

**COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE**  
***Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole***

**SYNTHESE PC\_074**

**Prise en charge pluri professionnelle des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique par un(e) IDE en lieu et place d'un médecin**

**LE MODELE TYPE DE PROTOCOLE DE COOPERATION COMPREND DEUX PARTIES :**

- FICHE PROJET**
- TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »**

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### Introduction

Actuellement, en France, la plupart des patients porteurs de plaies chroniques sont suivis à domicile par l'infirmière et le médecin référent. Lorsque cette plaie est trop complexe, les patients sont souvent hospitalisés pour une longue durée ce qui n'est plus médicalement et surtout économiquement réalisable. Nous proposons, dans ce modèle de coopération entre professionnels de santé, une réorganisation de la prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques avec la création d'une consultation spécialisée multidisciplinaire ambulatoire dans un centre de cicatrisation et un transfert d'activités et d'actes du médecin à l'infirmière. En effet l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients<sup>1</sup>

Les plaies, qu'elles soient d'origine vasculaire, neuropathique, mixte, liées à un diabète ou non, relèvent d'une prise en charge multidisciplinaire et de longue durée. Cette pathologie est récidivante, invalidante, extrêmement coûteuse et reste de très mauvais pronostic<sup>2</sup>. Les plaies du pied concernent 20 à 25 % des diabétiques au cours de leur vie<sup>3</sup> et plus de 70% des plaies guéries vont récidiver dans les 5 ans<sup>4</sup>. Il y a en France 40 000 nouveaux cas de plaies par an et cela ne fait qu'augmenter du fait du vieillissement de la population et de l'épidémie que représente le diabète. On compte chez le diabétique 8500 amputations par an environ, l'ulcération du pied précède 85% des amputations<sup>5</sup>, les lésions du pied concernent 10 à 20 % des motifs d'hospitalisation avec une durée moyenne de séjour de 18,1 jours en France<sup>6</sup>. Les ulcères vasculaires (veineux, artériels ou micro circulatoires) touchent entre 1 à 2 % de la population.

Une étude française récente<sup>7</sup> retrouve que 43.4% des plaies des membres inférieurs présentent le jour de l'étude existent depuis plus de six semaines et sont donc qualifiées de plaies chroniques. Pour les ulcères de jambe, la médiane de durée était 180 jours de la plaie ; pour les lésions du pied diabétique, 105 jours. Chez 26% des patients vus par une infirmière, un avis médical était considéré comme nécessaire et dans 8% des cas en urgence.

En France, la durée de cicatrisation des ulcères veineux ou mixtes est estimée en moyenne à 210 jours. Avec une dispersion forte (médiane 95 jours). 75% se cicatrisent en moins de 35 semaines.<sup>8</sup>

Les plaies chroniques sont un enjeu sanitaire mais aussi économique, car le coût de prise en charge s'élève à 272 M€ pour ulcères veineux ou mixtes en 2011 uniquement en soins de ville (soins de médecins, d'auxiliaires, produits de la LPP, médicaments) sans compter les hospitalisations et les transports. Les postes de dépenses les plus importants sont les pansements et les compresses (90M€), les soins infirmiers (115 M€), les

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

médicaments, antibiotiques et antalgiques (30M€)<sup>8</sup>. Ce coût est très souvent sous estimé car en France, les ulcères de jambe constituent un motif fréquent d'hospitalisation dont la durée de séjour est importante<sup>9</sup>.

