charge des plaies chroniques.....	16
3.2.1. En France.....	16
3.2.2. Aux Etats Unis.....	19
3.3. Avantages et limites des différentes filières de soins.....	20
Deuxième partie : La méthodologie, l'analyse des entretiens, la formation « plaies et cicatrisation ».....	21
1. Méthodologie.....	21
1.1. Sélection du type de plaies	21
1.2. Sélection des établissements	21
1.3. Réalisation d'entretiens.....	21
1.4. Sélection des interrogés	22
1.5. Objectifs des entretiens	22
1.6. Les préconisations.....	24

1.7. Limites méthodologiques	24
2. Analyse des entretiens.....	25
2.1. Territoire de santé et plaies chroniques	25
2.1.1. Ce que représente la maladie « plaies chroniques » sur le territoire.	25
2.1.2. Problèmes rencontrés et demandes d'amélioration	26
2.2. Analyse de la filière « plaies chroniques »	28
2.2.1. Avantages perçus relatifs à la filière de Magenta	28
2.2.2. Limites perçues relatives à la filière de Magenta.....	30
2.2.3. Le point de vue des patients.....	33
2.2.4. Eléments favorables au développement de la filière de soins.....	33
2.2.5. Eléments défavorables au développement de la filière de soins	35
3. La formation en « plaies et cicatrisation »	38
3.1. Etat de l'existant en formation initiale.....	38
3.2. Etat de l'existant en formation continue	39
3.2.1. Les DU en plaies et cicatrisation	39
3.2.2. La spécialisation en stomathérapie	39
3.2.3. La formation des infirmières libérales.....	39
3.2.4. La formation des médecins libéraux.....	40
3.3. L'expression du besoin en formation sur le territoire	40
3.3.1. Le manque de formation et ses conséquences	40
3.3.2. Les points forts de la formation continue actuelle.....	40
3.3.3. Les points faibles de la formation continue actuelle	41
3.3.4. Le projet de formation du CH de Magenta	41

Troisième partie : Développer l'approche globale et multidisciplinaire, construire un réseau « plaies chroniques » sur le territoire de santé, évaluer ces différents dispositifs..... 44

1. Développer l'approche globale et multidisciplinaire.....	46
1.1. Vers une redéfinition des missions de Magenta.	46
1.2. Vers une évolution du statut de l'infirmière.	48
1.3. Vers la mise en place d'un centre de formation « plaies et cicatrisation » sur le CH de Magenta.....	50
1.3.1. A qui peut s'adresser ce plan de formation?	50
1.3.2. Quel peut être le contenu de la formation?	50
1.3.3. Qui peut intervenir dans ce programme?	51
1.3.4. Quelle peut être est la durée de la formation?.....	51

1.3.5. L'indemnisation des participants?	51
1.3.6. Autres déclinaisons de la formation.....	52
2. Construire un réseau de santé « plaies chroniques » sur le territoire	52
2.1. Intégrer les initiatives existantes au réseau de santé.....	54
2.2. Les ressources humaines du réseau	54
2.3. Le point d'entrée du patient dans le réseau	54
2.4. Vers une extension des équipes mobiles sur le territoire.....	55
2.5. Vers un développement de la télémédecine sur le territoire	56
2.6. Les possibles moyens de financement du réseau	56
3. Evaluer les différents dispositifs du réseau	57
3.1. Evaluation de la file active de patients.....	57
3.2. Evaluation de l'activité du réseau	57
3.2.1. Evaluation de l'unité d'hospitalisation de Magenta.....	57
3.2.2. Evaluation des consultations.....	57
3.2.3. Evaluation de l'activité de l'équipe mobile	57
3.3. Evaluation de l'activité en formation.....	58
 Conclusion.....	 59
 Sources et Bibliographie.....	 62
 Annexes.....	 66

Liste des sigles utilisés

ANCRED : Association Nationale de Coordination du Diabète

AMI : Acte Médico-Infirmier

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régional de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CNG : Contrat National de Gestion

DAF : Dotation Annuelle de Financement

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSSI : Direction des Services de Soins Infirmiers

DU : Diplôme Universitaire

EMPC : Equipe Mobile de Plaies et Cicatrisation

ETP : Equivalent Temps Plein

FCC : Formation Continue Conventiionnelle

FMC : Formation Médicale Continue

FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHM : Groupe Homogène de Malades

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCC : Hôpitaux Civils de Colmar

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

INSEE : Institut National des Statistiques et des Sciences Economiques

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MIGAC : Mission d'Intérêt Générale et d'Aide à la Contractualisation

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

PMSI : Programme de Médicalisation des Programmes d'Information

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

UE : Unité d'Enseignement

Introduction

Les plaies chroniques touchent en France environ 2,5 millions de personnes, elles sont génératrices d'inconfort et de dégradation de la qualité de vie. Ces plaies difficiles représentent alors un motif fréquent de découragement pour les soignants et les patients, avec un risque d'isolement voire de désociabilisation. Le caractère chronique de ces plaies stagnantes peut être source de handicap parfois sévère. Les complications infectieuses ne sont pas rares et sont sources d'augmentation de la morbidité, et, dans ce dernier cas, sont aussi susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital.

Le vieillissement de la population annoncé risque dans l'avenir de majorer le nombre de plaies telles que les escarres et les ulcères de jambe, de plus, l'épidémie du diabète va inévitablement engendrer un plus grand nombre de plaies du pied diabétique, enfin les progrès fait par la médecine relatifs à la capacité de préserver les organes vitaux, au détriment des fonctions périphériques, risquent également de provoquer une majoration du nombre de plaies à traiter, et notamment des escarres.

Pour le patient c'est souvent un véritable parcours du combattant, la plaie reste « honteuse », renvoie au personnel soignant la notion d'échec du soin voire de responsabilité. Le caractère hétérogène des plaies et la multidisciplinarité des acteurs de santé, font aussi que les patients errent de soignant en soignant, de spécialiste en spécialiste, de service en service, et d'hôpital en hôpital.

Les facteurs de constitution des plaies chroniques sont multiples, leurs traitements passent souvent par une prise en charge globale qui nécessite l'intervention de multiples professionnels (médecin, chirurgien, infectiologue, nutritionniste, infirmière, etc.). Il est assez intéressant de noter qu'à ce jour il n'existe pas en France de centre de cicatrisation à part entière dédié aux plaies chroniques, bien que les plaies soient traitées dans des unités spécifiques tels que les services de diabétologie, de médecine vasculaire, de dermatologie, de médecine interne, etc.

Concernant les dépenses en médecine de ville le coût de la prise en charge cumule les consultations médicales, le temps infirmier, le traitement des complications, le coût des pansements et ceci pour des durées de traitement qui varient de quelques mois à plusieurs années. A l'hôpital ces dépenses sont représentées principalement par la charge de soins, le coût des examens et des traitements, les durées de séjour (dans parfois de multiples services de soins) qui s'allongent souvent et qui ne sont plus en adéquation avec les contraintes de la T2A (Tarification à l'Activité). Au total les dépenses en médecine de ville et en milieu hospitalier sont importantes et représentent un véritable fardeau pour notre système de santé.

A partir de ces constats, Il est donc intéressant de voir en quoi une filière spécifiquement dédiée à la prise en charge des plaies chroniques peut trouver sa place pour améliorer l'accompagnement des patients sur un territoire de santé. A qui doit s'adresser cette filière ? Quel doit être son organisation ? Quelles relations et partenariats avec les autres établissements ? Quelle coordination avec la médecine de ville ? Y a-t-il convergence avec la politique de santé du territoire ? Quelle place doit tenir la formation et comment la mettre en œuvre ? Autant de questions auxquelles nous nous attacherons de répondre afin de mesurer l'impact d'une filière spécifique en termes de bénéfices de santé publique.

Première partie : Les personnes soignées, le contexte de l'offre de soins, les filières « plaies chroniques ».

1. Les personnes soignées

1.1. Leur maladie

Pour le sujet qui nous intéresse c'est-à-dire le poids de la maladie des escarres, des ulcères de jambe et des plaies du pied diabétique, il faut tout d'abord faire remarquer que les données tant épidémiologiques qu'économiques sont peu nombreuses et de valeurs discutées. A ce titre et d'un point de vue épidémiologique, une enquête récente, l'étude « *Vulnus* »¹ dont les résultats complets sont encore attendus, indique que 2,5 millions de personnes sont porteuses de plaies en France.

Pour les escarres qui sont une complication fréquente du décubitus on retrouve une prévalence de 5% à 6% des patients hospitalisés². Les escarres ne sont donc pas rares et sont responsables d'une morbidité importante et leur présence peut en cas d'infection compromettre le pronostic vital. Le coût global de la prise en charge des escarres pour notre système de santé a été estimé en 2006 à 3.35 milliards d'euros.³

Pour les ulcères de jambe, ils ont une prévalence estimée entre 3% à 5% après 65 ans⁴ de la population totale. Il existe peu de données économiques concernant cette pathologie, les dernières données datent de 2001⁵ et ne font apparaître les coûts que pendant la phase d'observation (890 Euros par patient, consultations et soins compris), le caractère ancien de l'ulcère n'étant pas pris en compte, on peut estimer en fait que les coûts sont bien plus élevés, d'autant plus que cette pathologie est caractérisée par une alternance de guérison et de récurrence.

¹ B. VALOIS, « Premiers résultats de l'enquête VULNUS – Une photographie des plaies en France ».

² ANAES, « Prévention et traitement de l'escarre de l'adulte et du sujet âgé ».

³ M. VERNET, « Le coût total estimé de l'escarre en France ».

⁴ JR. MEKKES, « Causes, investigation and treatment of leg ulceration ».

⁵ E. LEVY, P. LEVY, « Management of venous leg ulcers by french physicians ».

Pour le diabète, les données épidémiologiques sur la pathologie sont nombreuses mais difficiles à interpréter du fait des différences dans la méthodologie employée. En France métropolitaine, la prévalence est estimée aux environs de 2 %⁶. Le coût global des soins donnés aux patients diabétiques est estimé à 17,5 milliards d'euros pour l'année 2007, dont 5 milliards de coûts indirects⁷. Pour les plaies du pied diabétique et en raison de l'allure épidémique que prend le diabète sucré dans le monde entier, la prévalence de ses complications est amenée à s'accroître significativement. Le pied diabétique, responsable d'une grande morbidité et de graves incapacités, pèse lourdement sur la société, devenant un véritable problème de santé publique. Le risque d'ulcération du pied et d'amputation des membres inférieurs est beaucoup plus élevé dans la population diabétique : 15 à 25 % des diabétiques présenteront un ulcère du pied au cours de leur vie et de par le monde, une amputation est réalisée toutes les 30 secondes chez un patient diabétique. En France, un amputé sur deux est diabétique⁸.

1.2. Leur profil de malades chroniques

L'espérance de vie continue de s'accroître : à partir de 60 ans, elle augmente de 2 mois chaque année, et d'après les prévisions de l'INSEE (Institut National des Statistiques et des Sciences Economiques)⁹, 28% de la population serait âgée de 60 et plus en 2025.

Les personnes âgées nécessitent une prise en charge spécifique de par leur fragilité aux maladies multiples, chroniques et complexes. Or l'hôpital en France est plutôt spécialisé dans la prise en charge des mono pathologies, et ne s'avère donc pas indiqué pour l'accompagnement de la personne âgée.

Une étude réalisée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)¹⁰ montre que sans changement organisationnel il pourrait y avoir une augmentation de 24% des patients hospitalisés entre 2004 et 2030. A l'inverse, si des changements s'opèrent (lutte contre l'obésité, prévention du

⁶ J.L. RICHARD, « Epidémiologie du pied diabétique ».

⁷ ASSURANCE MALADIE, « Etude Entred, deuxième enquête nationale auprès des personnes diabétiques en France ».

⁸ G. HA VAN, « le pied diabétique ».

⁹ INSEE, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 ».

¹⁰ DREES, « Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006 ».

diabète, etc.), et toujours d'après la même source, la tendance pourrait s'inverser et baisser de 20% pour 2030 comparée à 2004.

Le risque de voir augmenter la population âgée susceptible d'être hospitalisée est donc élevé. Les personnes âgées nécessitent une prise en charge spécifique de par leur fragilité aux maladies multiples, chroniques et complexes, et entre autre par l'augmentation des plaies chroniques qui sont un des corollaires de la problématique vieillesse. Dans notre étude, nous analyserons comment la filière du CH (Centre Hospitalier) de Magenta* répond à cette problématique sur le territoire de santé, en recentrant sa stratégie sur un centre d'expertise.

1.3. Leur parcours de soin

Une amélioration de la coordination pour l'accompagnement des personnes soignées est nécessaire.

L'articulation entre secteur sanitaire et médico-social est indispensable, les réseaux villes-hôpitaux doivent fonctionner. Les personnes soignées vont souvent d'un secteur à l'autre ce qui crée des incohérences et un surcoût collectif. La maîtrise de ces itinéraires patients et la réduction du temps passé à l'hôpital est un enjeu majeur d'une politique de santé aboutie, pour cela il faut disposer de suffisamment de lits en soins de suite et de places en HAD, et améliorer la coordination entre ces services et l'hôpital.

A travers la filière du CH de Magenta, il sera intéressant de suivre le parcours patient dans son ensemble, c'est-à-dire son recrutement, son parcours pendant l'hospitalisation, et son devenir après l'hospitalisation dans le cadre de son retour à domicile et du mode de suivi pour la continuité de sa prise en charge.

* Nous avons dans cette étude prévu l'anonymisation de l'ensemble du contenu, aussi, au niveau des établissements, le CH pivot du territoire est dénommé CH de Saint Père, le CH étudié est celui de Magenta, les autres CH du territoire étant ceux de Trive, Grépel et Landan.

2. Contexte de l'offre de soins

2.1. Rationalisation de l'hôpital, existe-t-il une marge de progression?

Le secteur hospitalier occupe en France comme dans l'ensemble des pays européens une place prédominante au sein des dépenses de santé. A ce titre, les efforts de rationalisation de la dépense de santé se sont logiquement concentrés sur l'hôpital. Depuis 20 ans, de nombreux progrès ont été faits¹¹.

La question est de savoir s'il reste une marge de progression? Les diagnostics divergent. Certains pensent que le curseur a déjà été poussé trop loin en sachant que la population vieillit et que les maladies chroniques augmentent, alors que d'autres estiment qu'il existe encore des marges de rationalisation notamment dans les réformes organisationnelles.

Le CH de Magenta est confronté, comme l'ensemble des autres établissements de proximité, à ce vieillissement de la population et à cette augmentation des maladies chroniques. A partir de ce constat, une filière de soins en plaies chroniques peut elle à son niveau permettre une meilleure rationalisation par le biais d'une nouvelle organisation sur le territoire de santé?

2.2. Diminuer les séjours hospitaliers

Quel usage fait-on des lits et où en est le développement des prises en charge alternatives ? Les leviers d'amélioration résident dans la réduction des hospitalisations non pertinentes et des entrées inadaptées par les urgences ainsi que dans des solutions de prise en charge plus légères comme l'HAD (Hospitalisation A Domicile). Eviter les entrées « évitables », favoriser les sorties : voici donc la solution simple mais d'une cuisante actualité. Selon certaines études, l'hospitalisation évitable est estimée entre 15 et 30% et pourrait atteindre dans certains cas les 70 %¹².

¹¹ CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, « Y a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital ».

¹² MECSS (Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale) « Rapport ».

La filière du CH de Magenta tend elle à déployer un système de prise en charge qui rapproche la ville de l'hôpital ? Ce qui aurait pour effet d'éviter l'hospitalisation des patients par le service des urgences. Existe-t-il un système de consultations avancées qui conforterait ce processus ? Pour les sorties, qu'en est il de l'utilisation de l'HAD, du partenariat avec la médecine de ville et de la formation des différents acteurs de terrain ?

2.3. Quel avenir pour les établissements de proximité ?

Au-delà du recentrage sur ses missions, la révision du périmètre de l'hôpital passe par l'organisation optimale des activités qui ont vocation à y demeurer, afin que l'offre de soins soit adaptée aux besoins de la population. La concentration de l'activité chirurgicale dans de grosses structures est généralement présentée comme la solution idéale en termes de qualité et de sécurité pour le patient et en termes d'économies d'échelle. Le développement des nouvelles technologies créerait de nouvelles échelles pertinentes de territoire de santé. En effet, la constitution de plateaux techniques lourds induit une concentration géographique de l'activité sur un secteur, à l'inverse, les nouvelles technologies de l'information (télémédecine et e santé) engendrent une dissémination et une diffusion en réseau des activités aux hôpitaux de proximité.

Le CH de Magenta dans son positionnement sur le territoire, dépend du CH référent de Saint Père. Son avenir, en l'absence de plateau technique, dépend donc d'une part de sa capacité à se recentrer sur ses missions principales (prise en charge de la personne âgée), et d'autre part de développer des filières de soins innovantes, telle la filière de prise en charge des plaies chroniques.

2.4. Aménagement de territoire et maintien de l'emploi

Les fermetures de services, voire d'établissements, sous le motif d'une rationalisation et d'une efficacité optimale, se heurtent à des motifs d'aménagement de territoire et de maintien de l'emploi, cette logique de l'efficacité s'oppose donc

d'une part à celles des petites et moyennes villes, et d'autre part à la bronca des praticiens qui dénoncent une logique comptable au détriment de la qualité des soins.

Le CH de Magenta est l'exemple type de la réflexion sur le service apporté à la population et sur le maintien de l'emploi dans un bassin de vie de proximité. Quelles sont les marges de manœuvre qui existent pour faire perdurer de façon la plus efficiente possible une activité sans tomber dans une logique simplement comptable, ou à l'inverse dans une logique de politique sociale?

2.5. Les nouvelles synergies de partenariat entre établissements

La récente loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) a prévu que puisse être mis en œuvre de nouvelles synergies entre établissements public/public et public/privé. Il s'agit pour le secteur public de la mise en place des CHT (Communautés Hospitalières de Territoire) et pour le public/privé des GCS (Groupements de Coopération Sanitaire). Les directeurs d'ARS (Agence Régionale de Santé) sont, à ce titre, en droit de demander des signatures de convention. Le CHT devrait permettre une nouvelle recomposition de l'offre hospitalière, alors que le GCS devrait permettre de transformer des lits privés de court séjour en SSR, répondant de ce fait aux besoins engendrés par le vieillissement de la population.

Le CH de Magenta, s'il veut devenir un centre de référence sur le territoire de santé pour la prise en charge des plaies chroniques, doit inévitablement développer des partenariats et des conventions avec les autres établissements que sont Saint Père, Grépel, Landan et Trive. Sans cela cette activité se verrait ne pas correspondre à la politique de territoire attendue, et de ce fait risquer sa viabilité par une difficulté de recrutement des patients.

3. Présentation des filières de prise en charge des plaies chroniques

3.1. La filière du CH de Magenta

3.1.1. Historique et contexte de la création de la filière

Pour l'étude qui nous intéresse et au CH de Magenta, la filière spécialisée de plaies et cicatrisation a été créée en 2006 à l'initiative du chirurgien vasculaire de l'établissement, qui partage son temps médical entre le CH Saint Père et le CH de Magenta. L'objectif étant de mettre en place un pôle d'excellence en plaies et cicatrisation sur le CH de Magenta qui puisse d'une part répondre à un besoin identifié sur le secteur, et d'autre part de maintenir une zone d'attractivité par rapport à l'arrêt de l'activité en maternité ainsi qu'en chirurgie. Ce pôle d'excellence a pour but de se déployer sur l'ensemble du territoire de santé, intégrant de ce fait les établissements de Landan, Saint Père, Trive et Grépel. En cela, une coopération formalisée est nécessaire entre ces différents établissements.

De part l'origine vasculaire de sa création, la filière s'est attachée, depuis 2006, à recruter et à traiter des patients souffrant de plaies artérielles. Ce recrutement s'opérant principalement soit directement par les consultations faites à Magenta, soit par le biais du transfert des patients provenant des consultations et du service de chirurgie vasculaire du CH de Saint Père. Les autres indications comme les ulcères veineux étant plutôt pris en charge sur le territoire de santé par le service de dermatologie du CH de Saint Père.

3.1.2. L'organisation et le fonctionnement de la filière

➤ L'organisation de la filière

Au niveau des indications prises en charge sur le CH de Magenta l'activité repose sur l'organisation de 5 niveaux d'activités :

1. Un premier niveau de consultation médicale pour l'entrée et le suivi par le chirurgien vasculaire.
2. Un deuxième niveau de consultation pour l'entrée et le suivi des patients auprès d'une infirmière spécialisée.

3. Un troisième niveau d'hospitalisation dans une unité de 10 lits spécifiquement dédiés à la prise en charge des plaies et cicatrisation.
4. Un quatrième niveau qui comprend une équipe mobile infirmière intervenant en interne sur le CH de Magenta et au domicile des patients.
5. Un cinquième niveau de formation non formalisé à ce jour qui devrait permettre d'informer et d'éduquer aussi bien les personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux que les intervenants de médecine de ville, et ceci sur l'ensemble du territoire de santé et également de façon plus élargie en dehors du territoire de santé.

➤ **Le fonctionnement de la filière**

L'équipe médicale est composée d'un chirurgien vasculaire spécialisé en plaies et cicatrisation et plus particulièrement sur la problématique des ulcères d'origine artérielle. Celui-ci réalise les consultations et fait la visite sur site une journée par semaine le jeudi. Une deuxième consultation se déroule à distance le lundi par le biais de la télémédecine, le chirurgien se trouvant au centre de référence du CH de Saint Père. Cette approche par télémédecine est intéressante puisqu'elle permet pour un hôpital de proximité de faire appel à un spécialiste du centre de référence alors qu'il ne se trouve pas dans les murs de l'hôpital. Cette technique, après 3 années de pratique au CH de Magenta, s'est avérée, après une courbe d'apprentissage nécessaire, bien acceptée par le médecin, l'équipe soignante et le patient.

Une équipe paramédicale composée de 8 infirmières ETP (Equivalent Temps Plein) dont 6 sont détentrices d'un DU (Diplôme Universitaire) de plaies et cicatrisation, ce qui rend compte du degré de formation spécialisée qu'ont ces professionnels de santé, et de l'expertise en tant qu'offre de soins qui peut être proposée en continu sur le CH.

Des consultations médicales spécialisées avancées en plaies et cicatrisation pour le recrutement des patients, ainsi que le suivi médical des patients après leur sortie du service lorsque la complexité de la prise en charge ne permet pas un suivi par l'infirmière de consultation.

Des consultations infirmières spécialisées ½ journée par semaine, pour le recrutement des patients et le suivi des patients après sortie du service. Dans le cas des recrutements des patients proposés par l'infirmière de consultation ceux-ci ne sont hospitalisés qu'après avis médical.

Une équipe mobile d'intervention (« Plaies mobiles ») qui non seulement se déplace dans les autres services de l'établissement pour le suivi des plaies, mais aussi hors les murs du centre hospitalier. Ce dernier service proposé existe grâce au déploiement d'un réseau de type ville hôpital (non formalisé) sur le secteur qui touche aussi bien les médecins traitants, médecins spécialistes, services HAD, maison de retraite, infirmières libérales, etc. Cette équipe mobile intervient à ce jour une demi-journée par semaine. Elle est constituée d'une infirmière spécialisée (titulaire d'un DU de plaies et cicatrisation) qui intervient au domicile du patient en présence ou non de l'infirmière libérale. Des moyens modernes tels qu'un terminal web mobile permettent de transmettre à distance les clichés des plaies et courriels au médecin référent du centre hospitalier ainsi qu'au médecin traitant (compte rendu de visite de l'infirmière « plaies mobiles »). L'infirmière spécialisée recueille donc les données nécessaires à la décision médicale. Suivant le cas, l'intervention de l'équipe mobile peut donc entraîner si besoin l'hospitalisation du patient, et ceci, sous la responsabilité du médecin hospitalier et en accord avec le médecin traitant. L'intérêt particulier de l'équipe mobile réside dans le fait de voir le patient dans son milieu de vie, ce qui donne une approche plus proche de « la vraie vie » par rapport à une démarche exclusive de consultation hospitalière. D'autre part on peut faire remarquer une absence de frais de transport pour le patient ou pour la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) si nécessité d'ambulance ou de VSL (Véhicule Sanitaire Léger), frais qui sont alors reportés sur l'équipe mobile de l'hôpital.

Une unité de 10 lits dédiés spécifiquement aux plaies et cicatrisation, cette unité est intégrée à un service de 20 lits au total, dont 10 autres lits de péri-chirurgie qui accueillent précocement des patients qui sont opérés au CH de Saint Père. Le calcul de la charge en soins infirmiers a été fait par rapport au temps passé à réaliser les pansements, cette durée de réfection a été évaluée entre 45 et 90 minutes par patient. Cette charge en soins est bien supérieure à ce qui est pratiqué par exemple dans les services de MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), SSR ou de

convalescence, ce qui a nécessité de ce fait un accord particulier et personnalisé auprès des autorités sanitaires, qui finance l'activité jusqu'à ce jour sous forme d'une enveloppe spéciale de type MIGAC (Mission d'intérêt Général d'Aide à la Contractualisation). De part l'importance de la charge en soins, le service plaies et cicatrisation apparaît donc comme un service à part entière, qui nécessite une approche distincte des autres unités de soins. Il existe donc un challenge important pour le corps soignant de faire reconnaître auprès des tutelles la spécificité de ce service de référence. Une absence de reconnaissance risquerait par contre d'entraîner l'impossibilité pour ce type de service de se développer, alors que la demande sur le territoire est forte et croissante.

Des moyens matériels en hospitalisation qui sont utilisés avec comme objectif thérapeutique dans un minimum de temps de passer localement d'une phase critique à une relance du processus de cicatrisation, pour que la plaie redevienne gérable en médecine de ville. Pour cela le service va utiliser au maximum des dispositifs et du matériel qui ont fait leurs preuves dans des revues scientifiques et dans les guides de bonnes pratiques, pour les employer d'une manière courte mais au maximum de leurs possibilités. Il s'agit pour exemple des nouvelles gammes de pansement et notamment de la thérapie par pression négative. Tout cela à un coût mais la logique est identique à celle du nombre de personnels soignants qui est sensiblement plus élevé que dans les services conventionnels, il s'agit d'après les dires du cadre de santé de « *frapper vite et fort* ». Le service dispose aussi d'un créneau au bloc opératoire pour les détersions mécaniques qui sont réalisées par les infirmières détentrices du DU de plaies et cicatrisation.

Des actions de formation auprès des différents professionnels de santé, qu'ils soient médicaux à l'hôpital et en ville, mais aussi à l'intention des infirmières hospitalières et des infirmières de ville. Ces formations à ce jour ne sont pas encore organisées en tant que centre de formation à part entière, mais il existe des accords entre les hôpitaux de Magenta, Saint Père et Trive pour définir et coordonner les actions de formation. En ce qui concerne le CH de Magenta le projet de création du centre de formation sera présenté, en Juin 2011, auprès des autorités de tutelles.

➤ **La relation avec la médecine de ville**

Le fonctionnement de la filière « plaies chroniques » du CH de Magenta tend à proposer une prise en charge globale du patient qu'il soit hospitalisé ou en médecine de ville, grâce à :

- Des consultations médicales et infirmières de recrutement et de suivi.
- Un accompagnement des infirmières de ville.
- Une intervention de l'équipe mobile au domicile des patients.
- Une coordination avec le médecin traitant.
- Un partenariat avec les HAD du secteur et du territoire de santé.

En ce qui concerne L'HAD, celle ci dépend de l'hôpital de Magenta. L'unité est composée de deux infirmières coordinatrices et d'un médecin coordonnateur. Elle répond par les textes¹³ à la définition suivante : « *les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes* ». En pratique et dans le cadre des plaies la justification de la prise en charge des patients est liée à la charge de soins (durée des pansements) et à l'utilisation de techniques de pansements qui ne sont pas remboursées au domicile. Rappelons qu'il n'existe pas de limite de place en HAD et que cela facilite l'accessibilité de cette alternative à l'hospitalisation.

➤ **La place de la télémédecine dans la filière**

Définie dans l'article 78 de la loi HPST¹⁴, « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient* ».

Dans le cas qui nous intéresse, cette technique est mise en œuvre grâce à l'utilisation d'une station mobile équipée d'une caméra qui se trouve au CH de

¹³ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, art. R712-21

¹⁴ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, loi HPST, Article 78, Télémédecine, art. L. 6316-1.

proximité de Magenta, le praticien consultant est équipé quant à lui d'une station informatisée standard se trouvant à l'hôpital de référence de Saint Père.

A Magenta une infirmière munie d'un casque et micro communique avec le praticien, le dispositif mobile permettant d'opérer soit en service de consultations, soit dans le service de soins. Dans ce dernier cas, l'infirmière se déplace de chambre en chambre avec la station mobile; pour chaque patient la plaie est ainsi visualisée en proximité par la caméra. La qualité de l'image reçue par le praticien à distance est satisfaisante et lui permet de diagnostiquer précisément l'état de la plaie et la thérapeutique à prescrire.

Cette technique apparaît intéressante tout d'abord d'un point de vue évolution des pratiques de soins puisqu'elle participe à une nouvelle approche innovante de prise en charge. Certains diront qu'elle « met à distance » le praticien du malade, ce qui serait une erreur d'appréciation dans le sens où le praticien par l'écran est directement en prise avec le patient, établissant ainsi un dialogue unique.

Mais cette technologie apparaît surtout intéressante par rapport à la problématique du maintien de l'activité dans les zones déficitaires; c'est-à-dire qu'elle permet, pour des centres qui sont soit dans des difficultés de sous activité (cas des établissements de moins de 1500 actes qui ont perdu leur activité de chirurgie voire de maternité), soit dans des zones reculées, de se maintenir en tant que zone d'attractivité et ainsi d'aider à conserver un bassin d'emploi sur le secteur.

Le bénéfice pour le patient est également à souligner et particulièrement pour les personnes âgées qui peuvent bénéficier, au plus proche de leur domicile, d'une expertise à distance des centres dits de référence.

Enfin, cette technologie permet aussi, grâce à la création de pôle d'expertise, d'une part d'harmoniser les pratiques et d'autre part d'uniformiser le parcours du patient sur un territoire de santé.

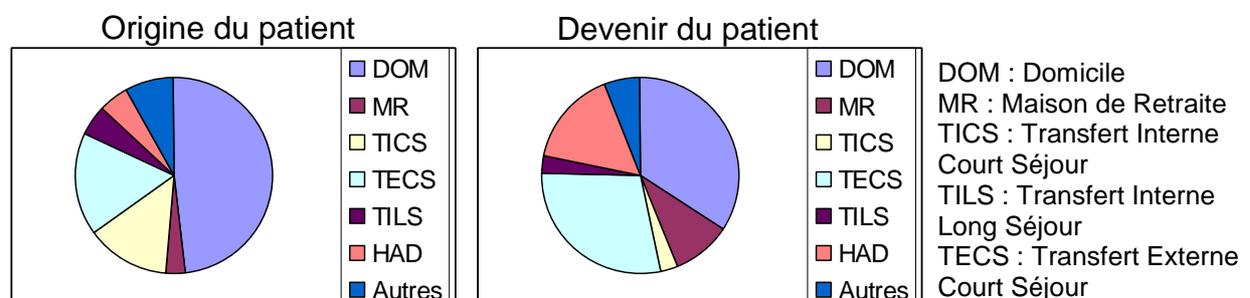
➤ **Le parcours du patient dans la filière**

Il n'existe pas de parcours type pour l'ensemble des patients qui pourraient produire un mode opérationnel similaire, néanmoins on peut distinguer le recrutement du patient par une problématique souvent identique : « *on a un patient et on voudrait vous le montrer, ça patine, on tourne en rond, la plaie n'est pas belle on ne sait plus quoi faire, est-ce que vous pouvez le prendre en charge?* ». Cette

demande peut émaner soit d'un médecin hospitalier, d'un médecin généraliste, d'un cabinet d'infirmière libérale ou bien encore de responsable coordonnateur de SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile). Le recrutement peut aussi se faire à partir des consultations infirmières et des interventions de l'équipe mobile du CH de Magenta. En dehors de situations d'urgence qui sont peu fréquentes, le patient est ensuite non pas hospitalisé mais vu en consultation par le médecin spécialiste, qui déterminera ainsi la conduite à tenir (suivi en consultation ou hospitalisation). Dans le cas d'un suivi par consultation celui-ci peut être réalisé soit par l'équipe infirmière ou par le médecin suivant la complexité de la plaie. Dans le cas d'une hospitalisation sa prise en charge sera générale (bilan vasculaire et infectieux, douleur, diététique, ergothérapeute, kiné, etc.), et locale (détersion et pansements adaptés). L'objectif de l'hospitalisation est, dans un temps aussi rapide que possible, de faire en sorte que le patient soit suivi par la médecine de ville, pour cela le service met en place des séances de formation auprès des infirmières libérales dans le cas de procédures complexes de prise en charge. Toujours dans la même optique le patient pourra aussi être suivi par le service HAD du secteur ou un autre HAD du territoire. Dans les cas qui s'avèrent nécessaire, un suivi hebdomadaire est programmé au CH de Magenta en consultation médicale ou infirmière.

➤ **Le suivi de l'activité en hospitalisation**

A partir des données transmises par le bureau des entrées du CH de Magenta nous avons pu déterminer, sur la période du 01 Janvier 2011 au 31 Mai 2011, à partir des 70 patients hospitalisés, leur origine et leur devenir, ainsi que le taux de ré-hospitalisation.



Origine du patient : On remarque que la majorité des patients provient du domicile (48%), puis pour 17% des transferts externes courts séjours (patients qui

proviennent majoritairement du service de chirurgie vasculaire de Saint Père), et pour 14% des patients provenant des services courts séjours du CH de Magenta (médecine et service de court séjour gériatrique).

Devenir des patients : On remarque que la majorité des patients retourne au domicile (36%), puis pour 30% sont dirigés en transfert externe court séjour (ce taux élevé correspond principalement aux patients qui retournent dans le service de chirurgie vasculaire pour subir un acte opératoire (revascularisation et/ou amputation), et enfin un pourcentage également important (17%) de patients qui sont transférés en HAD.

Ré-hospitalisation : 11 patients ont été ré-hospitalisés (2 patients 3 fois et 9 patients 2 fois), soit 16% de la population totale.

➤ **Le financement du CH de Magenta**

Jusqu'en 2010 le financement du CH de Magenta se faisait par le biais d'une MIGAC, il s'agissait donc d'une allocation budgétaire exceptionnelle en fonction d'une procédure d'innovation. A partir de 2011 cette MIGAC doit se transformer en DAF (Dotation Annuelle de Financement), en attendant le passage à la T2A pour les services de type SSR (Soins de Suite et de Réadaptation).

A ce titre, nous remarquons que le service dédié aux plaies chroniques se trouve actuellement confronté à une catégorisation SSR qui ne correspond pas à la charge de soins effective pour ce service, en effet le nombre et la durée des pansements nécessitent notamment une présence infirmière sensiblement supérieure comparée aux services « conventionnels » SSR.

3.2. Description des autres approches de prise en charge des plaies chroniques

3.2.1. En France

A l'image du caractère hétérogène des plaies et des différentes spécialités quelles recouvrent, on retrouve aussi une certaine hétérogénéité en termes de filière de soins. Dans un souci de simplification et de compréhension on peut résumer les approches en deux grandes catégories :

- Une approche spécialisée qui concerne principalement la prise en compte du pied diabétique. Il s'agit de consultations spécialisées avec une approche multidisciplinaire (que certains dénomment aussi centres de cicatrisation mais qui sont à différencier des « wound care centers » que l'on rencontre aux Etats Unis et que nous détaillerons plus en avant). Il existe une bonne couverture des territoires par ces consultations, qui sont soutenues par l'association ANCREC (Association Nationale de Coordination du Diabète), grâce à un développement de partenariats en réseau.
- Une approche globale de filière de soins qui prend en compte l'ensemble de la problématique liée aux plaies et cicatrisation. A l'inverse du diabète ces filières de soins sont moins bien identifiées quoiqu'en voie de développement¹⁵. Citons trois exemples avec une stratégie différente : le réseau d'équipe mobile plaies et cicatrisation du Centre Alsace, la filière plaies et cicatrisation du service des consultations de chirurgie vasculaire du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Rennes, et l'exemple le plus abouti et quasiment unique en France représenté par la filière du réseau Languedoc-Roussillon.

➤ **L'équipe mobile « plaies et cicatrisation » du Centre Alsace**

Mise en place par l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) en 2005, cette équipe pluridisciplinaire, rattachée au service de dermatologie des HCC (Hôpitaux Civils de Colmar), est susceptible d'intervenir dans tous les établissements sanitaires et d'hébergement de ce secteur. L'équipe se déplace auprès des malades hospitalisés ou en institution, à la demande de leur médecin référent. L'EMPC (Equipe Mobile de Plaies et Cicatrisation) donne des conseils d'éducation, de prévention et de traitement auprès des équipes soignantes et médicales sur l'ensemble des indications relevant de la problématique plaies et cicatrisation. Cette formation « sur le terrain » des équipes soignantes et médicales constitue la mission principale de l'EMPC. L'autre mission de l'EMPC est entre autre de coordonner les différents partenaires de soins. À moyen terme, l'objectif de l'EMPC est de rendre

¹⁵ BOUTIN-MOSTEFA B., « Prendre en charge différemment et dans sa globalité les plaies et les cicatrisations ».

autonome les équipes soignantes et médicales dans la prise en charge globale des plaies chroniques.

➤ **La filière plaies et cicatrisation du service des consultations de chirurgie vasculaire du CHU de Rennes**

Cette filière de prise en charge des plaies et cicatrisation est développée à partir du centre de consultations du service de chirurgie vasculaire. D'un point de vue ressources humaines, elle est composée d'une infirmière détentrice du DU de plaies et cicatrisation, épaulée par un aide soignant pour la préparation des patients. Ces consultations en externe ont permis de développer un réseau de prise en charge des plaies vasculaires et plus largement des problèmes de plaies et cicatrisation en général. De plus, la constitution de l'association ACPI (Association Plaies et Cicatrisation Ille et Vilaine) dédiée à cette problématique en Ille et Vilaine a permis d'élargir le champ des investigations auprès de l'ensemble des acteurs de santé et notamment de la médecine de ville. Les actions de formation y sont fortement déployées, la formation est pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle : formations thématiques, formations aux nouvelles pratiques, ateliers spécifiques.