Dans ce contexte plusieurs pays ont mis en place des structures spécialisées multidisciplinaires pour améliorer la prise en charge de ces patients complexes (centres experts en Allemagne, cliniques spécialisées sur les ulcères veineux au Royaume-Uni). L'existence de structure spécialisée dans la prise en charge des troubles trophiques, de concert avec la mise en place d'un suivi multidisciplinaire ont permis de réduire sensiblement les durées de cicatrisation et le taux de récurrence des ulcères et des escarres par rapport à une prise en charge conventionnelle<sup>8</sup>. De plus, ces programmes, grâce à un parcours de soins coordonnés, permettent une amélioration de la qualité de vie des patients en contribuant d'une part à la prévention des troubles trophiques et d'autre part à une prise en charge précoce du patient, limitant ainsi les conséquences du retard dans le traitement de cette affection<sup>10,11,12,13</sup>. Ces programmes permettent de réduire la consommation de ressources dont le recours à l'hospitalisation ou en HAD ainsi que les passages aux urgences tout en diminuant les coûts associés à la prise en charge de l'ulcère. Ainsi, ces programmes se justifient non seulement sur le plan clinique mais également en termes d'impact financier dans un système qui aujourd'hui vise la réduction des coûts et l'amélioration de la qualité.

Concernant les ulcères de jambes, de nombreuses études ont prouvé une réduction de la durée de cicatrisation et des coûts associés en cas de suivi par une équipe spécialisée<sup>12,14,15,16,17</sup>. De nombreuses études ont montré que la prise en charge multidisciplinaire des patients diabétiques souffrant de plaies réduit significativement l'apparition d'ulcérations chez les patients à risque, réduit le taux d'amputation d'au moins 70%, réduit la durée pour obtenir une cicatrisation complète, réduit le taux de récurrence (en s'appuyant notamment sur l'éducation des patients), réduit l'incidence des hospitalisations, réduit la durée des hospitalisations en permettant plus rapidement une prise en charge ambulatoire, limite les contraintes pour le patient et réduit les dépenses directes (Soins, hospitalisation et durée) et indirects (Arrêt de travail, handicaps)<sup>3</sup>. La HAS recommande qu'un patient présentant une plaie soit vu dans par une équipe multidisciplinaire, coordonnée par un médecin, dans un délai inférieur à 48 heures<sup>18</sup>. Or en France ces structures sont peu nombreuses et cette recommandation ne peut pas être appliquée.

Dans les recommandations internationales<sup>19</sup>, un modèle de prise en charge optimale des troubles trophiques a été décrit avec 3 niveaux selon les ressources disponibles. Les centres de première ligne, situés dans des petits hôpitaux régionaux ou cliniques locales, ont surtout pour objectif la prévention des troubles trophiques et d'assurer les soins curatifs de base. Dans ce modèle minimal, les soins sont assurés par un médecin et une infirmière ou un podologue. En cas de complications ou d'évolution persistante du trouble trophique, le patient est alors référé vers un centre pouvant comportant un plateau technique et multidisciplinaire adaptés. Il est recommandé que l'ensemble du personnel soignant soit en lien avec un centre d'excellence afin de gagner en expérience pratique. Au niveau des centres intermédiaires, il existe un coordonnateur ayant pour responsabilité la motivation de l'équipe multidisciplinaire (diabétologue, médecin vasculaire, Cardiologue ou radiologue interventionnel chirurgical,

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

infirmière et/ou podologue et/ou podo-orthésiste . Ces centres intermédiaires sont essentiellement situés dans des hôpitaux. Les patients peuvent être adressés par un médecin exerçant à l'extérieur du centre. Le parcours de soins du patient est optimisé par les liens existant entre cette structure et la médecine de ville (médecin généraliste, infirmière, soin de suite et réadaptation, HAD).

Enfin le troisième niveau composé des centres d'excellence. Ils permettent un diagnostic et une prise en charge optimale tout en étant un modèle d'organisation pour les professionnels de santé contribuant à la formation d'autres centres et à l'amélioration de la prise en charge des troubles trophiques. Ces centres d'excellence contribuent à la recherche et à la publication de travaux dans le domaine. La responsabilité du centre d'excellence est de contribuer à la prévention des ulcères et à la diminution des amputations non seulement au niveau local mais également de jouer un rôle au niveau régional, voire nationale.