➤ **Le réseau plaies et cicatrisation du Languedoc-Roussillon**

Le réseau Languedoc-Roussillon a un recul de 13 ans sur cette pratique de la constitution et de la pérennisation d'une filière spécifique plaies et cicatrisation. Leur approche est basée sur la mise en place d'une filière médico-chirurgicale située au CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire) de Montpellier, cette filière a pour vocation de traiter des plaies difficiles à cicatrifier, anciennes ou des plaies chroniques comme les escarres, les ulcères de jambe et les plaies du pied du diabétique. En pratique, les patients sont recrutés soit par la filière consultation, soit par l'équipe mobile du CHRU dans les services de l'établissement, soit enfin par le réseau Ville-Hôpital Plaies et cicatrisation. Ce réseau est vital : « *C'est un véritable poumon régulateur de l'activité entrée-sortie, capable d'adapter l'offre et la demande en terme de nécessité de gestes chirurgicaux* ». ¹⁶ Après étude des dossiers lors d'un staff multidisciplinaire hebdomadaire, les patients sont hospitalisés dans le service de chirurgie pour se voir exécuter le geste de couverture de leur plaie, une couverture de la plaie qui peut être faite suivant le cas de manière simple ou plus

¹⁶ B. BOUTIN-MOSTEFA et al., « Prendre en charge différemment et dans sa globalité les plaies et les ». ».

complexe (greffe simple, rotation de lambeau local, ou lambeau libre avec microchirurgie d'anastomose). La durée de séjour n'excède pas cinq jours dans cette unité, ce qui est intéressant d'un point de vue T2A. Le patient est ensuite transféré en suite de soins soit dans un des services du CHRU grâce à l'équipe mobile qui forme les soignants de ces unités aux suites de cicatrisation, soit le réseau ville-hôpital reprend son accompagnement auprès des soignants dès la sortie d'hospitalisation et peut les former à l'utilisation de techniques complexes de cicatrisation.

3.2.2. Aux Etats Unis

Il y aurait environ 800 « wound care centers » aux Etats Unis¹⁷, le développement de ces centres de cicatrisation est le résultat de l'augmentation sensible de la prévalence des plaies et notamment des plaies du pied diabétique. Les indications traitées englobent l'ensemble des problématiques relatives aux plaies (escarre, ulcère de jambe, plaie du pied diabétique, plaies chirurgicales, etc.). L'objectif de ces établissements de soins est de proposer une prise en charge multidisciplinaire grâce à une équipe dédiée (médecins, chirurgiens, infirmières, podologue, diététicien, etc.)¹⁸. Ces personnels sont tous formés et spécialisés dans l'accompagnement des patients porteurs de plaies. La stratégie de ces établissements repose donc sur une synergie d'équipe qui permet une prise en charge globale du patient. A travers la constitution de cette équipe, il existe des points clefs qui permettent de donner des chances de guérison aux patients :

- Le bilan étiologique de la plaie (bilan infectieux, vasculaire, nutritionnel, etc.)
- L'apport du chirurgien dans la mesure où de part son statut il peut réaliser des détersions au bloc opératoire qui sont souvent nécessaires pour relancer le processus de cicatrisation dans le cas des plaies complexes et difficiles à cicatriser.
- L'utilisation de traitements adjuvants efficaces et validés par la communauté scientifique (oxygénothérapie hyperbare, thérapie par pression négative, facteurs de croissance, substituts cutanés bio-artificiels).
- Le rôle de l'infirmière coordinatrice, qui organise et planifie le programme thérapeutique

¹⁷ SHOLAR A. et al., «The specialized wound care center : A 7 year experience at a tertiary care hospital».

¹⁸ RILEY R. et al., « Wound care centers : Cost, care, and strategie ».

- Les infirmières qui ont la responsabilité des soins, sont en interface avec les autres membres de l'équipe, participent à l'éducation des patients et à la formation des autres acteurs de soins.
- L'organisation du retour à domicile pour faire le lien avec la médecine de ville et assurer la continuité des soins.

3.3. Avantages et limites des différentes filières de soins

La filière du Centre Alsace s'attache plus à développer en intra hospitalier les équipes mobiles pour expertiser, coordonner et former, sa limite serait de rester cantonner à l'hôpital et donc de ne pas se développer suffisamment sur le domicile.

Pour Rennes il s'agit d'une filière dont l'axe de formation est très développé, sa limite résiderait sur son absence d'ancrage au sein de l'hôpital qui limite sa capacité de représentation et de diffusion.

Pour Montpellier il s'agit de la filière la plus complète qui s'intéresse à toutes les plaies (filière médico-chirurgicale, équipe mobile hospitalière, réseau ville hôpital, formation).

Aux Etats Unis la stratégie est différente puisqu'il s'agit de centres de cicatrisation dédiés aux plaies qui réunissent dans un même lieu les différents professionnels de santé.

Cette première partie de l'exposé nous aura tout d'abord permis de prendre conscience de l'importance de la maladie « plaies chroniques ». Ensuite nous avons pris connaissance des contraintes liées à notre système de santé, dans le domaine hospitalier et sur le territoire de santé. Enfin la présentation de la filière « plaies chroniques » de Magenta et des autres approches en France et à l'étranger nous a permis de dresser un bilan de l'existant dans ce domaine. Nous allons maintenant, dans la deuxième partie de ce travail, nous attacher, sur la base d'entretiens, à faire un état des lieux de la nature du besoin sur le territoire, à recueillir les problématiques et les demandes d'amélioration dans ce domaine. Nous allons ensuite évaluer en quoi la filière du CH de Magenta répond aux besoins identifiés sur le territoire, et quelles en sont les limites. Enfin nous allons analyser les éléments qui sont favorables et défavorables sur le territoire de santé au développement de cette filière.

Deuxième partie : La méthodologie, l'analyse des entretiens, la formation « plaies et cicatrisation ».

1. Méthodologie

1.1. Sélection du type de plaies

Dans ce travail, nous n'avons pas opté pour une sélection limitant les indications aux plaies artérielles, dans la mesure où nous pensons que la problématique et la discussion autour d'une filière spécialisée doivent être posées pour l'ensemble des indications, et cela sur l'ensemble du territoire de santé.

Il a par contre été convenu de restreindre les indications aux escarres, ulcères de jambe et plaies du pied diabétique. Les autres indications telles que les plaies cancéreuses, les plaies aiguës, les plaies chirurgicales, les amputations n'ont pas été prises en compte. Les plaies retenues sont les plus représentatives en quantité, en termes de problématique de santé publique, et en impact économique.

1.2. Sélection des établissements

Seuls les établissements publics du territoire de santé ont été retenus dans ce travail, en effet on peut estimer que la prise en charge des plaies est extrêmement faible dans le secteur privé, où la durée est de court séjour et correspond à des prises en charge de chirurgie programmées non en lien avec les problématiques de cicatrisation; de plus les structures privées développent peu les services spécifiques qui pourraient accueillir les patients porteurs de plaies (dermatologie, diabétologie, médecine interne, gériatrie).

1.3. Réalisation d'entretiens

La méthodologie du mémoire est basée sur un travail exploratoire, avec la réalisation d'entretiens auprès d'un échantillon de professionnels de santé, concernés par la problématique plaies et cicatrisation (Médecins, directrice des soins, cadres de santé, infirmières, stomathérapeute). Le point de vue des patients a également été retenu dans cette étude. Ce choix de méthodologie a été fait dans la mesure où :

- Les données du PMSI (Programme de Médicalisation des Programmes d'Information), épidémiologiques, statistiques, et économiques sur le sujet sont quasi absentes ou difficilement exploitables.
- Le caractère hétérogène des plaies et pluridisciplinaire de la spécialité ne permet pas de réaliser une étude comparative entre les différentes modalités de soins.
- IL existe une disparité importante entre les organisations de soins d'un territoire à un autre.
- Les autres filières de prise en charge des plaies chroniques sont différentes de celle de Magenta, peu nombreuses et peu décrites, aussi une réelle comparaison est difficile à réaliser (quoique dans cette étude nous nous aiderons de l'existant pour voir en quoi la filière de Magenta peut s'inspirer des autres filières de soins).

1.4. Sélection des interrogés

La spécificité des plaies touchant de nombreuses spécialités et de nombreux interlocuteurs, il a été retenu de diversifier au maximum l'échantillonnage des interlocuteurs (cf. annexe 1). Les entretiens (cf. annexe 2) ont été réalisés en face à face, enregistrés, et numérisés. Seuls les entretiens des infirmières libérales ont été réalisés par téléphone, retranscrits et numérisés. Ont été retenus pour les entretiens:

- Des personnels du CH de Magenta (directeur général, médecin responsable du service « plaies chroniques », cadre de santé, infirmières du service, responsable du service HAD).
- Des patients du service « plaies chroniques » du CH de Magenta.
- Des médecins et infirmières libérales du secteur de Magenta.
- Des médecins, cadres de santé, directrice des soins, stomathérapeute, et infirmières du territoire de santé.

1.5. Objectifs des entretiens

L'objectif des entretiens étaient de répondre aux questions suivantes :

- Quelle est l'importance du problème « plaies chroniques » sur le territoire de santé ?

Analyse croisée des entretiens semi directifs auprès des différents protagonistes du territoire de santé concernant le type de plaies traitées, ce qu'elles représentent en termes d'activité, les durées d'hospitalisation et les délais de cicatrisation.

- Quelles sont les problématiques et les demandes d'amélioration sur le territoire de santé pour la prise en charge des plaies chroniques?

Analyse croisée des entretiens semi directifs auprès des protagonistes du territoire de santé, à partir des déclarations faites sur les problématiques rencontrées et les demandes d'amélioration formulées pour la prise en charge des plaies chroniques.

- Comment la filière « plaies chroniques » du CH de Magenta répond aux besoins de prise en charge des plaies chroniques sur le territoire de santé?

Analyse croisée des entretiens semi directifs auprès de l'ensemble des protagonistes du territoire de santé. Cette analyse visera à évaluer les avantages et les limites propres à la filière du CH de Magenta.

- Quels sont les éléments favorables et défavorables au développement de la filière de soins sur le territoire de santé ?

Analyse croisée des entretiens semi directifs auprès de l'ensemble des protagonistes du territoire de santé. Cette analyse visera à évaluer les éléments propices et les freins relatifs au développement de la filière de soins « plaies chroniques ».

- Existe-t-il un besoin et une demande des professionnels de santé en termes de formation en « plaies et cicatrisation » ?

Recueil du contenu des questionnaires transmis à un échantillon de cadres formateurs dans le but d'évaluer le type de formation qui est déployé dans les IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) sur le thème des plaies et cicatrisation (caractéristiques et durée de la formation).

Analyse des entretiens semi directifs auprès de l'ensemble des protagonistes pour évaluer l'expression de la demande en formation.

1.6. Les préconisations

Ces préconisations seront produites à partir :

- De la comparaison faite avec les autres filières de prise en charge des plaies chroniques.
- Des problématiques et des demandes d'amélioration identifiées sur le territoire de santé.
- Des avantages et des limites retrouvés de la filière « plaies chroniques » du CH de Magenta.
- Des éléments favorables et défavorables au développement de la filière de soins.

1.7. Limites méthodologiques

- La plaie concerne une grande diversité de personnels soignants, une grande diversité de disciplines, de ce fait nous avons eu une certaine difficulté à recouper et à regrouper les informations relatives aux entretiens des protagonistes.
- Le sujet est encore tabou dans bon nombre de situations, il existe une certaine culpabilité, l'escarre en étant l'exemple le plus représentatif. On peut donc assister à une certaine réticence, résistance à parler du sujet.
- Le corps médical et paramédical apparaît parfois prendre ses distances par rapport à une problématique qui n'est pas enseignée dans leur cursus de formation respectif.

2. Analyse des entretiens

2.1. Territoire de santé et plaies chroniques

2.1.1. Ce que représente la maladie « plaies chroniques » sur le territoire

Pour les médecins des CH du territoire les plaies chroniques sont représentées principalement par les escarres, les ulcères de jambe et les plaies du pied diabétique. La prévalence de ces plaies apparaît importante :

- Le service dermatologie du CH de Saint Père hospitalise 50% de plaies par rapport à son activité globale.
- La consultation « plaies chroniques » du CH de Grépel reçoit 200 patients à l'année.
- La stomathérapeute du CH de Saint Père, prend en charge 224 patients à l'année pour un total de 638 consultations.
- En service de diabétologie au CH de Saint Père les plaies représentent entre 5 à 10% de l'activité.
- En service de SSR, de gériatrie et de médecine interne sur Landan, Trive et Grépel la prise en charge des plaies représente entre 20 à 30% de l'activité.

Pour les infirmières libérales du secteur de Magenta les plaies les plus traitées au domicile sont les plaies postopératoires mais qui ne posent pas de problème de cicatrisation. Au même niveau on retrouve les plaies d'ulcère et de façon plus résiduelle les escarres. L'activité de prise en charge des plaies chroniques peut représenter jusqu'à environ 20 % de l'activité globale du cabinet de soins.

Pour la prise en charge des plaies chroniques, il existe une disparité importante au niveau des délais de cicatrisation, principalement au niveau des ulcères qui sont les plus représentatifs des plaies chroniques. Ce qu'il faut remarquer, c'est que la durée totale de cicatrisation peut aller jusqu'à plusieurs années en limites extrêmes, et que ces cicatrisations restent fragiles puisqu'il est mentionné un risque de récurrence relativement fréquent. Une question peut d'ores et déjà se poser sur ces délais de cicatrisation extrêmement longs des ulcères de jambe au domicile et sur la capacité éventuelle d'une filière de soins de répondre plus efficacement au traitement de ces patients.

En ce qui concerne les infirmières du CH de Magenta, les plaies chroniques traitées sont représentées principalement par les ulcères d'origine artérielle, même si on trouve une proportion d'environ 20% d'escarres et aussi des ulcères dits mixtes d'origine veineuse et artérielle. On peut donc dire que globalement le service prend en charge les plaies pour lesquelles il s'est destiné, les autres indications comme les ulcères veineux étant plutôt laissées à la charge du CH de Saint Père.

La prise en charge des plaies représente pour chaque infirmière du CH de Magenta entre 80 à 90% de son activité, ce pourcentage englobe également l'activité de consultation et de « Plaies Mobiles ». Ce pourcentage d'activité important nous amène déjà à réfléchir sur la spécificité de ce service en termes de charge de soins dans une unité qui a une dénomination de SSR.

2.1.2. Problèmes rencontrés et demandes d'amélioration

Parmi l'ensemble des problèmes rencontrés et des demandes d'amélioration exposées par les interrogés concernant la filière de soins (cf. annexe 3), nous avons pu constater des similitudes, et ainsi établir un recoupement par catégories (filière de soins/Formation, filière de soins/ Education, filière de soins/Compétence, filière de soins/Soins de ville, filière de soins/Ville hôpital). Nous présentons ici une synthèse des résultats obtenus.

➤ Filière de soins/Compétence :

- Une demande d'expertise dans le domaine est souhaitée (avis spécialisé intégrant la prise en charge de la douleur).
- La question de la compétence est posée par rapport au statut de l'infirmière vis-à-vis de celui du médecin.
- La prise en charge des plaies nécessite une approche multidisciplinaire faisant appel à des ressources médicales spécialisées intégrant la chirurgie. En cela la demande des médecins traitants qui sollicitent l'hôpital pour fermer les plaies renvoie à cette notion d'approche spécialisée et multidisciplinaire.
- La notion de groupe de travail en plaies chroniques recouvre une dimension importante pour la diffusion des bonnes pratiques.

➤ Filière de soins/Formation :

- En milieu hospitalier, la demande de formation est forte en l'absence de formation initiale, « *Non mais c'est vrai il y a gros vide, on sort de l'école sans avoir reçu de formation* », que ce soit pour les médecins ou pour les infirmières, que cette formation devrait s'ouvrir sur l'extérieur. Pour les médecins la demande de formation porterait plus particulièrement sur la gestion de la douleur, alors que pour les infirmières elle concernerait plus les questions pratiques sur la connaissance des plaies, les protocoles de traitement et la réalisation des soins.
- En ville, les médecins et les infirmières font remarquer que chacun « *fait un peu sa tambouille* » et qu'une formation les impliquant conjointement serait nécessaire.

➤ Filière de soins/Ville hôpital :

- Pour les médecins hospitaliers, il existe des problèmes de coordination ville-hôpital qui nuisent à l'efficacité de la prise en charge des patients : « *L'absence de suivi efficace des plaies en ambulatoire* », « *On est obligé de garder le patient en hospitalisation* ». La demande d'améliorer la coordination ville hôpital est forte, la création d'une unité de « *plaies mobiles* » est évoquée et également par extension pour l'ensemble du territoire de santé.
- Il reste une grosse marge de progression pour améliorer la relation ville hôpital (sortie du patient, dénutrition, choix du pansement).
- Pour les infirmières libérales qu'une filière de soins dédiée les aiderait dans leur prise en charge et relation auprès du patient, et les aiderait aussi dans leur relation auprès du médecin de ville.
- Pour les médecins généralistes, la coordination des différents intervenants au domicile doit être améliorée et les protocoles devraient être standardisés.

➤ Filière de soins/Organisation :

- Il existe une problématique entre la durée de séjour des patients porteurs de plaies chroniques, la tarification à l'activité, et l'efficacité recherchée de la prise en charge.
- Il est constaté une surcharge de l'activité en soins pour les infirmières hospitalières. Cette surcharge en soins nous interroge bien sûr sur les

problèmes d'organisation mais aussi sur l'aspect économique dans la mesure où les ressources humaines représentent le poste le plus important des dépenses hospitalières.

➤ Filière de soins/Soins de ville :

- La rémunération de l'infirmière de ville est dans certains cas insuffisante pour la prise en charge des plaies complexes, avec des conséquences sur la qualité. Cette insuffisance peut également engendrer des hospitalisations évitables.
- Il existe une limite des produits disponibles au domicile parce qu'ils ne sont pas remboursés pour le patient, d'où nécessité d'hospitaliser le patient pour qu'il puisse en bénéficier.

➤ Filière de soins/Education :

- Il est nécessaire de favoriser l'adhésion du patient au traitement.
- L'éducation du patient se situe au niveau des règles hygiéno-diététiques et de sa compliance par rapport aux traitements.
- Une filière spécifique « plaies chroniques » peut faciliter la relation auprès du patient afin qu'il puisse mieux vivre et accepter sa maladie.

2.2. Analyse de la filière « plaies chroniques »

2.2.1. Avantages perçus relatifs à la filière de Magenta

Parmi l'ensemble des avantages perçus par les différents protagonistes relatifs à la filière de Magenta (cf. annexe 4), nous avons pu constater des similitudes, et ainsi établir un recoupement par catégories (avantages perçus/Organisation, avantages perçus/Compétence, avantages perçus/Efficacité). Nous présentons ici une synthèse des résultats obtenus.

➤ Avantages perçus/Organisation

Il existe une gradation de la prise en charge des patients grâce aux consultations médicales et infirmières ainsi que par l'intervention de l'équipe « plaies mobiles », ce qui aurait pour effet, d'après les protagonistes, à n'hospitaliser les

patients qu'en dernier recours. Pour la sortie du patient celle-ci est favorisée précocement par l'utilisation de l'HAD, la formation des infirmières libérales et une bonne interrelation entre la médecine de ville (infirmières et médecins libéraux) et la filière de Magenta.

« Magenta prend rapidement », « La filière fonctionne bien », « La prise en charge par la filière de soins est correcte, HAD et réseau ville-hôpital », ces déclarations montrent qu'il existe une bonne complémentarité entre les différents professionnels de santé en libéral et à l'hôpital sur le secteur de Magenta.

Un intérêt particulier pour le fonctionnement de l'équipe mobile : *« Les infirmières de l'hôpital se déplacent au domicile », « Quand on est soucieux on a une réponse de « plaies mobiles », « Au niveau « plaies mobiles » ça fonctionne bien ».*

Un intérêt pour les moyens de transmission par mail de suivi des patients pour les infirmières et les médecins libéraux.

➤ Avantages perçus/Compétence

Une prise en charge globale grâce à l'approche thérapeutique du médecin spécialiste, associée à la compétence des infirmières du CH de Magenta qui sont pour la plupart détentrices d'un DU de plaies et cicatrisation. Le patient bénéficie donc d'une stratégie commune à l'ensemble des soignants, ce qui évite d'avoir de multiples intervenants qui proposent souvent des approches thérapeutiques différentes qui sont sources d'inefficacité de traitement, de perte de temps et de surcoût.