En France, ces structures spécialisées sont encore peu développées, il y a peu de coordination nationale ou régionale. Le rapport de la CNAMT 2013 «Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses pour 2014» propose une amélioration du parcours des patients porteurs de plaies chroniques (proposition 10) <sup>8</sup>

*«Réfléchir à ce que pourrait être, dans le contexte français, une évolution organisationnelle s'inspirant des principes adoptés dans d'autres pays. L'analyse des initiatives prises dans quelques pays qui ont mis en place des programmes spécifiques montre que ces expérimentations s'appuient sur des «centres de référence», qui viennent en appui aux professionnels de terrain, assurent la diffusion de recommandations, colligent des données pour améliorer la pratique collective à partir d'une analyse des soins et de leurs résultats. Ce modèle existe en Allemagne ou au Canada, dans le cadre des soins intégrés, avec un centre expert en secteur ambulatoire (avec un niveau de structuration différent selon les pays) qui a un rôle clé dans la coordination, la centralisation d'information sur les plaies et le monitoring. Ce type d'organisation innovante semble jouer un rôle positif dans les résultats obtenus sur la réduction des durées de cicatrisation.*

*Une telle organisation doit être évidemment adaptée au contexte français, et réfléchi avec les professionnels qui sont aujourd'hui mobilisés au quotidien pour prendre en charge ces patients, les infirmières libérales qui vont à domicile soigner les plaies et les médecins traitants qui suivent ces patients. Elle doit également en préalable être expérimentée à petite échelle.*

*A terme, une amélioration de la prise en charge des plaies chroniques permettrait des gains de qualité de vie pour les personnes âgées, avec notamment une baisse de la durée de cicatrisation pour certains patients (baisse de 30 jours pour les patients à partir du 6ème décile, soit une diminution de 23%) et une diminution du taux de récurrence (5%). L'économie sur les soins de ville représenterait 82 M€. »*

## **COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE**

### ***Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole***

L'IGAS dans un rapport sur la prise en charge du diabète et de ses complications (p. 45) plaide pour une adaptation du système de soins de premier recours aux maladies chroniques, via le développement de la coopération entre professionnels de santé.

C'est donc une telle organisation de prise en charge ambulatoire de patients porteurs de plaies chroniques dans un centre de cicatrisation que nous décrivons dans ce protocole de coopération avec en plus un aspect innovant de délégation de suivi de certaines plaies chroniques par une IDE. Notre structure existe depuis 2006 avec une activité qui ne cesse de croître du fait du service médical rendu. (annexe 0)

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

ITEMS	MODIFICATIONS PROPOSEES
<p><b>Intitulé du Protocole de coopération (PC)</b></p> <p>Quel est le thème de la coopération entre professionnels de santé ?</p>	<p>Prise en charge pluri professionnelle des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique par un(e) IDE en lieu et place d'un médecin</p>
<p><b>Profession du délégrant</b></p> <p>Quelle est la profession, et le cas échéant la spécialité, du délégrant inscrite à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?</p>	<p>Médecin dermatologue, angiologue, chirurgien, gériatre ou médecin de médecine générale,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayant un DU de Plaies et Cicatrisations, et une pratique d'au moins 3 ans et au moins 200 à 300 consultations par an depuis plusieurs années</li> <li>- OU 5 ans de pratiques avec plus de 500 cas/an</li> </ul>
<p><b>Profession du délégué</b></p> <p>Quelle est la profession du ou des délégué(s) inscrite à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique ?</p>	<p>Infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE)</p> <p>Titulaire d'un DU en plaies et cicatrisation (ou prise en charge du pied diabétique) et ayant une expérience clinique d'au moins 3 ans encadré dans un Service ou une consultation qui voit majoritairement des plaies avec un spécialiste</p>
<p><b>Objectifs</b></p> <p>Quels sont les résultats attendus en terme de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qualité de la prise en charge du patient ? (délai de prise en charge, file active, gains pour les patients, objectifs de santé publique...)</li> </ul>	<p><b>Résultats attendus en termes de qualité de la prise en charge du patient ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction du temps de cicatrisation par rapport à une prise en charge à domicile, organisation de la prise en charge multi -professionnelle.</li> </ul>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