Un recrutement des patients en termes d'indications qui sont majoritairement des plaies d'ulcères d'origine artérielle, la spécificité des indications est en ce sens un avantage puisqu'elle permet de réellement développer une expertise dans le domaine. Dans le même ordre d'idée la possibilité de prendre en soins les plaies en impasse thérapeutique répond à un besoin identifié sur le secteur.

La compétence de la filière est particulièrement mise en avant par les infirmières libérales du secteur de Magenta : *« Tout le monde se complète, on n'est*

pas toute seule », « Oui, un partenariat important, pour éviter la stagnation de l'activité en libérale ».

L'élargissement du recrutement en dehors du secteur de Magenta démontre une certaine attractivité sur le territoire de santé, ce qui va dans le sens de la politique de santé souhaitée par les autorités de tutelle.

➤ Avantages perçus/Efficacité

Les critères d'hospitalisation sont bien définis, on en déduit que la stratégie thérapeutique n'engendre une hospitalisation que si elle est strictement nécessaire, ce qui peut participer à éviter certaines hospitalisations dans la mesure où les patients sont suivis en consultations médicales ou infirmières, ou encore par l'équipe « plaies mobiles ».

Le taux de remplissage du service d'hospitalisation oscille entre 80 et 90%, ce qui constitue un avantage pour l'établissement d'avoir une activité pérenne dans ce service de soins.

En parallèle des bénéfices cités sur l'organisation de la filière on retrouve aussi son efficacité : « *La filière limite l'hospitalisation par les urgences* », « *La filière plaies chroniques limite la durée d'hospitalisation* ».

Enfin, même s'il s'agit d'une déclaration isolée : « *On a réussi à cicatriser des patients* », nous renseigne sur la finalité du bénéfice attendu pour le patient et du bon fonctionnement de la filière de soins.

2.2.2. Limites perçues relatives à la filière de Magenta

Parmi l'ensemble des limites perçues par les différents protagonistes relatives à la filière de Magenta (cf. annexe 4), nous avons pu constater des similitudes, et ainsi établir un recoupement par catégories (limites perçues/Ressources humaines, limites perçues/Charge de soins, limites perçues/Plateau technique, limites perçues/Indications, limites perçues/Organisation, limites perçues/Efficacité, limites perçues/communication, limites perçues/Efficiency). Nous présentons ici une synthèse des résultats obtenus.

➤ Limites perçues/Ressources humaines

Une disponibilité insuffisante du médecin spécialiste, cet élément est repris par l'ensemble des protagonistes du CH de Magenta car en effet le médecin référent n'est présent qu'une journée par semaine, son autre intervention se faisant sur une consultation via la télémédecine. Ce manque de disponibilité doit être mis en exergue avec la nécessité pour des patients souvent poly pathologiques de bénéficier d'un suivi médical au long cours.

➤ Limites perçues/Charge de soins

La charge de soins pour les infirmières, cet élément est également repris par l'ensemble des protagonistes du CH de Magenta. Pour le cadre de santé du service du CH de Magenta la charge de soins est multipliée par deux par rapport à un service de SSR classique. Des moyens conséquents doivent donc être alloués en termes de ressources humaines, d'autant plus que l'on peut estimer qu'il existe un transfert d'activité des plaies chroniques des autres établissements du territoire sur le CH de Magenta, en ce sens les autorités de santé doivent prendre en compte l'exception de Magenta pour assurer un fonctionnement opérationnel du centre d'expertise.

➤ Limites perçues/Plateau technique

L'absence de plateau technique pour l'appareillage et la chirurgie des patients, « *avoir les équipements nécessaires pour être centre d'expertise* », renvoie au mode d'organisation de la filière de soins pour au mieux gérer le parcours de soin du patient; cela renvoie aussi au mode de communication nécessaire pour faire connaître ces organisations auprès des professionnels de santé.

➤ Limites perçues/Indications

Même si les indications traitées sont majoritairement artérielles il est constaté un certain glissement des indications plus largement vers les plaies complexes à cicatriser (ulcères complexes, escarres, etc.), dans ce sens on peut s'interroger sur la définition même du type de recrutement que le CH de Magenta doit réellement

cibler sur le territoire de santé, et de la communication inhérente à cette éventuelle évolution de stratégie.

➤ Limites perçues/Organisation

La limite des 10 lits d'hospitalisation dans le service de soins du CH de Magenta ainsi que l'impossibilité pour l'équipe mobile d'intervenir à plus de 30 mn de l'établissement renvoient au besoin de former les autres équipes du territoire pour qu'elles soient plus autonomes.

➤ Limites perçues/Efficacité

Surtout mis en avant par les médecins généralistes interrogés, ceux-ci sollicitent la filière pour que l'objectif thérapeutique puisse être de fermer les plaies des patients, et particulièrement sur les ulcères de jambe. La filière peut elle dans sa prise en charge globale arriver à cet objectif final ou peut elle s'autoriser plus modestement à relancer un processus de cicatrisation pour passer un cap difficile, et tendre vers la cicatrisation complète? Une question qui restera ouverte dans le cadre de cette étude, à l'intention des spécialistes dans le domaine.

➤ Limites perçues/Communication

Le manque ou l'absence d'information sur la filière du CH de Magenta pose la question des moyens de communication qu'utilise la filière de Magenta pour se faire connaître (site internet, voie de presse, etc.).

➤ Limites perçues/Efficience

Même si cet élément n'est évoqué que par l'un des protagonistes, le surcoût possible de l'équipe « plaies mobiles » du CH de Magenta est à signaler (frais de véhicule, rentabilité par rapport au temps passé et au nombre de visites effectuées). Ce questionnement renvoie à l'évaluation des bénéfices de ce service par rapport aux dépenses générées, et, plus largement, aux hypothèses de déploiement sur un territoire de santé.

2.2.3. Le point de vue des patients

Parmi les 16 patients (moyenne d'âge 77 ans) questionnés dans le service de plaies chroniques, 25 % n'ont pu y répondre par difficulté de communication, alors que pour 25% la communication a été facile, les 50% restant étant des patients dont la communication a été estimée de moyenne à difficile. 67% des patients proviennent du secteur de Magenta. Dans 92% des cas les plaies traitées sont des ulcères. En ce qui concerne l'ancienneté des plaies, elle est de plusieurs mois dans 44% des cas et de plusieurs années dans 56% des cas.

Les critères de satisfaction généraux (suivi médical, information reçue, soins donnés par le personnel soignant, discrétion, disponibilité du personnel) ont été jugé favorable à très favorable dans 100% des cas. Le critère spécifique de prise en compte de la douleur a été jugé de favorable à très favorable dans 100% des cas.

Parmi les commentaires et lors des questions ouvertes, on constate tout d'abord dans 67% des cas une histoire médicale complexe. Tous les patients souffrant de douleur (75%), ont mentionné une amélioration de la douleur, et dans 33% des cas une nette amélioration de la douleur, « *je souffrais atrocement avant* », « *j'hurlais avant de rentrer dans le service* », sont des déclarations représentatives de ce constat.

En résumé, bien que l'interrogatoire des patients a été difficile au regard des difficultés de communication, on peut raisonnablement dire que leur ressenti est sensiblement positif, et notamment par rapport à la prise en charge de la douleur. A ce titre, on peut émettre l'hypothèse que l'association d'un traitement médical approprié avec un traitement local agressif (détersion de la plaie avec comme conséquence une diminution de l'inflammation locale) participent à la diminution de la douleur.

2.2.4. Eléments favorables au développement de la filière de soins

Parmi l'ensemble des éléments favorables au développement de la filière de soins décrits par les différents protagonistes (cf. annexe 5), nous avons pu constater des similitudes, et ainsi établir un recoupement par catégories (éléments

favorables/Organisation, éléments favorables/Partenariat). Nous présentons ici une synthèse des résultats obtenus.

➤ Éléments favorables/Organisation

Globalement les interrogés mentionnent qu'il existe déjà dans leur établissement des organisations spécifiques de prise en charge pour les patients porteurs de plaies (dermatologue de ville intervenant sur l'hôpital de Landan, consultation plaies et cicatrisation sur le CH de Grépel, partenariat entre les services de diabétologie, dermatologie et de chirurgie vasculaire sur le CH de Saint Père). On peut donc estimer que ces organisations, même si elles ne sont pas homogènes ni formalisées, peuvent être un point d'ancrage intéressant sur lequel peut s'appuyer et se développer la filière de soins sur le territoire de santé, et ceci notamment pour favoriser une bonne orientation du parcours patient, et ainsi éviter que celui-ci « n'erre de services en services et d'hôpitaux en hôpitaux ».

La présence sur le CH référent de Saint Père d'un groupe « plaies et cicatrisation » qui doit être en mesure non seulement de délivrer les bonnes pratiques sur cette spécialité auprès des personnels hospitaliers mais aussi de définir, diffuser et rappeler les orientations stratégiques pour l'organisation de la filière de soin sur le territoire.

L'existence d'une convention sur la formation en plaies et cicatrisation entre le CH de Saint Père, Le CH de Magenta et le CH de Trive, le déploiement de cet axe de formation sur trois établissements et la communication des bonnes pratiques sur l'ensemble du territoire ne peuvent que faciliter le fonctionnement de la filière de soins.

Un partenariat entre le CH de Saint Père, le CH de Magenta et le CH de Landan sous forme de GCS, cet accord au plus haut niveau de la direction des établissements est la concrétisation d'une politique volontariste des directions d'établissements.

Une synergie qui est déjà existante avec le CH de Saint Père (sur la nutrition et la prévention des escarres).

➤ Eléments favorables/Partenariat

La connaissance de la spécificité de Magenta sur la prise en charge des plaies artérielles : « *Les patients artéritiques du CH référent de Saint Père sont transférés vers le CH de Magenta* », l'utilisation déjà éprouvée de la filière depuis 4 ans : « *Quand il y a des choses qui nous dépassent on a la possibilité de voir ça avec les gens de Magenta* » , le souhait de certains praticiens de transférer de nouveau des patients sur le CH de Magenta : « *J'envisage de transférer des patients pour leur permettre de bénéficier de thérapeutiques efficaces qui sont disponibles sur le CH de Magenta* », confirment d'une part que la filière fonctionne et que d'autre part les attentes et besoins des professionnels restent importants.

Le recrutement élargi des patients pour la filière de Magenta signifie qu'il existe une adhésion des différents professionnels de santé sur l'ensemble du territoire de santé et que cela répond à un vrai besoin de santé publique. Dans le même ordre d'idée il existe un élargissement des indications, en ce sens, on ne peut que se satisfaire d'une prise en compte des plaies dans leur diversité.

2.2.5. Eléments défavorables au développement de la filière de soins

Parmi l'ensemble des éléments défavorables au développement de la filière de soins décrits par les différents protagonistes (cf. annexe 5), nous avons pu constater des similitudes, et ainsi établir un recoupement par catégories (éléments défavorables/Indications, éléments défavorables/Organisation, éléments défavorables/Localisation, éléments défavorables/Compétence). Nous présentons ici une synthèse des résultats obtenus.

➤ Eléments défavorables/Indication

La première limite, même si elle est peu évoquée, concerne l'absence de données épidémiologiques sur les plaies pour le territoire, la dernière étude de prévalence datant de 2005 et elle a été réalisée sur les escarres. Cette absence de données est aussi confirmée par la difficulté d'identifier dans le groupage des patients (GHM, Groupe Homogène de Malades) ceux qui sont porteurs de plaies, car la plaie fait souvent partie des comorbidités associées et n'apparaît pas dans le

diagnostic principal. Au total l'absence de ces données ne peut pas faciliter une prise en compte rationnelle de cette problématique de santé sur un territoire donné.

Pour certains services hospitaliers il n'existe pas ou très peu d'indications qui seraient proposées pour la filière du CH de Magenta, cette rareté d'indications met en lumière toute la nécessité de bien communiquer sur la filière afin qu'elle soit connue de tous et qu'elle puisse répondre à ces besoins ponctuels, qui sont particulièrement complexes et difficiles à traiter, et qui sont sources d'inconfort pour le patient, de désœuvrement pour les équipes, d'allongement des durées de séjour et de surcoût pour l'établissement et notre système de santé.

Il existe un souhait d'élargir de la part des praticiens les indications à l'ensemble des plaies difficiles à cicatriser. Les praticiens sont donc en difficulté pour certains types de plaies à traiter, ce qui met en exergue leur besoin de soutien, dans cette spécialité.

➤ Eléments défavorables/Organisation

Pour la majeure partie des interrogés on retrouve comme limite la plus importante l'absence d'organisation de prise en charge des plaies dans leur propre établissement : « *Il existe une filière gériatrique mais il n'y a pas de filière spécifique à la prise en charge des plaies chroniques sur l'établissement* ». On perçoit bien à travers cette demande le déficit constaté et le besoin que chaque équipe a d'améliorer la prise en charge des plaies chroniques sur son propre établissement, avoir des lits dédiés, bénéficier d'une équipe mobile sont des axes d'évolution souhaitée par bon nombre de protagonistes. Malheureusement, il faut bien constater que notre système de santé est en souffrance et en recherche constante d'économies, en cela le développement pour chaque centre d'une filière dédiée avec notamment un service spécifique peut être qualifié d'utopique.

On sait que la problématique plaies et cicatrisation touche de multiples disciplines et ceci aussi bien à l'hôpital qu'en médecine de ville. Le réseau de santé, comme défini par la loi du 4 mars 2002¹⁹ dans sa définition pourrait donc permettre de favoriser un meilleur accès aux soins pour ces patients, de coordonner les

¹⁹ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Réseaux de santé, art. L6321-1.

différents intervenants, et d'assurer la continuité des soins par une approche multidisciplinaire.

Il n'existe pas de groupe plaies et cicatrisation sur les établissements (en dehors du CH de Saint Père), il existe par contre pour certains d'entre eux des groupes escarres mais qui, comme leur nom l'indique, ne couvre pas l'ensemble des indications.

Le positionnement des SSIAD qui ne faciliterait pas l'accompagnement de ces patients au domicile, dans la mesure où ces structures ont du mal à couvrir des dépenses qui sont plus élevées comparées à des prises en charge conventionnelles.

➤ Éléments défavorables/Localisation

Le problème de la domiciliation des patients par rapport à la localisation du CH de Magenta. En effet on peut tout à fait comprendre les difficultés que peuvent entraîner l'éloignement d'un patient vis-à-vis de sa famille et par conséquent le lien avec le risque d'isolement. Il s'agit donc pour le patient de recevoir de la part de l'équipe soignante toutes les informations utiles pour qu'il puisse mesurer et se décider en toute conscience, par rapport aux bénéfices attendus de l'hospitalisation, au détriment de l'éloignement de ses proches.

➤ Éléments défavorables/Compétence

La difficulté de faire changer les mentalités des infirmières libérales (traçabilité, protocole, qualité des soins) et des médecins traitants (non connaissance des plaies) qui contribue à poser des difficultés pour la filière de soins.

Le manque de disponibilité du médecin spécialiste pour le recrutement et le suivi des patients sur le territoire de santé.

La réticence pour certains professionnels de santé d'accepter qu'un autre centre soit plus expert qu'eux dans le domaine de la prise en charge des plaies chroniques.

Le fatalisme des soignants que l'on rencontre notamment au domicile : « Une plaie chronique c'est une plaie chronique, on l'a toujours ».

3. La formation en « plaies et cicatrisation »

Avant d'exploiter les entretiens relatifs à l'expression du besoin en formation sur le territoire, nous avons opté dans un premier temps sur une recherche documentaire qui permettra de percevoir l'existant dans ce domaine.

3.1. Etat de l'existant en formation initiale

Au niveau médical, comme en témoigne les entretiens que nous étudierons plus en avant, il n'existe pas de formation initiale spécifique aux plaies et cicatrisation, hormis les spécialités comme la dermatologie et la chirurgie plastique qui ont des modules spécifiques.

Au niveau paramédical, un questionnaire a été transmis à quatre IFSI, au total six formateurs ont été interrogés dont celui du CH de Saint Père, pour connaître la teneur de la formation initiale en plaies et cicatrisation, seulement deux questionnaires ont été complétés qui mettent en évidence :

- Pour l'ancien référentiel qu'il n'existe pas de module spécifique « plaies et cicatrisation », que le sujet est traité principalement à travers les modules personnes âgées et endocrinologie (escarre et pied diabétique). Au total 17 heures de formation étaient consacrées sur ce thème pour un IFSI sur 3 ans, pour le deuxième IFSI la durée n'est pas précisée pour tous les enseignements.
- Pour le nouveau référentiel, il n'existe pas non plus d'unité d'enseignement (UE) spécifique. Il a été difficile de recueillir des informations précises dans la mesure où il est en cours d'élaboration, et que les formateurs n'ont pas de recul sur ce nouveau programme. Néanmoins, il apparaît qu'il existe des approches différentes tant au niveau de la chronologie que des liens faits avec les unités enseignées (processus traumatiques, processus dégénératifs).

En résumé, ces questionnaires confirment le manque de formation ressentie par les professionnels de terrain, et montre que le peu d'enseignement consacré à cette discipline cible les escarres et les plaies du pied diabétique, et n'aborde que très peu la plaie vasculaire. Enfin, il semblerait, qu'en l'absence de recommandations spécifiques, que toute laxité soit autorisée aux formateurs (contenu du programme, intervenants, durée) pour traiter ce sujet.

3.2. Etat de l'existant en formation continue

3.2.1. Les DU en plaies et cicatrisation

Assez bien développées dans l'hexagone, il s'agit de formations continues qui sont réalisées dans les CHU ou structures apparentées, ce qui permet une approche multidisciplinaire avec des intervenants issus de différentes spécialités (dermatologue, diabétologue, chirurgien plasticien, chirurgien vasculaire, infirmières spécialisée, stomathérapeute, diététicien, etc.). Cette formation est ouverte aussi bien aux médecins qu'aux infirmières et traite de l'ensemble des problématiques liées aux plaies. Elle a pour but de former des professionnels experts. Le coût de cette formation est supporté soit directement par la personne demandeuse (médecin libéral ou infirmière libérale), soit par l'établissement de soin public ou privé du salarié. Malgré l'expertise obtenue grâce à ce diplôme, elle ne donne pas la possibilité de prescription pour les paramédicaux.

3.2.2. La spécialisation en stomathérapie

Cette formation est destinée aux infirmières des établissements privés et public de santé. La formation se déroule sur 44 jours, en plusieurs modules, répartis sur une période de six mois. Cette session permet d'acquérir une expertise pour les soins aux personnes stomisées ou présentant des fistules entérocutanées, et aux personnes souffrant de plaies chroniques ou chirurgicales complexes.

3.2.3. La formation des infirmières libérales

Les infirmières libérales bénéficient d'une FCC (Formation Continue Conventionnelle), celle-ci est d'ailleurs obligatoire depuis la loi n°2004-806 du 9 août 2004²⁰, relative à la politique de santé publique. Une convention est ainsi établie entre la CPAM et les syndicats représentatifs des infirmières libérales. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser les dépenses de santé. Chaque année, plusieurs thèmes sont ainsi choisis, à ce titre et pour l'année 2011, le thème « *Plaies chroniques liées aux insuffisances circulatoires, veineuse et artérielle* » a été retenu. Cette formation se déroule pour chaque région de France, est d'une durée de trois jours, et couvre les frais inhérents à la formation ainsi que des indemnités pour perte de ressources.

²⁰ CODE DE LA SECURITE SOCIALE, loi n° 2004-806

3.2.4. La formation des médecins libéraux

Depuis le 1^{er} Janvier 1997, la formation médicale continue (FMC) est obligatoire pour tous les médecins. Elle est ouverte à tous les médecins libéraux en exercice. Elle a pour objectif d'améliorer la santé publique en permettant aux médecins libéraux de suivre une formation de qualité pendant leur temps habituel sans perte de ressource.

3.3. L'expression du besoin en formation sur le territoire

Au paragraphe 2.1.2 (problèmes rencontrés et demandes d'amélioration), nous avons déjà pu identifier que le besoin en formation était une demande formulée par les professionnels de santé. Nous allons maintenant préciser la problématique, identifier les points forts de la formation actuelle, voir quels sont les freins à la formation, et enfin étudier l'offre de formation de la filière du CH de Magenta.

3.3.1. Le manque de formation et ses conséquences

Sur le territoire et dans la majorité des cas, le manque de formation initiale est mis en avant. Il est constaté par l'ensemble des protagonistes (médecins, cadres de santé et infirmières hospitalières, médecins et infirmières de ville). Des phrases du type « *Non mais c'est vrai il y a gros vide, on sort de l'école sans avoir reçu de formation spécifique* », et « *J'ai sept infirmières et sept façons de faire les pansements* » sont le reflet de ce déficit. De ce manque de formation découle une demande de formation continue, qui concerne l'ensemble des personnels dans la mesure où comme le déclare l'un des protagonistes : « *C'est tout le monde qui gère le problème des plaies* ». En ce qui concerne les conséquences, on peut dire que l'absence de formation initiale ne peut qu'engendrer un manque d'investissement dans ce champ de compétence, avec les effets délétères que l'on devine, à ce titre, la déclaration : « *Moi je pense que si les médecins de ville étaient formés cela éviterait certaines hospitalisations, ou alors cela les anticiperait* » résume bien le risque de conséquences néfastes pour le patient et notre système de soins.

3.3.2. Les points forts de la formation continue actuelle

Les interrogés mentionnent l'existence du DU de plaies et cicatrisation qui permet à des médecins ou à des infirmières particulièrement motivés par ce domaine

de devenir expert. Ce diplôme apporte donc une réponse intéressante pour déterminer des référents qui vont être à même de mieux prendre en charge le problème de plaies complexes et difficiles à traiter, ainsi que de permettre une meilleure diffusion des bonnes pratiques et de participer à la formation ponctuelle des soignants. Au CH référent de Saint Père, la DSSI (Direction des Services de Soins Infirmiers) et la stomathérapeute font remarquer qu'ils font chaque année une session de formation en interne qui est axée sur les plaies chroniques, d'après la DSSI cette formation a comme bénéfice non seulement de favoriser les bonnes pratiques mais aussi de faire en sorte que « *les soignants puissent déculpabiliser par rapport à des pratiques qu'ils ont pu avoir et qui peuvent être remises en question aujourd'hui* ». Enfin, même si elle n'est indiquée que par la coordinatrice du SSIAD, il faut également souligner l'initiative de l'assurance maladie qui a proposé, pour 2011, sur ce thème, une formation indemnisée sur 3 jours, pour les infirmières libérales.

3.3.3. Les points faibles de la formation continue actuelle

Les freins à la formation continue sont peu nombreux, on retrouve principalement l'éloignement des centres de formation, et le manque de motivation pour cette discipline. Dans 2 cas il est remarqué une absence d'obligation de formation pour les professionnels (alors que les textes législatifs démontrent le contraire). Peu cités mais intéressant à signaler, les deux autres éléments péjoratifs sont l'absence d'ouverture à la médecine de ville pour la formation continue du CH de Saint Père, et l'absence de possibilité de prescription pour les paramédicaux même s'ils sont détenteurs du DU de plaies et cicatrisation.

3.3.4. Le projet de formation du CH de Magenta

➤ Le point de vue des professionnels du territoire

Pour la majorité des questionnés, une formation complémentaire est souhaitée, en proximité de leur lieu d'exercice, alors que seulement 1 des interrogés indique que la formation existante dispensée est déjà satisfaisante (« *il suffirait qu'elle soit appliquée sur le terrain* »). En ce qui concerne les caractéristiques de la formation, elle devrait traiter de l'ensemble des disciplines liées aux plaies et cicatrisation. Pour les intervenants la demande est de faire appel à toute personne

spécialisée, le binôme médecin infirmière étant privilégié. On remarque dans deux cas et pour les infirmières libérales que le besoin se situe plus au niveau d'une expertise (formation au lit du patient quand c'est nécessaire), qu'une formation en tant que telle.

➤ Le point de vue des personnels du CH de Magenta

Pour le directeur de l'établissement l'objectif est tout d'abord de devenir centre de formation régional. Les objectifs secondaires étant de :

- Former les personnels des autres centres hospitaliers afin de les rendre autonomes à la prise en charge des plaies.
- Développer le concept d'équipes mobiles pour les autres établissements afin d'apporter une compétence à l'hôpital et en médecine de ville sur chaque secteur.

Le médecin responsable du service « plaies chroniques » du CH de Magenta insiste surtout quant à lui sur la formation des équipes de ville, pour améliorer la relation ville-hôpital.

Le cadre du service de Magenta évoque de son côté la nécessité d'un centre de formation au regard du mode de financement du CH de Magenta, par rapport aux autres établissements du territoire. D'après lui, en l'absence de formation, la filière « plaies chroniques » ne serait pas complète, il y aurait une perte de chance pour les patients en raison d'une prise en charge qui resterait hétérogène. L'objectif est de toucher un maximum de gens par une formation organisée. Les effets bénéfiques pourraient se mesurer à moyen terme par une moindre sollicitation de la filière de Magenta, dans la mesure où les professionnels du territoire seraient mieux formés. En pratique il s'agirait de former d'une part des infirmières expertes qui pourraient s'inscrire dans le cadre des équipes mobiles sur le territoire, et d'autre part, de former aussi de façon ponctuelle les professionnels sur le terrain, sur des cas concrets. Enfin le cadre de santé du service plaies chroniques du CH de Magenta évoque aussi le projet de formation des aides soignants sur l'évaluation et la nutrition du patient.

Pour les infirmières du service plaies chroniques de Magenta, l'accent est à mettre sur la formation des infirmières de ville, même si les médecins libéraux ne sont pas oubliés. De façon plus isolé, on retrouve le souhait d'une formation par un

binôme infirmier médecin, de faire une formation sur trois jours, de réaliser des formations ponctuelles pour les infirmières libérales au lit du patient, et de former les aides soignants.

Dans cette deuxième partie nous avons pu d'abord repérer les difficultés rencontrées et les demandes d'amélioration, nous avons ensuite mesuré en quoi la filière de Magenta répondait ou non à la prise en charge des plaies chroniques, enfin nous avons identifié quelles étaient les conditions favorables et défavorables au développement de la filière de soins sur le territoire de santé. Nous allons maintenant pouvoir, à partir des différents points développés, proposer des axes de préconisation pour améliorer la prise en charge des plaies chroniques sur le territoire de santé.

Troisième partie : Développer l'approche globale et multidisciplinaire, construire un réseau « plaies chroniques » sur le territoire de santé, évaluer ces différents dispositifs.

Afin d'élaborer des axes de préconisation, nous allons revenir d'une part sur les différentes attentes des professionnels du territoire de santé qui ont émergé lors de la phase exploratoire (analyse des entretiens), et d'autre part comparer les autres approches en termes de filière de soins en France et aux Etats unis, afin de nous inspirer de ce qui peut être pertinent et adapté au territoire de santé.

➤ Synthèse des attentes des professionnels de santé du territoire

Lors des différents entretiens, nous avons pu mettre en évidence qu'il existe :

- Une absence de réseau de santé sur le territoire qui laisse apparaître plusieurs initiatives (groupe plaies et cicatrisation, groupe escarre, consultation spécialisée, formation interne) qui restent localisées et de ce fait ne mutualisent pas les compétences, et ne sert pas l'ensemble du territoire.
- Un besoin d'expertise pour les professionnels de santé, que ce soit en ville ou à l'hôpital, dans la prise en charge des plaies chroniques.
- Un manque de formation soulignée par l'ensemble des professionnels qui ne permet pas une prise en charge optimisée et qui risque entre autre d'engendrer des hospitalisations évitables.
- Un élargissement des indications traitées par la filière.
- Un besoin de renforcement des effectifs (couverture médicale et paramédicale).
- Une inadéquation entre la nécessité de maintien au domicile et l'organisation de l'offre de soins.
- Un bénéfice indiscutable de l'intervention de l'équipe mobile « plaies chroniques », mais que celle-ci est limitée au niveau de sa disponibilité et de sa couverture géographique.

- Le manque d'information sur le fonctionnement de la filière de Magenta tant au niveau des professionnels que des malades.
- Un éloignement géographique entre l'unité d'hospitalisation du CH de Magenta et le plateau technique disponible sur le CH de Saint Père.

➤ Quels enseignements tirer de l'expérience des autres filières de soins?

De part leurs différences, une comparaison entre ces modalités est difficile à réaliser. Toutefois, on peut avancer que la solution la plus globale pour l'accompagnement du patient est proposée par les Etats Unis, mais que cette approche nécessiterait une évaluation des dépenses générées par ces centres sur un système de santé. En France la filière du CHRU de Montpellier, se présente comme la plus « agressive » dans la mesure où elle propose un programme thérapeutique médical et chirurgical qui a pour but d'amener rapidement à la fermeture des plaies, alors que les autres filières décrites ne le précisent pas. Il n'est pas question ici de débattre des différentes stratégies thérapeutiques qui peuvent être offertes au patient, il s'agit en effet d'une affaire de spécialistes. Par contre il peut être intéressant de regarder quel type de parcours bénéficie le patient à travers la filière, et la description du parcours coordonné de la filière de Montpellier montre notamment une durée moyenne de séjour en chirurgie de 5 jours, ce qui signifie tout au moins que l'organisation en aval pour la sortie du patient est bien anticipée. Une comparaison de la filière du CHRU de Montpellier avec les autres établissements de même importance en France mériterait d'ailleurs d'être réalisée. La filière de Magenta n'est pas comparable à celle de Montpellier, le territoire, les structures, les organisations sont différentes, la typologie de patients est aussi différente (plaies majoritairement artérielles pour Magenta), pour toutes ces raisons le parcours du patient est aussi différent. La filière du Centre Alsace pourrait se rapprocher de celle de Magenta par l'existence d'une équipe mobile, mais celle-ci n'est qu'hospitalière, de plus, la filière du Centre Alsace ne dispose pas de lits d'hospitalisation « plaies chroniques » et ne différencie pas les typologies de plaies. La filière du CHRU de Rennes quant à elle ne dispose pas de lits d'hospitalisation ni d'équipes mobiles mais est comparable vis-à-vis du recrutement des patients (plaies vasculaires). Le service de plaies chroniques de Magenta peut-il se dénommer « centre de cicatrisation » comme il en existe aux Etats Unis ? Cette appellation semble aussi

exagérée dans la mesure où Magenta est limitée dans ses indications, et ne dispose pas des mêmes moyens humains et matériels. La disparité des filières est donc importante ce qui ne rend pas aisée une comparaison, toutefois, si l'on retient le meilleur de chaque filière, on pourrait proposer à la filière de Magenta de s'inspirer :

- De la filière de Rennes et de Montpellier sur le volet formation pour la mise en œuvre du cinquième niveau d'activité de la filière de Magenta.
- Des centres de cicatrisation aux USA pour tendre vers une optimisation de la prise en charge pluridisciplinaire et globale du patient.
- De la filière de Montpellier sur les modalités de stratégies thérapeutiques et d'organisation d'un réseau de santé.

Nous pouvons dès à présent, à partir de la synthèse des attentes des professionnels de santé du territoire et celles des expériences des autres filières de soins, proposer un plan de préconisations en trois axes :

- Développer l'approche globale et multidisciplinaire.
- Construire un réseau de santé « plaies chroniques » sur le territoire.
- Evaluer ces différents dispositifs.

1. Développer l'approche globale et multidisciplinaire

1.1. Vers une redéfinition des missions de Magenta.

Cette redéfinition doit à la fois prendre en compte les atouts et les limites de Magenta, mais également les contraintes imposées par les orientations de politique de santé publique, qui vont dans le sens d'une décentralisation des compétences hospitalières vers la médecine de ville et le développement des soins à domicile.

Concernant la typologie de la population initialement retenue (plaie artérielle), et bien que la filière traite majoritairement ce type d'indications, on s'aperçoit qu'il existe aussi un glissement des indications avec un élargissement de la demande aux plaies complexes et difficiles à traiter (escarres, plaies chirurgicales complexes, etc.).

La création de cette filière a fait apparaître des besoins en termes de prise en charge des plaies chroniques jusqu'alors non identifiés. Il semblerait donc

intéressant que la filière de Magenta puisse redéfinir son offre de soins, et ceci en accord avec les autres établissements du territoire. On sait par ailleurs que :

- Les possibilités de recrutement hospitalier de Magenta sont limités (10 lits).
- Le taux d'occupation des lits est élevé.
- Le CH de Magenta ne dispose sur son site ni de bloc opératoire, ni de service d'appareillage.
- La couverture médicale est insuffisante. A ce titre, on sait que le temps imparti du médecin spécialiste dans le service est limité (télé médecine le lundi matin, et consultations le Jeudi). Comme il le souligne lors de son entretien il est confronté en tant que chirurgien vasculaire, rattaché au CH de Saint Père, à son cœur de métier et à la nécessité d'assurer un programme opératoire qui soit « rentable » pour l'établissement. En ce sens, l'activité de consultations en plaies chroniques est donc secondaire par rapport à sa mission principale. Associé à cette limite de disponibilité du médecin spécialiste, le service de Magenta ne dispose pas d'un réel suivi médical longitudinal, qui permettrait d'assurer, pour des patients souvent poly pathologiques, un suivi de qualité au regard de la définition de centre d'expertise ; de plus, on peut estimer qu'une meilleure gestion de la sortie des patients puissent avoir un effet positif sur la réduction de la DMS. Il est à noter que, au moment de l'élaboration de ce mémoire, le déficit en couverture médicale est en voie de résolution par le recrutement d'un médecin, qui devra toutefois se former à la spécialité « plaies et cicatrisation ».
- Les effectifs paramédicaux sont sensiblement supérieurs au ratio d'un service de SSR, mais sont indispensables au maintien et à la qualité de la prise en charge. Pour rappel, l'indication en hospitalisation est limitée à des personnes présentant des plaies complexes associées à des problèmes de douleur et/ou d'infection, de ce fait la durée moyenne d'un pansement est évaluée à 60 minutes, l'absence de prise en compte de cette particularité par les autorités de tutelle remettrait en cause l'existence même de ce type d'unité de soins.

En conséquence, dans ce contexte que nous venons d'exposer, l'élargissement de l'expertise de Magenta ne peut s'envisager que par le biais de consultations spécialisées (médicales et paramédicales), le renforcement de l'équipe mobile et la mise en place d'un programme de formation qui vise à promouvoir les

compétences et l'autonomie des professionnels du territoire dans cette spécialité. Mais cela implique également une mutualisation structurée des compétences comme l'illustre l'exemple de Montpellier, nous reviendrons sur ce point dans un deuxième temps.

1.2. Vers une évolution du statut de l'infirmière.

Il ressort des entretiens qu'il existe un questionnement au niveau de l'expertise des plaies. C'est-à-dire que les infirmières ont une certaine expérience liée à la connaissance des pansements, à la réalisation des soins, et au suivi des patients et ceci est particulièrement vrai en médecine de ville, de plus, comme c'est le cas sur le territoire de Magenta, certaines d'entre elles se sont spécialisées par l'obtention d'un DU de plaies et cicatrisation. Pour autant, la réalité du terrain ne leur permet pas d'autonomie devant l'absence de droit à la prescription. Pour pallier à cette situation, le législateur a prévu une coopération entre professionnels de santé (article 51²¹ de la loi HPST), cet article précise que « *Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* », on pourrait ainsi envisager dans le domaine qui nous concerne, à partir de protocoles préétablis, de réaliser un transfert de compétence du médecin à l'infirmière titulaire d'un DU notamment sur :

- La réalisation des soins (ex. : détersion au bloc opératoire en milieu hospitalier).
- L'évaluation des plaies et les adaptations de prescription.
- L'évaluation de la douleur et les adaptations de prescription.

Cette initiative de transfert de compétence, aurait comme bénéfice d'apporter une réponse en soins adaptée, une revalorisation de la profession, ainsi qu'une économie de santé (moins de consultations médicales).

D'un point de vue pratique, la demande qui émane des professionnels doit être transmise à l'ARS qui vérifie que cela correspond à un besoin de santé. Le

²¹ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Loi HPST, article 51, Coopération entre professionnels de santé, art. L. 4011-1.

dossier est ensuite transmis à l'HAS (Haute Autorité de Santé) qui est chargée de valider ou non le protocole. C'est ensuite le directeur de l'ARS qui autorise sa mise en œuvre.

Force est de constater que ce dispositif, malgré des initiatives intéressantes dans le domaine de la diabétologie et de la dialyse, est encore méconnu et peu exploité. Une évaluation des freins à la mise en place de ce dispositif permettrait sans doute de les identifier pour pouvoir les dépasser.

Par ailleurs, au domicile, les entretiens ont révélé que se pose le problème pour les infirmières libérales de l'absence de rémunération pour les actes relatifs aux mesures d'antalgie avant la réalisation du pansement, ainsi qu'un manque de rémunération pour les pansements qui sont longs à réaliser. Les conséquences sont importantes car cela nuit à la qualité de vie du patient (non prise en compte de la douleur), diminue le taux de guérison du patient (mauvaise détersion des plaies par manque de temps), et enfin risque d'engendrer une hospitalisation du patient par défaut de soins. Dans le même ordre d'idée, les infirmières libérales, bien qu'elles puissent cumuler les actes de pansement et de soins d'hygiène (toilette), souffrent d'une faible rémunération (en admettant un soin d'hygiène d'une ½ heure, complété d'un pansement d'une heure, sa rémunération sera de 21,70 Euros, soit 14 Euros de l'heure). On est là devant un vrai problème de maintien à domicile dans la mesure où les infirmières ont donc des difficultés pour assumer une prise en charge globale et de qualité, d'autant plus que les SSIAD, de part leur mode de financement et leurs limites de place, ont tendance à ne pas recruter ce type de patients. Il serait donc intéressant de réfléchir à une révision de la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Infirmiers), qui concernerait :

- La création d'un acte pour la préparation du patient contre la douleur.
- La reconnaissance d'actes infirmiers consommateurs de temps (toilette et pansement), qui va dans le sens d'une politique de soins infirmiers consistant en une prise en charge holistique, avec un regroupement des soins par un même intervenant qui facilite d'autant plus la démarche d'éducation du patient (inscrite dans le code de la santé publique par la loi HPST²²).

²² CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, loi HPST, article 22, éducation thérapeutique, art. L. 1161-1 à L. 1161-4.

- La révision de la tarification concernant les pansements lourds et complexes nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse. On s'aperçoit que la nomenclature actuelle définit bien les indications, mais propose une rémunération identique pour tout type de plaies (Acte Médico-Infirmier : AMI 4 coté à 11,60 Euros), il s'agirait donc de proposer comme principe une tarification différente en fonction du temps passé, et non pas de l'indication traitée.

1.3. Vers la mise en place d'un centre de formation « plaies et cicatrisation » sur le CH de Magenta.

Pour construire le projet de programme de formation nous pouvons nous intéresser à une liste de questions auxquelles nous répondrons à partir des attentes formulées par les différents protagonistes interrogés, complétées de propositions personnelles.