<ul style="list-style-type: none"> <li>- réorganisation de la prise en charge ?</li> <li>- optimisation de la dépense de santé ?</li> </ul>	<p><b>Résultats attendus pour le délégant.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répondre à un problème médical de santé publique</li> <li>- Répondre aux problèmes posés par les plaies aux professionnels de santé</li> <li>- Réduire les délais d'attente et de prise en charge des patients et par la même prendre en charge plus de patients en première visite. (cf indicateurs de suivi et annexes 11 et 14)</li> </ul> <p><b>Résultats attendus pour le délégué</b></p> <p>-Faire des suivis et des actes dans un environnement clairement identifié, selon une procédure bien définie et toujours sous la responsabilité du délégant</p> <p><b>Résultats attendus en termes d'optimisation des dépenses de santé ?</b></p> <p>Réduction du coût global direct et indirect grâce à la prise en charge ambulatoire : réduction du nombre d'hospitalisations, réduction de la durée d'hospitalisation, (patient peut sortir plus rapidement grâce à la prise en charge ambulatoire au centre), réduction de la durée des pansements réalisés à domicile (réduction du temps de cicatrisation)</p>
<p><b>Actes dérogatoires</b></p> <p>Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant ?</p> <p>Pour un examen clinique, s'agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de définir la conduite à tenir en fonction des résultats...?</p> <p>Pour une consultation de suivi, s'agit-il, par exemple, d'en décider l'opportunité, de détecter et</p>	<p><b>Suivi infirmière déléguée :</b></p> <p><b>1- Suivi des plaies par le délégué</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi d'ulcères veineux purs ou mixtes à prédominance veineuse (ulcère veineux pur : Indice de Pression Systolique entre 0,9 et 1,3. Ulcère mixte à prédominance veineuse : Indice de Pression Systolique entre 0,8 et 0,9<sup>9</sup>)</li> <li>- Suivi de plaies du pied diabétique</li> <li>- Suivi d'ulcères artériels revascularisés</li> </ul>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

d'interpréter des signes cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l'indication d'un examen à réaliser, de réaliser une prescription, d'adapter un traitement ou de le renouveler ?

Pour un acte technique, s'agit-il, par exemple, de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de décider de la conduite à tenir en fonction des résultats ?

#### **Acte dérogatoire**

- utilisation d'un doppler pour mesure de l'indice de pression systolique (IPS) (Annexe 1)
- mesure de l'IPS par le délégué lors de la consultation initiale (l'analyse en est faite avec le déléguant à ce moment-là)
- Décision et réalisation de faire une anesthésie locale. L'utilisation des produits anesthésiants locaux utilisés a été validée lors de la consultation de première fois réalisée avec le médecin déléguant (utilisation de MEOPA1 si nécessaire, sur avis médical)
- Prescription des pansements et soins infirmiers hors nomenclature IDE pour les professionnels de ville de soins infirmiers
- Prescription des soins infirmiers
- prescription des bons de transport

#### **Actes non dérogatoires**

- Mesure de l'indice de pression systolique (annexe 1)
- Mesure de la pression du gros orteil (annexe 1)
- - Décision et réalisation d'une détersion mécanique
- - Mesures d'éducation thérapeutique dans l'évaluation et prise en charge de : dénutrition, escarre, contention veineuse, décharge (prescrite par podo-orthésiste), chaussage,...
- - Evaluation et adaptation de la décharge : évaluation de la compliance, de l'efficacité de la décharge de la plaie une fois positionnée vérification de l'absence d'usure. (non dérogatoire)
- - Décision de consultation d'autres intervenant podo-orthésistes, pédicure-podologue si cela est nécessaire en fonction de l'évolution de la plaie