1.3.1. A qui peut s'adresser ce plan de formation?

Comme nous l'avons démontré, le manque de formation initiale est un constat, que ce soit pour les médecins ou pour les infirmières, ce qui nous amène à penser qu'il est nécessaire d'intervenir conjointement auprès de ces deux corps de métiers, et en particulier dans le domaine libérale où les difficultés sont apparues plus marquées. En dehors du bénéfice intrinsèque de la formation, l'intérêt de réunir les médecins et les infirmières est de favoriser la communication et les échanges.

1.3.2. Quel peut être le contenu de la formation?

On sait que la filière de Magenta a développé une expertise plus spécifique sur les plaies vasculaires, on sait aussi que la demande des professionnels est plus globale sur l'ensemble des problématiques plaies. Il semble donc indispensable que le centre de formation élargisse son champ de compétence. Quant au niveau de la formation nous pensons qu'elle ne doit pas avoir la prétention de se situer au niveau des DU de plaies et cicatrisation, son objectif principal serait de redonner aux professionnels les bases théoriques et pratiques de la démarche de soins, et

d'aborder plus spécifiquement la gestion de la douleur. En cela un programme de cours théoriques et d'ateliers pratiques permettraient de répondre à cet objectif tout en proposant une pédagogie attrayante, pour un groupe qui, dans un souci d'interactivité, ne devrait pas excéder 20 personnes.

1.3.3. Qui peut intervenir dans ce programme?

Dans la mesure où le public concerné associe infirmières et médecins, il semblerait intéressant au même titre qu'un binôme du même ordre, détenteur pour chacun d'entre eux d'un DU de plaies et cicatrisation, soit constitué. En complément, suivant la thématique abordée, des professionnels experts pourraient être sollicités (ex. : diabétologue, chirurgien, nutritionniste, etc.). En ce qui concerne les intervenants extérieurs, nous pensons que le développement d'un réseau de santé « plaies chroniques » que nous décrivons plus en avant, pourrait être d'excellente ressource en termes d'intervenants de proximité et de qualité.

1.3.4. Quelle peut être est la durée de la formation?

Cette durée dépendra du contenu du programme de formation, conventionnellement une durée de 3 jours est généralement admise dans ce type de formation.

1.3.5. L'indemnisation des participants?

Comme l'ont souligné certains protagonistes, même si l'ensemble des interlocuteurs se sent concerné par le besoin en formation, il peut y avoir une différence importante entre le besoin énoncé et leur motivation réelle, d'autant plus que le public visé ne concerne pas les professionnels qui ont une appétence particulière dans le domaine, il s'agit plutôt de toucher le plus grand nombre pour, comme nous l'avons déjà mentionné, redonner les bases fondamentales de la théorie et des bonnes pratiques. A partir de l'identification de ce risque de désaffection pour la formation, il apparaît donc important que non seulement la prise en charge de la formation soit couverte, mais qu'elle soit aussi indemnisée au titre de la perte de ressources financières.

1.3.6. Autres déclinaisons de la formation

Le renforcement de la formation initiale à l'IFSI de Saint Père pourrait se faire à partir de l'expérience des infirmières diplômées DU de la filière de Magenta, outre l'apport de connaissance, cette intervention permettrait de sensibiliser ces futurs professionnels à ce problème de santé publique, ainsi que leur faire identifier le réseau comme ressources dans leur exercice futur. A noter que l'unité « plaies chroniques » du CH de Magenta est devenu récemment terrain de stage pour les étudiants infirmiers.

L'organisation de journées ou de soirées thématiques comme le pratique la filière du CHU de Rennes, nous semble complémentaire à la formation, pour permettre aux professionnels de se rencontrer et d'échanger sur leurs expériences. Ces initiatives auraient l'avantage en plus de participer à une meilleure information et communication sur le réseau.

2. Construire un réseau de santé « plaies chroniques » sur le territoire

Les professionnels du territoire font état en grande majorité du manque d'organisation de soins « plaies chroniques » sur leurs propres établissements et leurs secteurs, comme explicité dans le paragraphe 2.2.5 de la deuxième partie. Avant de tenter de faire des préconisations, nous pensons que cette demande doit tout d'abord faire l'objet de commentaires :

- N'y aurait il pas une tendance individualiste pour certains de vouloir développer sa propre expertise? Ce qui irait à l'encontre de la politique du territoire. D'une façon plus générale et pour élargir le propos, on peut penser qu'il existe peut être une certaine réticence historique et naturelle pour chaque établissement d'accepter qu'un autre centre puisse être plus expert que lui-même dans un domaine, a fortiori lorsqu'il s'agit d'un établissement de proximité qui n'a pas l'aura du centre hospitalier de référence du territoire.
- Le deuxième commentaire a trait à la politique du territoire qui a défini exclusivement le CH de Magenta comme centre de référence. Certains rétorqueront que la filière de Magenta est limitée et insuffisante dans la mesure où elle ne couvre que les plaies artérielles, et ne prend pas en compte

l'ensemble des problématiques de plaies chroniques sur le territoire, ce qui motiverait la pertinence d'une filière « plaies chroniques » sur chaque centre.

En résumé, si l'on veut répondre à l'attente légitime pour chaque établissement d'améliorer les conditions de prise en charge des patients, si l'on veut respecter la politique du territoire de santé, et éviter que chaque centre ne veuille développer sa propre expertise (ou au contraire ne reste dans une attitude d'attentisme préjudiciable à la qualité des soins), il semble bien que la création d'un réseau de santé sur le territoire permettrait de répondre d'une part aux problématiques identifiées sur le territoire, et d'autre part de légitimer et de renforcer les initiatives déjà prises.

A partir de ce constat nous allons maintenant préciser en quoi un réseau de santé « plaies chroniques » serait une réponse plus exhaustive à ce problème de santé publique. Rappelons que les réseaux de santé, depuis la loi du 4 mars 2002²³ sont définis par : *"Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations"*.

Comme le souligne le directeur général du CH de Magenta, il existe une coopération sous forme de GCS entre les établissements du territoire qui préfigure une CHT, ce regroupement est donc important pour développer des complémentarités entre établissements. L'objectif des CHT est, rappelons le, « d'assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité »²⁴, l'enjeu est également d'améliorer le parcours du patient et de favoriser le développement des filières de soins. En ce sens, la filière de soins de Magenta a été actée par les protagonistes du GCS, elle fonctionne, il existe aussi une concrétisation de ces accords avec des démarches communes (formation, prévention des escarres, nutrition). Maintenant,

²³ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Réseaux de santé, art. L6321-1

²⁴ HOSPIMEDIA, les conditions de la réussite, mai 2005.

peut-on aller plus loin? Nous nous sommes déjà interrogés dans le paragraphe 2.2.5 de la deuxième partie pour savoir si la filière ne pourrait pas être considérée dans un réseau plus large sur le territoire de santé. L'apport d'un réseau de santé sur le territoire se situerait, à partir de compétences différentes et complémentaires, au niveau de la prise en compte de la maladie « plaies chroniques » dans toute sa configuration, aussi bien au titre de la diversité des indications, de la mise en œuvre de stratégie thérapeutique commune, que de l'organisation et de la coordination du parcours patient.

2.1. Intégrer les initiatives existantes au réseau de santé

Avant d'évoquer les moyens à mettre en œuvre pour développer le réseau de santé, il est avant tout intéressant de s'interroger sur la façon d'intégrer l'existant, c'est-à-dire les différentes initiatives dans le champ de la plaie au réseau de santé sur le territoire. Il s'agirait donc de repérer les différents interlocuteurs aussi bien en ville qu'à l'hôpital qui pourraient être membres du réseau. A partir de cette identification, pourrait être constitué un comité de pilotage du réseau, représentatif de l'ensemble des professions concernées, et du territoire. Celui-ci ensuite pourra définir les fonctions et missions de chacun. Pour autant, il nous apparaît important d'organiser des temps de rencontre de ces professionnels de réseau, qui seront à définir selon les moyens obtenus.

2.2. Les ressources humaines du réseau

Il nous semble important d'envisager dans le cadre des ressources humaines le recrutement d'un professionnel infirmier coordinateur de réseau dont les principales missions seraient d'associer les acteurs et d'orienter le parcours du patient, il serait aussi missionner sur les outils de communication nécessaire à l'information sur le réseau. Rappelons qu'à ce titre il existe un master de spécialisation infirmière qui se dénomme « *Infirmière coordinatrice de parcours complexes de soin* », qui nous semblerait parfaitement adapté aux missions qui incomberaient à ce professionnel.

2.3. Le point d'entrée du patient dans le réseau

En nous inspirant de l'exemple de la filière Languedoc Roussillon, la mise en place d'une consultation, à l'entrée du patient dans le réseau, par une équipe

pluridisciplinaire (médecin, chirurgien, rééducateur, infirmière coordinatrice, etc.), contribuerait à définir son parcours de soin.

2.4. Vers une extension des équipes mobiles sur le territoire

On sait que la filière de Magenta a entre autre comme originalité la création d'une équipe mobile, qui, à la différence de la filière du Languedoc Roussillon et de celle du centre Alsace, intervient hors les murs de l'hôpital. On sait par ailleurs que les expériences d'équipes mobiles de soins palliatifs, d'équipes mobiles gériatriques, d'équipes mobiles de prise en compte de la douleur, ont fait leurs preuves, alors pourquoi ne pas envisager une réflexion sur une équipe mobile pour l'accompagnement des patients souffrant de plaies complexes et difficiles à cicatriser, et ceci pour l'ensemble du territoire?

Même si l'expérience de l'équipe mobile de Magenta est embryonnaire. Les entretiens ont pu mettre en avant un certain nombre de bénéfices, à privilégier et à renforcer dans la construction du réseau de santé :

- Participe à éviter l'hospitalisation des patients. En effet, on sait que les motifs d'hospitalisation sont liés principalement aux problématiques de douleur, d'infection et de charge en soins. Le renforcement des compétences sur le domicile peut donc participer à limiter ces hospitalisations.
- Favorise une sortie anticipée des patients en proposant un accompagnement des paramédicaux, des médicaux et des malades.
- Participe à éviter les ré-hospitalisations par le suivi thérapeutique au domicile et la formation des professionnels.
- Collabore avec l'HAD pour l'accompagnement des patients dont la prise en charge reste complexe au domicile.

Cette équipe ne serait pas là pour remplacer les professionnels libéraux sur le terrain, mais plutôt pour contrôler les bonnes pratiques, apporter les actions correctives, orienter le patient, et former les professionnels. Plus généralement, il faut souligner que le principe d'équipe mobile renvoie aussi à la notion de décroisement, processus indispensable à une meilleure gestion du parcours patient. A ce titre, il suffit de se reporter au dernier discours du ministre du travail, de

l'emploi et de la santé, Monsieur X. Bertrand²⁵, qui, lors d'un colloque avec les directeurs d'ARS, insiste sur leur rôle d'organiser la gradation des soins à travers un processus de décloisonnement.

En pratique, pour remplir ses missions sur l'ensemble du territoire, nous proposons le maintien de l'équipe mobile de Magenta en renforçant le temps imparti (de 0,10 à 0,80 ETP), la création de 2 autres antennes, l'une à Saint Père (0,80 ETP), et l'autre au CH de Landan (0,40 ETP), soit au total 2 ETP pour cette équipe.

2.5. Vers un développement de la télémédecine sur le territoire

Peu abordé dans les différents entretiens, mais pratique en évolution constante, fortement soutenu par le ministère de la santé, il s'agit de la question des possibilités de développement de la télémédecine. Nous avons pu décrire cette technique dans le paragraphe 3.1.2 de la première partie. Elle permet donc, sur une organisation de territoire, d'aider à maintenir une activité sur un établissement de proximité tout en bénéficiant de l'expertise du centre de référence, elle permet aussi une économie de transport. Ne pourrait-on pas imaginer un déploiement de la télémédecine sur les hôpitaux de Trive, Landan et Grépel ? Il s'agirait en pratique d'équiper ces établissements de stations mobiles identiques à celles de Magenta, et d'organiser un système de consultations des patients porteurs de plaies qui seraient ainsi examinés à distance par le médecin spécialiste du CH de Saint Père.

2.6. Les possibles moyens de financement du réseau

Quant aux moyens de financement de ce réseau, les possibilités offertes par le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins), soit dans le cadre d'un CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens), ou d'une convention avec le CNG (Comité National de Gestion) du FIQCS, nous semblent intéressantes à explorer.

²⁵ Clôture du colloque anniversaire des ARS. Discours de Xavier Bertrand. 31 mars 2011

3. Evaluer les différents dispositifs du réseau

Chaque professionnel du réseau doit être impliqué dans ce processus d'évaluation, même si le recueil des données sera sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice du réseau. Elle devra également prévoir un retour de ces évaluations aux différents membres du réseau ainsi qu'aux autorités de tutelle.

3.1. Evaluation de la file active de patients

Cette évaluation a deux objectifs principaux :

- Recueillir une base épidémiologique qui nous permettrait un recensement quantitatif de la population (plaie chronique qui persiste au-delà de 30 jours) susceptible d'être concerné par le réseau, aussi bien en milieu hospitalier qu'en médecine de ville.
- Réaliser une analyse qualitative pour mieux cerner la nature des besoins.

Cette étude se ferait par le biais d'un questionnaire adressé en ville aux infirmières libérales de tout le territoire, et pour les hôpitaux à la DSSI de chaque établissement (cf. annexe 6).

3.2. Evaluation de l'activité du réseau

3.2.1. Evaluation de l'unité d'hospitalisation de Magenta

- Motif d'entrée, nature de la plaie, provenance et devenir du patient.
- Suivi constant de la DMS et du taux d'occupation des lits.
- Suivi ponctuel de la durée des soins (1 mois par an), pour rendre compte aux tutelles de l'adaptation du ratio infirmier.

3.2.2. Evaluation des consultations

- Suivi des activités sur l'ensemble du territoire, par intervenant, par site.

3.2.3. Evaluation de l'activité de l'équipe mobile

- Consultation hospitalière (nature de la demande et durée de consultations, réponse apportée)

- Consultation au domicile (nature de la demande et durée de consultations, réponse apportée).

3.3. Evaluation de l'activité en formation

Les questionnaires initiaux transmis lors de la phase d'évaluation de la file active de patients seront une base de recensement des professionnels infirmiers et de la nature des problèmes rencontrés, et par ce fait du besoin en formation. Un autre questionnaire remis aux médecins hospitaliers et de ville devrait permettre d'affiner la nature des besoins pour l'ensemble des professionnels de santé. L'analyse de ces questionnaires serait donc un des éléments constitutifs du plan de formation, à mener en collaboration avec le service de formation continue du CH de Magenta. Cette formation fera l'objet d'un suivi quantitatif du nombre de participants et de l'analyse qualitative à chaque fin de session.

Conclusion

Dans ce travail nous avons pu tout d'abord, en l'absence de données épidémiologiques précises, faire un état des lieux sur le territoire de ce que représente la problématique « plaies chroniques », et il s'avère que les données locales recueillies confirment l'importance de l'enjeu de santé publique.

La filière du CH de Magenta, créée grâce à une initiative médicale en 2006, a été soutenue par les autorités de tutelle, ce qui représente, à notre connaissance un cas unique en France. La mission confiée à cette filière concerne la prise en charge des plaies chroniques sur le territoire de santé. De façon assez naturelle la particularité du médecin spécialiste en chirurgie vasculaire s'est traduite vers une spécialisation de la filière vers les plaies artérielles. Aussi, par rapport à la définition de sa mission, la filière de Magenta ne couvre donc que partiellement la problématique plaies et cicatrisation. Sur le terrain, les attentes et les demandes des professionnels de santé sont aussi bien plus larges et deviennent plus pressantes. A partir de ce constat, nous pensons qu'il serait intéressant de mener une réflexion pour redéfinir le champ de compétence de la filière.

Dans la phase préliminaire de ce travail, nous nous sommes interrogés pour savoir en quoi l'offre de soins de Magenta apportait une réponse favorable par rapport à cette problématique ? En sachant que la réponse apportée, est, comme nous venons de le mentionner dans le paragraphe précédent, limitée de par ses indications. Il faut tout d'abord reconnaître, quelque soit la qualité de l'offre, qu'elle se situe dans une démarche innovante, en témoigne le fonctionnement maintenant consacré de la télémédecine et de l'équipe « plaies mobiles ». D'un point de vue organisationnel, la description du dispositif (consultations avancées, hospitalisation, sortie du patient précoce et suivi en ambulatoire), corrélée à une stratégie thérapeutique agressive en hospitalisation (« *on frappe vite et fort* ») vont dans le sens d'une forte volonté de gérer efficacement cette problématique. Dans le même ordre d'idée, les entretiens auprès des personnels de Magenta ont démontré que l'hospitalisation était évitée autant que possible, et n'était envisagée que dans certains cas précis (infection, douleur, charge de soins trop importante au domicile), quant à la sortie des patients elle est favorisée par l'utilisation de l'HAD, la coordination avec les équipes de ville et le suivi des patients en ambulatoire. Il est

aussi intéressant de se remémorer les commentaires du médecin spécialiste qui indique qu'il n'existe pas de remède miracle à cette pathologie, que la solution se trouve bien sûr dans le recadrage des thérapeutiques mais surtout que chacun aille dans la direction d'un objectif commun, en ce sens, l'expertise en DU « plaies et cicatrisation » de la presque totalité des infirmières est un atout important. Pour terminer sur cette thématique, et pour être le plus impartial possible, la filière souffre aussi de certains déficits qui, pour certains, peuvent être corrigés (manque de ressources humaines, limitation de l'intervention de l'équipe « plaies mobiles »), et pour d'autres pas (localisation du CH de Magenta, absence de bloc opératoire et de plateau technique pour l'appareillage) qui pourront être préjudiciables à la qualité du parcours et du confort pour le patient.

Nous avons pu mettre en évidence, lors de la phase exploratoire de ce travail, les problématiques, les demandes d'amélioration, les éléments favorables et défavorables à l'expression de la prise en compte des plaies chroniques sur le territoire de santé, et ainsi définir des préconisations. Nous souhaiterions revenir sur trois points. Le premier point concerne la place de l'infirmière dans le dispositif, en rappelant que le domaine des plaies chroniques, de part le positionnement de l'infirmière vis-à-vis du patient et du médecin, est sûrement l'un des secteurs privilégiés en termes de possibilité d'expertise et d'évolution de carrière. Le deuxième point concerne la mise en œuvre d'un réseau de santé qui doit permettre de réunir les différentes parties concernées, de décloisonner le parcours patient et de mutualiser les moyens. Ce réseau, avec la meilleure volonté du monde, ne pourra voir le jour qu'avec une forte mobilisation des parties intéressées, et elles sont nombreuses, autant en ville qu'en milieu hospitalier. Les professionnels de la filière de Magenta ont, depuis plusieurs années montré la voie à suivre, sans doute peuvent-ils être en partie une fois de plus moteur sur ce projet, en sachant que la dimension du réseau aura comme challenge de réunir des entités qui ne sont pas toujours convergentes ou qui n'ont pas été habituées à travailler ensemble, en cela, et à l'inverse de ce qu'a pu déclarer l'un des professionnels de santé « *Il faut que l'hôpital ait un œil sur la médecine de ville* », nous pensons que la constitution d'un réseau peut permettre de dépasser les clivages entre les différentes modalités de prise en charge des patients. Le troisième point sur lequel nous souhaitons revenir concerne la mise en place d'un centre de formation sur le CH de Magenta, ce projet

nous semble essentiel car, de par l'élaboration de son programme et l'identification des intervenants, il peut être tout d'abord l'un des éléments constitutifs du réseau que nous venons de discuter. Le bénéfice de la formation, en l'absence de véritable formation initiale, est évident en rendant plus compétent le soignant, favorisant ainsi la qualité de la prise en charge du patient. Nous avons évoqué aussi une dimension intéressante qui est de rendre plus autonome le soignant, mais sans doute n'avons-nous pas suffisamment insisté, à travers cette discipline, sur les effets attendus concernant le mieux vivre du patient. Enfin, et sans doute parce que nous nous sommes focalisés sur les modalités d'amélioration du traitement des plaies chroniques, nous avons peu discuté d'une dimension cruciale de la formation qui est celle de la prévention des troubles trophiques, dans la mesure où, on le sait, l'apparition de ces plaies est évitable dans bon nombre de cas.

Pour conclure nous souhaitons tout d'abord comme un peu en forme de remerciements saluer les équipes que nous avons pu rencontrer, qui se mobilisent fortement sur cette problématique ou certains peuvent se sentir démunis et se confiner au fatalisme de la plaie chronique. Enfin, et pour contribuer modestement à la mobilisation des forces vives dans ce domaine, nous souhaitons revenir aussi sur l'émotion que nous avons pu recevoir de ces quelques témoignages de patients, accompagnés par la filière de soins, exprimant leur soulagement de la douleur, sensation qu'ils n'avaient pas vécu depuis bien longtemps.

Sources et Bibliographie

Conférences

ANAES, Novembre 2001, « Prévention et traitement de l'escarre de l'adulte et du sujet âgé » [en ligne]. Conférence de consensus, [visité le 04 03 2011], disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>

Textes législatifs

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 23, chapitre III, art. L. 6133-1 à L. 6133-9.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 78, chapitre VI, télémédecine, art. L. 6316-1.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 118, chapitre I, art. L. 1435-4.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 41, chapitre III, art. L. 1435-3 et L. 6323-5.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 51, coopération entre professionnels de santé, art. L. 4011-1.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 22, éducation thérapeutique, art. L. 1161-1 à L. 1161-4.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures

de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9(3°) de ce même code.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, loi du 4 mars 2002, livre III : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires, télémédecine et autres services de santé, titre II : Autres services de santé, chapitre I : Réseaux de santé, art. L6321-1.

CODE DE LA SECURITE SOCIALE, loi n° 2004-806 du 9 A oût 2004 relative à la politique de santé publique.

Recommandations

AFFSAPS, HAS, Novembre 2006, « Traitement médicamenteux du diabète de type II » [en ligne]. Recommandations, [Visité le 04 03 2011], disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>

Ouvrages

JACQUOT J. M., PELISSIER J., FINELS H., STRUBEL D., 1999, « Epidémiologie et coût des escarres en gériatrie : Escarres de décubitus en médecine gériatrique ». Vol. 28, n°33, Masson, Paris, FRANCE, pp. 1854-1860.

Articles de périodique

AFRITE A., COM-RUELLE L., OR Z., RENAUD T., 2007, « L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation », Questions d'économie de la santé, n°119.

BOUTIN-MOSTEFA B. et al., 2010, « Prendre en charge différemment et dans sa globalité les plaies et les cicatrisations ». N°228, Objectif Lettre.

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, 2010. « Y a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital ». [En ligne]. La note de veille, n°181. [Visité le 04 03 2011], disponible sur internet : <http://www.strategie.gouv.fr>

DOMPMARTIN A., THIRION V., ZAGNOLI A., KERIHUEL JC., 2011, « Les ulcères de jambe « difficiles » en médecine ambulatoire et leur impact sur la qualité de vie des patients », l'enquête Trajectoire. Soins n°753, pp 29-34.

DREES, 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006 », [En ligne]. Etudes & Résultats, n° 697. [Visité le 26 03 2011], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr>

LEGER P., 2006, « Prise en charge des ulcères de jambe, l'expérience en Midi-Pyrénées ». [En ligne]. Soins, Vol 51, N° 702, pp. 41-43. [Visité le 26 03 2011], disponible sur internet : <http://www.em-consulte.com>

LEVY E., LEVY P., 2001, « Management of veinous leg ulcers by french physicians », Journal des Maladies Vasculaires, Vol 34, pp.39-44.

MEKKES JR., LOOTS MA., VAN DER WAL AC., BOS JD., 2003, « Causes, investigation and treatment of leg ulceration ». [En ligne]. Br J Dermatol; N°148 (3): pp 388-401. [Visité le 18 04 2011], disponible sur internet : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

RICHARD JL., SCHULDINER S., 2008, « Epidémiologie du pied diabétique ». Rev. Med Interne; N°29(Suppl 2): pp 222-S230. [En ligne]. [Visité le 18 04 2011], disponible sur internet: <http://linkinghub.elsevier.com>

RILEY R. et al., 1999. « Wound care centers : Cost, care, and strategie », Advances in Wound Care, Vol 12, pp 4-7.

SHOLAR A. et al., 2007, «The specialized wound care center : A 7 year experience at a tertiary care hospital». Annals of Plastic Surgery, Vol 58, N°3, pp 279-284.

VALOIS B., 2009, « Premiers résultats de l'enquête VULNUS – Une photographie des plaies en France ». [En ligne]. Le quotidien du médecin, N° 8581. [Visité le 18 04 2011], disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>

VERNET M. A., 2005, « Le coût total estimé de l'escarre en France ». [En ligne]. Extrait de profession pharmacien. [Visité le 18 04 2011], disponible sur internet : <http://www.sffpc.org>

Site internet

ASSURANCE MALADIE, 2007-2010, « Etude Entred, deuxième enquête nationale auprès des personnes diabétiques en France ». [En ligne]. [Visité le 18 04 2011], disponible sur internet: <http://www.invs.sante.fr>

INSEE, 2006, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », [En ligne]. Insee Première, n° 1089. [Visité le 26 03 2011], disponible sur internet : <http://www.insee.fr>

HOSPIMEDIA, les conditions de la réussite, mai 2005. [Visité le 31 05 2011], disponible sur internet : <http://www.insee.fr>

Rapport

MECSS (Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale), « Rapport », 2010. [En ligne], n°2556. [Visité le 26 03 2011], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr>

BERLAND Y., HENART L., CADET D., Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire, 2011. [En ligne]. [Visité le 31 05 2011], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr>

Discours

Clôture du colloque anniversaire des ARS. Discours de Xavier Bertrand. 31 mars 2011. [En ligne], [Visité le 31 05 2011], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr>

Annexes

Annexe 1 : Liste des professionnels de santé interrogés.

Annexe 2 : Grille d'entretien des professionnels de santé du territoire

Annexe 3 : Grille d'analyse des problèmes rencontrés et des demandes d'amélioration formulées par les professionnels du territoire de santé.

Annexe 4 : Grille d'analyse des avantages et des limites perçues par les professionnels du territoire sur la filière de soins du CH de Magenta.

Annexe 5 : Grille d'analyse des éléments favorables et défavorables décrits par les professionnels du territoire au développement de la filière de soins.

Annexe 6 : Questionnaire portant sur la nature des besoins des infirmières de ville et hospitalières pour la prise en charge des plaies.

Annexe 1 : Liste des professionnels interrogés

Code	Etablissement	Fonction
1M	CH Landan	Médecin interniste
2M	CH Saint Père	Dermatologue
3M	CH Grépel	Médecin interniste
4M	CH Trive	Médecin rééducateur
5M	CH Grépel	Gériatre
6M	CH Saint Père	Médecin rééducateur
7M	CH Saint Père	Diabétologue
8M	CH Trive	Médecin rééducateur
9M	CH Landan	Diabétologue
1 IDEL	Domicile	Infirmière libérale
2 IDEL	Domicile	Infirmière libérale
3 IDEL	Domicile	Infirmière libérale
4 IDEL	Domicile	Infirmière libérale
5 IDEL	Domicile	Infirmière libérale
6 IDEL	Domicile	Infirmière libérale
7 IDEL	Domicile	Infirmière libérale
8 IDEL	Domicile	Infirmière libérale
9 IDEL	Domicile	Infirmière libérale
10 IDEL	Domicile	Infirmière libérale
11 IDEL	Domicile	Infirmière libérale
1CDS	CH Landan	Cadre de santé, médecine interne
2CDS	CH Saint Père	Diabétologie
1IDE	CH Landan	Infirmière, médecine interne
2IDE	CH Landan	Infirmière, médecine interne
3IDE	CH Landan	Infirmière, moyen séjour
1S	CH Saint Père	Stomathérapeute
1DSSI	CH Saint Père	Directrice des soins
1SSIAD	Domicile	Coordinatrice
1DGM	CH Magenta	Directeur général
1MM	CH Magenta	Chir. vasculaire "plaies chroniques"
1CDS M	CH Magenta	Cadre de santé "plaies chroniques"
1 HADM	CH Magenta	Coordinatrice HAD
1IDEM	CH Magenta	Infirmière "plaies chroniques"
2IDEM	CH Magenta	Infirmière "plaies chroniques"
3IDEM	CH Magenta	Infirmière "plaies chroniques"
4IDEM	CH Magenta	Infirmière "plaies chroniques"
5IDEM	CH Magenta	Infirmière "plaies chroniques"
6IDEM	CH Magenta	Infirmière "plaies chroniques"
7IDEM	CH Magenta	Infirmière "plaies chroniques"

Annexe 2 : Grille d'entretien auprès des infirmières et des médecins (ville et hôpital) du territoire de santé.

1. Quelles indications prenez-vous en charge ? escarre ? ulcère ? Autre ? Qu'est ce que représente en % chaque indication?
2. Qu'est ce que représente en % la prise en charge des plaies chroniques dans votre activité globale?
3. Quelle est la durée moyenne de prise en charge des plaies chroniques dans votre activité? Bornes basses et bornes hautes.
4. Pouvez-vous préciser le nombre de patients souffrant de plaies chroniques que vous prenez en charge à l'année?
5. Quelles sont vos difficultés rencontrées lors de la prise en charge des plaies chroniques?
6. Qu'est ce qui pourrait être mis en œuvre afin d'améliorer la prise en charge des plaies chroniques ?
7. Existe-t-il une organisation spécifique de prise en charge des plaies chroniques sur votre établissement ? si oui comment fonctionne-t-elle ? si non pensez vous qu'elle apporterait un bénéfice, et lequel?
8. Il existe une filière spécifique au CH de Magenta dédiée à la prise en charge des plaies chroniques. La connaissez-vous ? L'utilisez-vous ? Qu'en pensez-vous ?
9. Quels cas seraient les mieux indiquées pour cette filière ? Combien d'indications à l'année en termes de potentiel ?
10. Pourriez vous envisager de solliciter le CH de Magenta pour l'hospitalisation de certains de vos patients ? Si oui lesquels ?
11. Avez-vous reçu une formation initiale en plaies et cicatrisation ? La réalisation d'un programme spécifique de formation en plaies et cicatrisation vous paraît-il nécessaire? A qui doit s'adresser ce programme ? Qui doit le réaliser ? Comment ?

**Annexe 3 : Grille d'entretien des problèmes rencontrés et des demandes
d'amélioration sur le territoire de santé pour la prise en charge des plaies
chroniques**

1) Problèmes rencontrés

Code Soignant	Commentaires	Catégories
1M	Rémunération de l'infirmière de ville insuffisante Respect de la contention par les patients	Filière de soins/Soins de ville Filière de soins/Education
2M	Organisation du retour à domicile, pas de suivi efficace des plaies en ambulatoire	Filière de soins/Ville hôpital
3M	Observance des traitements prescrits à l'hôpital et faits à domicile par les infirmières libérales L'adhésion au traitement par le patient La douleur pour les plaies artérielles	Filière de soins/Ville hôpital Filière de soins/Education Filière de soins/Formation
4M	La durée moyenne de séjour, la longueur de la cicatrisation Limite de la qualité des soins faits en ville, obligé de garder le patient en hospitalisation Limite de la cotation des pansements pour le domicile lorsqu'on a des plaies très exsudatives ou cela demanderait deux passages par jour	Filière de soins/Organisation Filière de soins/ Ville hôpital Filière de soins/Soins de ville
5M	Surcharge de durée de soins pour les infirmières hospitalières L'absence de formation en plaies et cicatrisation	Filière de soins/Organisation Filière de soins/Formation
6M	Difficulté de coordination ente la ville et l'hôpital Absence d'équipe mobile au niveau du territoire On laisse sortir des gens dont la cicatrisation n'est pas encore acquise, la DMS est trop courte pour traiter efficacement ces patients L'aspect chronophage de la prise en charge de ces patients	Filière de soins/Ville hôpital Filière de soins/Hôpital territoire Filière de soins/Organisation Filière de soins/Organisation
7M	Aucune difficulté rencontrée	/
8M	La durée des soins surtout pour les infirmières	Filière de soins/Organisation
9M	Le respect des ordonnances hospitalières au domicile	Filière de soins/Ville hôpital
1CDS	Pas d'avis spécialisé ni filière spécifique qui prenne en charge les plaies des patients, chacun fait un peu ce qu'il veut Problème de l'information sur les produits	Filière de soins/compétence Filière de soins/Formation
2CDS	La durée des soins pour les infirmières par moment Organisation, rapport avec la médecine de ville, surtout les infirmières libérales	Filière de soins/Organisation Filière de soins/Ville hôpital
1IDE	Problème des fiches de pansements	Filière de soins/Formation

2IDE	Quoi mettre dessus, parce qu'il y a des choses différentes La douleur pour les ulcères	Filière de soins/Formation Filière de soins/Compétence
3IDE	Trouver le bon protocole pour traiter la plaie	Filière de soins/Formation
1S	Limitation dans le statut de stomathérapeute par rapport au médecin Les plaies parfois nécessitent une prise en charge médicale voire chirurgicale	Filière de soins/Compétence Filière de soins/Compétence
1DSSI	Savoir quel pansement pour quel stade, connaître les stades, comment réaliser la détersion, la fréquence des pansements	Filière de soins/Formation
1IDEL	Chacun fait sa tambouille Faire accepter la contention pour le patient	Filière de soins/Formation Filière de soins/Education
2IDEL	Prescription au domicile pas assez précise Isolement par rapport à l'abandon du chirurgien hospitalier avec le patient au domicile	Filière de soins/Formation Filière de soins/Ville hôpital
3IDEL	Pas de prescription adaptée par rapport au pansement	Filière de soins/Formation
4IDEL	Dire au malade que ça dure longtemps Le plus dur c'est la douleur	Filière de soins/Education Filière de soins/Compétence
5IDEL	Durée du traitement	Filière de soins/Ville hôpital
6IDEL	Pour la douleur, obligation de passer deux fois, pas de tarification adaptée.	Filière de soins/Soins de ville
7IDEL	Ordonnance, le matériel: le set de pansements.	Filière de soins/Ville hôpital
8IDEL	Cohérence de la prescription, adaptation des produits. Pas de formation du médecin traitant Difficulté d'acceptation par rapport au bas de contention	Filière de soins/Formation Filière de soins/Formation Filière de soins/Education
9IDEL	Mauvaise prise en charge par le médecin traitant, ça traîne en longueur, c'est donc un problème de filière de soins.	Filière de soins/Ville hôpital
10IDEL	La douleur en premier lieu Problème de tarification car on n'est pas payé si on passe une heure avant le pansement Limite des produits disponibles au domicile ainsi qu'une limite des possibilités de paiement des patients, avec un risque de transfert du patient à l'hôpital	Filière de soins/Compétence Filière de soins/Soins de ville Filière de soins/Soins de ville
11IDEL	Communication hôpital/ville	Filière de soins/Ville hôpital
1 ML	Absence de protocole standard pour la prise en charge des plaies en ville, tout le monde fait un peu sa sauce Problème d'éducation du patient Manque de formation des infirmières Fatalité par rapport à la chronicisation des plaies Manque de coordination entre les différents intervenants, pas d'esprit d'équipe. Risque de récurrence des plaies si elles ne sont	Filière des soins/Ville hôpital Filière des soins/Education Filière de soins/Formation Filière de soins/Formation Filière de soins/Ville hôpital Filière de soins/Compétence

	pas refermées à l'hôpital	
2ML	Les infirmières libérales bidouillent Les infirmières libérales n'acceptent pas forcément l'expertise de Magenta Absence de mesure d'asepsie au domicile par les infirmières libérales Réticence des patients à accepter la filière de soins Non compliance de certains patients Si les plaies ne sont pas refermées à l'hôpital, il y a à 100% de rechute au domicile Rémunération insuffisante des infirmières libérales	Filière des soins/Formation Filière de soins/Compétence Filière de soins/Formation Filière de soins/Education Filière de soins/Education Filière de soins/Compétence Filière de soins/Soins de ville

2) Demandes d'amélioration

1M	Que les infirmières de ville soient mieux rémunérées pour passer le temps nécessaire auprès du patient	Filière de soins/Soins de ville
2M	La mise en place d'une équipe mobile de plaies sur l'hôpital	Filière de soins/Compétence
3M	Former les infirmières de ville à une prise en charge des plaies	Filière de soins/Formation
4M	Former les infirmières de ville à une prise en charge des plaies	Filière de soins/Formation
5M	Formation aussi bien pour les médecins que pour les infirmières	Filière de soins/Formation
6M	Coordination ville hôpital Création d'une unité de plaies mobiles sur le territoire de santé	Filière de soins/Ville hôpital Filière de soins/Ville hôpital
7M	Le suivi des patients et la cotation de ce suivi	Filière de soins/ Ville Hôpital
8M	Une vacation d'un médecin spécialiste en plaies complexes pour l'établissement	Filière de soins/Compétence
1CDS	Avoir un groupe de travail spécifique sur la plaie. Travailler avec le CH de Magenta pour avoir un avis adapté Travail à faire en interne pour diminuer ces hospitalisations	Filière de soins/Compétence Filière de soins/Compétence Filière de soins/Compétence
2CDS	Simplification dans le cas du recours à l'HAD	Filière de soins/Ville Hôpital
1IDE	La feuille de pansement Certaines formations devraient revenir régulièrement	Filière de soins/Formation Filière de soins/Formation
2IDE	Une formation. Non mais c'est vrai il y a gros vide, on sort de l'école sans avoir reçu de formation	Filière de soins/Formation
3IDE	Le suivi au domicile, une équipe mobile au domicile Des fois on est en difficulté avec certaines	Filière de soins/Ville hôpital Filière de soins/Compétence

	plaies qui n'évoluent pas, ce n'est pas évident s'il y avait quelqu'un de plus spécialisé	
1S	Former les gens, c'est surtout ça, former, former, former, et puis il y a un tel turnover au niveau des équipes. Avoir le temps de prendre en charge les plaies notamment pour les détersions S'ouvrir sur l'extérieur par rapport à la formation	Filière de soins/Formation Filière de soins/Formation Filière de soins/Formation
1DSSI	La médecine de ville, il reste un gros travail à faire sur le sujet. Il y a tout un travail sur la sortie du patient, la dénutrition, quel pansement choisir	Filière de soins/Ville hôpital
1IDEL	Tout va bien, suivi fait avec le médecin traitant	/
2IDEL	Faire connaître la filière de plaies chroniques du CH de Magenta	Filière de soins/Ville hôpital
3IDEL	La formation sur l'évaluation des plaies, l'utilisation des produits	Filière de soins/Formation
4IDEL	Formation gratuite et indemnisée	Filière de soins/Formation
5IDEL	Meilleure tarification par rapport à la cotation des pansements au domicile	Filière de soins/Soins de ville
6IDEL	Infirmière bien formée Faire appel à des spécialistes quand il le faut	Filière de soins/Formation Filière de soins/Compétence
7IDEL	Bien informer les médecins traitants	Filière de soins/Soins de ville
8IDEL	Meilleure compréhension entre le travail de ville et l'hôpital	Filière de soins/Ville hôpital
9IDEL	Amélioration des protocoles de traitement Personnes ressources disponibles sur l'hôpital	Filière de soins/Compétence Filière de soins/Compétence
10IDEL	Respect du contexte local pour les patients au domicile	Filière de soins/Soins de ville
11IDEL	Protocole de sortie Le temps de se rencontrer	Filière de soins/Ville hôpital Filière de soins/Formation
1ML	Coordination entre l'hôpital et la ville Demande d'un protocole standard pour la ville	Filière de soins/Ville hôpital Filière de soins/ Ville hôpital
2ML	Formation des infirmiers et médecins libéraux	Filière de soins/Formation

Annexe 4 : Grille d'analyse des avantages et des limites de la filière du CH de Magenta

Code soignant	Avantages perçus relatifs à la filière du CH de Magenta	Catégories
4M	Magenta prend rapidement Même les infirmières peuvent s'en occuper	Organisation Compétence
6M	Reconnait l'intérêt évident de la filière du CH de Magenta (plaies mobiles)	Compétence
8M	Le service « plaies mobiles » de Magenta peut intervenir sur l'établissement Indication d'impasse thérapeutique et plutôt sur les ulcères	Organisation Compétence
9M	Le peu que j'ai utilisé, ça c'est bien passé	Compétence
1IDEL	Bonne complémentarité entre les différents professionnels de santé en libéral et de l'hôpital sur le secteur de Magenta	Organisation
2IDEL	Tout le monde se complète, on n'est pas toute seule	Compétence
3IDEL	Bon appui	Compétence
5IDEL	Utilise un peu, satisfaction ++	Compétence
6IDEL	Oui ils sont là s'il y a besoin tout se passe très bien	Compétence
7IDEL	Les infirmières de l'hôpital se déplacent au domicile. Quand on est soucieux en à une réponse de «Plaies mobiles»	Organisation
8IDEL	Les médecins traitants envoient des patients lorsqu'ils sont en difficulté de cicatrisation.	Compétence
9IDEL	Oui, un partenariat important, pour éviter la stagnation de l'activité en libérale	Compétence
10IDEL	La prise en charge par la filière de soins est correcte Organisation HAD réseaux ville hôpital.	Compétence Organisation
11IDEL	Oui, échange médecins et paramédicaux. HAD++	Organisation
1ML	Ils ont du matériel que l'on n'a pas au domicile (VAC) et que n'ont pas tous les établissements de santé Intérêt des communications par mail pour le suivi des patients	Compétence Organisation
2ML	Une très bonne interrelation entre l'équipe soignante de Magenta, l'équipe mobile et les infirmières libérales Envoi par mail pour le suivi des patients, une très bonne coopération	Organisation
1SSIAD	Déplacement de l'équipe de Magenta et non pas du patient (personnes âgées) On a réussi à cicatriser des patients Magenta permet d'être mieux formé à la prise en charge des plaies Evite l'isolement de l'infirmière libérale avec le patient	Organisation Efficacité Compétence Compétence
1DGM	Prise en charge actée des plaies artérielles sur Magenta Infirmières spécialisées à Magenta Taux d'occupation des lits est de 85 à 95% au CH de Magenta	Compétence Compétence Efficacité
1MM	Une prise en charge globale (suppression des traitements agressifs bilan étiologique, nutrition, traitement de la douleur, soins locaux, protocole clair pour les infirmières libérales) Pour le patient c'est mieux, car il profite de la filière de soin Entre 15 jours et 3 semaines d'hospitalisation en moyenne	Compétence Efficacité

1CDS M	<p>Le taux d'occupation des lits varie de 80 à 90 %</p> <p>Il existe une gradation de la prise en charge avec une hospitalisation en dernier recours, grâce aux consultations et « plaies mobiles » : les gens viennent, ils sont en transport, ça permet de garder des personnes pendant des semaines voire des mois dans leur lieu de vie</p> <p>Evite aussi les hospitalisations directement par les urgences</p> <p>Nous disposons de thérapeutiques innovantes (TPN), de détersion au bloc opératoire</p> <p>De nombreuses infirmières ont le DU plaies et cicatrisations</p> <p>Formation commune à tout le personnel, tout le monde joue la même partition</p> <p>L'idée ce n'est pas d'avoir des techniques révolutionnaires mais c'est d'appliquer tous ensemble les mêmes recettes et aussi d'avoir une logique d'arbres décisionnels</p>	<p>Efficacité</p> <p>Organisation</p> <p>Efficacité</p> <p>Compétence</p> <p>Compétence</p> <p>Compétence</p> <p>Compétence</p>
1IDEM	<p>Traite principalement les ulcères</p> <p>Motivation et intérêt des consultations et de « plaies mobiles »</p> <p>Critères d'hospitalisation bien définis</p>	<p>Compétence</p> <p>Efficacité</p> <p>Efficacité</p>
2IDEM	<p>Ulcère : 90% de l'activité</p> <p>Filière plaie chronique limite la durée d'hospitalisation</p> <p>Critères d'hospitalisation bien définis</p>	<p>Compétence</p> <p>Efficacité</p> <p>Efficacité</p>
3IDEM	<p>Plaies artérielles majoritaires</p> <p>Critères d'hospitalisation bien définis</p>	<p>Compétence</p> <p>Efficacité</p>
4IDEM	<p>Plutôt les plaies artérielles</p> <p>Critères d'hospitalisation bien définis</p>	<p>Compétence</p> <p>Efficacité</p>
5IDEM	<p>Plaies artérielles majoritaires</p> <p>La filière fonctionne bien</p> <p>Critères d'hospitalisation bien définis</p>	<p>Compétence</p> <p>Efficacité</p> <p>Efficacité</p>
6IDEM	<p>Au niveau « plaies mobiles » ça fonctionne bien</p> <p>Elargissement du recrutement sur le territoire de santé</p> <p>Critères d'hospitalisation bien définis</p>	<p>Efficacité</p> <p>Compétence</p> <p>Efficacité</p>
7IDEM	<p>Ulcère principalement</p> <p>Critères d'hospitalisation bien définis</p>	<p>Compétence</p> <p>Efficacité</p>
1 HAD	<p>Favorise la sortie du patient du service de soins, d'où réduction de la durée de séjour</p> <p>Suivi des patients de façon hebdomadaire par les consultations ou l'équipe « plaies mobiles »</p>	<p>Organisation</p> <p>Organisation</p>

Code soignant	Limites perçues relatives à la filière du CH de Magenta	Catégories
3M	Manque d'information sur la filière du CH de Magenta Limite de la couverture médicale sur le CH de Magenta	Communication Ressources humaines
4M	Présence médicale insuffisante sur le CH de Magenta	Ressources humaines
5M	Ne connaît pas la filière de Magenta	Communication
6M	Plateau technique (pour appareillage) non disponible sur Magenta	Plateau technique
8M	Problème de couverture médicale sur le CH de Magenta Surcote possible du service « plaies mobiles » du CH de Magenta (véhicule, personnel/nombre de visites, etc.)	Ressources humaines Economie
1CDS	Limite du plateau chirurgical de Magenta	Plateau technique
1IDE	Ne connaît pas la filière du CH de Magenta Avoir les équipements nécessaires pour être centre d'expertise	Communication Plateau technique
2IDE	Ne connaît pas la filière de Magenta	Communication
2IDEL	Le service de plaies et cicatrisation ne se fait pas assez connaître.	Communication
8IDEL	Difficultés de gérer les plannings dans la mesure où on a des prescriptions de sortie que pour une semaine	Organisation
1ML	Il y a des efforts à faire au niveau de la coordination et de la reconnaissance de la filière de Magenta Manque un traitement standard pour la prise en charge des plaies Disponibilité insuffisante du médecin spécialiste Il faudrait que Magenta puisse refermer les plaies, sinon risque de récurrence.	Communication Efficacité Ressources humaines Efficacité
2ML	En milieu hospitalier, nécessité de refermer les plaies vasculaires à cause du risque de récurrence au domicile	Efficacité
1DGM	Disponibilité insuffisante du médecin spécialiste Nécessite une négociation de la tarification auprès des autorités de tutelle en fonction de la charge de soins	Ressources humaines Charge de soins
1MM	Manque de suivi médical en continu	Ressources humaines
1CDS M	Limite des 10 lits de prise en charge Charge de soins, de 2 à 4 fois plus qu'en temps normal dans un service SSR Insuffisance de la couverture médicale, qui cause du retard dans le suivi et augmente la durée de séjour Limite de l'équipe mobile qui ne peut se déplacer à + de 30 mn du CH de Magenta Manque un partenariat avec un nutritionniste	Organisation Charge de soins Ressources humaines Organisation Efficacité
1IDEM	Charge de travail Couverture médicale insuffisante	Charge de soins Ressources humaines
2IDEM	Charge de travail Couverture médicale insuffisante Pas d'appareillage pour les patients Limitation à la plaie artérielle	Charge de soins Ressources humaines Plateau technique Indication
3IDEM	Charge de soins	Charge de soins

4IDEM	Charge de soins Couverture médicale insuffisante Difficulté à maintenir le centre de référence	Charge de soins Ressources humaines Efficacité
5IDEM	Couverture médicale insuffisante Absence de protocole Pas assez de place en consultation	Ressources humaines Efficacité Organisation
6IDEM	70% d'ulcères mais 50% veineux et 50% artériels Charge de soins Couverture médicale insuffisante	Indication Charge de soins Ressources humaines
7IDEM	Ulcères mais 50% veineux et 50% artériels Couverture médicale insuffisante Charge de soins Suractivité au niveau des consultations	Indication Ressource humaine Charge de soins Organisation

Annexe 5 : Eléments favorables et défavorables au développement de la filière de soins sur le territoire de santé

Code soignant	Eléments favorables au développement de la filière	Catégories
1M	Réseau déjà existant sur le CH : dermatologue de ville sollicité dans le cas des problèmes de cicatrisation	Organisation
2M	Connait la spécificité du CH de Magenta en termes de prise en charge des plaies artérielles. Les patients artéritiques du CH de Saint Père sont transférés vers le CH de Magenta	Partenariat
3M	Quelques indications possibles en termes de transfert sur le CH de Magenta Il faut vraiment une structure adaptée qui puisse prendre en charge le patient	Partenariat
4M	Quand il y a des choses qui nous dépassent, on a la possibilité de voir ça avec les gens de Magenta Oui, je l'utilise, on travaille mutuellement	Partenariat
5M	Consultations plaies et cicatrisation du Docteur Rousselet sur l'établissement J'envisage de transférer des patients pour leur permettre de bénéficier de thérapeutiques efficaces qui sont disponibles sur le CH de Magenta (ex. thérapie par pression négative) Pas de problème de domiciliation : Oui, même les problèmes de domiciliation ne sont pas un souci, on transfert bien des patients sur Saint Père	Organisation Partenariat
6M	Il existe une commission « plaie escarre » qui participe à l'harmonisation des pratiques sur le CH Au sujet d'une équipe mobile : Les médecins de ville sont soulagés parce que c'est plus efficace. C'est une évidence que c'est la façon de fonctionner de demain, c'est une évidence dans le ça coûte moins cher, vous voyez le prix d'une journée d'hospitalisation, mettez une équipe en ville au même prix, c'est plus efficace et les gens restent chez eux Pour éviter que l'hôpital ne soit embolisé par les gens de la ville il faut qu'il y ait des yeux hospitaliers en ville	Organisation
7M	Réseau informel existant : Partenariat avec le service de dermatologie et de chirurgie vasculaire	Organisation
8M	Travaille déjà avec le CH de Magenta sur les problèmes vasculaires Avoir Mme Morgane qui est professionnelle là-dedans, pour nous, c'est vraiment un plus, et en plus cela participe à une politique du territoire que l'on est localement une référence régionale ou plutôt territoriale à qui se confier	Partenariat
9M	Fonctionne et accepte la filière de Magenta : Quand ça devient chronique on les envoie sur Magenta	Partenariat
1CDS	Avis dermatologue sur le CH Connait la filière de Magenta pour la prise en charge des patients artéritiques	Organisation Partenariat
DSSI	Il existe une convention sur la formation en plaies et cicatrisations entre le CH de Saint Père, Le CH de Magenta et le CH de Trive,	Organisation

1S	Il y a des ponts qui se font Je sais comment se passe l'activité de Magenta, la télémédecine On a déjà des patients qui sont suivis ici et qui vont partir sur Magenta	Partenariat
1SSIAD	le patient voit qu'il y a une prise en charge pluridisciplinaire	Partenariat
1DGM	Partenariat formalisé avec le CH de Saint Père et le CH de Landan (groupement de coopération sanitaire)	Organisation
1MM	Recrutement des patients sur le territoire de santé, partagé avec Saint Père suivant la domiciliation des patients Répond à un vrai besoin de santé publique sur le territoire (solicitation des confrères de ville notamment dans le cas de situations complexes)	Organisation Partenariat
1CDS M	Elargissement des recrutements sur le territoire de santé hors du secteur de Magenta Elargissement des indications aux plaies complexes et difficiles : Notre objectif c'est de répondre à un besoin, On se voit mal refuser une catégorie si on a une demande explicite Synergie avec Saint Père sur les protocoles : prise en charge des escarres, nutrition	Partenariat
1 HAD	Pas de limitation de lits pour le service HAD Suivi en libéral plus important, « C'est aussi un soutien car elles ne sont pas toutes seules à gérer des situations complexes»	Organisation

Code soignant	Éléments défavorables au développement de la filière	Catégories
1M	Indications peu fréquentes Pas d'indication pour Magenta Fonctionne de façon autonome	Indication Organisation
2M	Pas d'indication à transférer car ne recrute pas de plaies artérielles Pas d'organisation spécifique de prise en soins des plaies sur le CH	Indication Organisation
3M	Pas d'organisation spécifique sur le CH Éloignement du CH de Magenta Transférerait toutes indications confondues Les patients artéritiques sont suivis par un autre chirurgien que le Dr Morgane Groupe escarre mais pas de groupe plaies sur l'établissement Pas d'infirmières formées en plaies et cicatrisations	Organisation Localisation Indication Organisation Organisation Formation
4M	Il existe une filière gériatrique mais il n'y a pas d'organisation spécifique à la prise en soins des plaies chroniques sur l'établissement Souhaiterait élargir les indications aux plaies non artérielles Peu d'indications	Organisation Indication
5M	Pas d'organisation spécifique sur le CH (pas de lits dédiés, pas d'équipe mobile), souhaiterait bénéficier d'une équipe mobile Traite principalement les escarres, peu d'indications	Organisation Indication
6M	Eloignement du CH de Magenta par rapport à la domiciliation du patient	Localisation
7M	Limite de domiciliation : Ne transférerait des patients que s'ils habitent sur Magenta avec un diabète bien équilibré	Localisation
8M	Souhaiterait une vacation du Dr Morgane car difficulté de faire se déplacer les patients âgés sur Magenta	Localisation
9M	Peu d'indications pour Magenta	Indication
1CDS	Pas d'organisation spécifique Groupe de travail mais uniquement sur les escarres	Organisation Organisation
1DSSI	La dernière étude sur les plaies (escarre) date de 2005	Indication
1IDE	Pas d'organisation spécifique sur le CH	Organisation
3IDE	Pas d'avis spécialisé sur le CH	Compétence
1S	Il n'y a pas forcément de référent Pas de réseau sur l'établissement	Compétence Organisation
1SSIAD	Le médecin traitant à tendance à faire lui-même Le savoir est chez les infirmières, le pouvoir est chez les médecins Réticence du médecin traitant à accepter une expertise extérieure surtout si ce sont des infirmières Pas de possibilité de prescription de la part des infirmières qui ont le DU plaies et cicatrisations	Compétence Compétence Compétence
1DGM	Pas de réseau de santé sur le territoire	Organisation
1MM	Résistance des médecins traitants et des infirmières libérales Limitation du temps consacré aux plaies chroniques car statut	Compétence Organisation

	de chirurgien vasculaire et nécessité de « remplir son contrat » en termes d'acte de chirurgie	
1CDS M	Frein des professionnels du territoire d'accepter une expertise par un autre centre (notion de libre arbitre) Fatalisme des soignants au domicile par rapport à la problématique plaies chroniques : Une plaie chronique c'est une plaie chronique, on l'a toujours	Compétence Compétence
1 HAD	Difficulté de changer la mentalité des infirmières libérales (traçabilité, qualité des soins, respect des protocoles) Si on était un peu plus raisonnable et si on associait les deux, c'est sur, on pourrait multiplier les sorties des patients Les SSIAD ne font que des prises en charge légères et n'assurent pas la prise en charge de ce type de patients, et les infirmières libérales ne font plus de toilettes. Problème avec les médecins traitants qui ne connaissent pas les plaies	Compétence Organisation Compétence

Annexe 6 : Questionnaire portant sur la nature des besoins des infirmières de ville et hospitalières pour la prise en charge des plaies

L'objectif de ce questionnaire est de recueillir des données les plus exhaustives possibles, aussi il est demandé que chaque questionnaire soit complété collectivement par l'ensemble des personnels infirmiers que ce soit en services de soins hospitaliers ou en cabinets de ville.

Structure : Centre hospitalier Cabinet de ville Autre Précisez :

Nom : Fonction..... Service :

Adresse : Nombre d'infirmières :

- Type d'indication : Plaie post opératoire % par rapport à l'ensemble des plaies
Plaie chronique..........% par rapport à l'ensemble des plaies
↳ Escarre % Ulcère % Pied diabétique %
 - Qu'est ce que représente la prise en charge des plaies dans votre activité globale ?.....%
 - Quelle est la durée moyenne de réalisation d'un pansement ?
Plaie aigue post opératoire :mn Plaie chronique :mn
 - En moyenne, combien de pansements réalisés vous par jour ?.....
 - Quelle est la périodicité moyenne de renouvellement des pansements ?
Plaie aigue postopératoire : Tous les jours Tous les deux jours Autre Précisez.....
Plaie chronique : Tous les jours Tous les deux jours Autre Précisez.....
-

Quels sont les problèmes que vous rencontrez lors de la prise en charge des plaies ?

Evaluation de la plaie Evaluation de la douleur Traitement de la douleur
Prescription Matériel de soins Pansement Réalisation du soin Durée du soin
Veillez préciser la nature de vos problématiques :

.....
.....

- Quelles sont vos attentes par rapport au réseau « plaies et cicatrisations » ?
Bénéficiaire d'une expertise sur site Organisation et coordination de la prise en charge
Formation *Dans ce cas veuillez préciser vos attentes en termes de formation :*
-
.....
.....
.....
Autres attentes *Dans ce cas veuillez préciser la nature de vos attentes*.....
.....
.....

→ Titre :

Une filière spécialisée « plaies chroniques » pour l'accompagnement des patients sur le territoire de santé, quel intérêt de santé publique?

→ Résumé :

Depuis la fermeture en 2002 de son bloc opératoire et de sa maternité, le CH de proximité de Magenta a dû développer de nouvelles activités. Dans cette optique, une filière de prise en charge des plaies chroniques a été créée en 2006.

Dans notre étude, nous nous attacherons tout d'abord à évoquer la maladie, resituer le contexte de santé publique, décrire et comparer les différentes organisations de prise en charge des plaies chroniques.

Ensuite, à partir d'une méthodologie basée sur la réalisation d'entretiens, nous mesurerons l'importance de la maladie sur le territoire, identifierons les problématiques et les demandes d'amélioration, évaluerons les avantages et les limites de la filière du CH de Magenta, et enfin nous apprécierons en quoi les conditions sont favorables ou défavorables à son développement.

A partir de cette analyse, nous mettrons en évidence certains éléments qui nous amèneront à réfléchir sur les possibilités d'évolution de cette filière de soins, et ainsi, de proposer des préconisations.

→ Mots-clefs :

FILIERE, PLAIES CHRONIQUES, CICATRISATION, TERRITOIRE DE SANTE, FORMATION, RESEAU, EVALUATION