<sup>1</sup> Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

<p style="text-align: center;">LIEU DE MISE EN ŒUVRE</p> <p>Dans quel lieu le protocole a-t-il vocation à être mis en oeuvre ?</p> <p>Quelles sont les caractéristiques de ce lieu qui conditionnent éventuellement sa mise en oeuvre ?</p>	<p>La mise en œuvre du protocole s'effectue dans un centre de plaie et cicatrisation. Il s'agit d'un centre de prise en charge en ambulatoire de patients porteurs de plaies chroniques.</p> <p style="text-align: center;">➤ <b>Le centre</b></p> <p>Le centre de plaie est une structure de consultation externe liée à une structure d'hospitalisation publique ou privée et qui permet d'hospitaliser les patients si nécessaire</p> <p>Patient ambulatoire Equipe : IDE, et médecin, Existence d'une organisation permettant l'intervention d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux à la demande comme médecin vasculaire, médecin diabétologue, médecin infectiologue, médecin algologue, médecin ou cadre HAD, prothésistes, podorthésistes, pédicure-podologue et nutritionniste. Le centre effectue au moins 1000 consultations par an (file active du centre promoteur : 3064 en 2014 pour 664 patients)</p> <p style="text-align: center;">➤ <b>Les locaux</b></p> <p>Le centre dispose de box de soin : équipés de brancard à hauteur variable, ou d'un fauteuil de soin de pédicurie à hauteur et positions variables. Chaque box est équipé d'un chariot de soin, d'un support double poubelle (déchets ménagers/DASRI), d'un déverseur de produit décontaminant Il y a accès à un poste informatique avec imprimante. Présence dans le centre d'un chariot d'urgence.</p> <p style="text-align: center;">➤ <b>Matériels pour les soins</b></p> <p>A disposition matériel et produit pour la prise en charge de la douleur, la réalisation des pansements de la détersion et des contentions et/ou compressions</p>
---	--

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

ITEMS	MODIFICATIONS PROPOSEES
<p><b>Références utilisées</b></p> <p>Quelles sont les références utilisées pour respecter les bonnes pratiques professionnelles adaptées à la prise en charge ?</p>	<p>Annexe 1 8 : Références</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement Recommandations HAS juin 2006<sup>9</sup></li> <li>- Guide du médecin pour la prise en charge du diabète de type I HAS 2007.<sup>20</sup></li> <li>- Séances de prévention des lésions des Pieds chez le patient diabétique, par le Pédicure-podologue HAS 2007<sup>21</sup></li> </ul> <p>HAS « Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé », 2001</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Les pansements Indications et utilisations recommandées HAS 2011<sup>22</sup></li> <li>-Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code Profession d'infirmier ou d'infirmière J.O n° 183 du 8 août 2004 page 37087 : texte n° 37086<sup>23</sup></li> <li>-Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire JORF n°0077 du 30 mars 2012 page 5768 texte n° 34<sup>24</sup></li> <li>- Traitement des plaies par pression négative (TPN) des utilisations spécifiques et limitées HAS 2011<sup>25</sup></li> <li>- Actes et prestations - affection de longue durée Diabète de type 1 et de type 2 HAS 2012<sup>26</sup></li> <li>- K. Bakker; N. C. Schaper. The development of global consensus guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. Diabetes Metab Res Rev 2012; 28(Suppl 1): 116–118.<sup>27</sup></li> </ul> <p>Recommandation pour la mesure de l'indice de pression systolique : Recommandation de bonne pratique</p>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

	<p><sup>28</sup>Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs Indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation</p> <p>29 Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied ? HAS 2014</p> <p>Documents utilisé par le délégué : (annexe 2)</p> <p>Imprimé de mise en place de contention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contention profore</li> <li>- contention Urgo K 2</li> <li>- contention inélastique</li> <li>- contention multitype ou mixte</li> <li>- coban 2</li> </ul> <p>Les références seront actualisées en fonction de l'évolution des données de la science</p>
<p><b>Type de patients concernés</b></p> <p>Quelles sont les caractéristiques des patients concernés par le protocole? (typologie, nombre...)</p> <p>Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion ?</p>	<p>Les patients sont pris en charge en ambulatoire au centre de cicatrisation, sur demande de leur médecin traitant ou d'un autre médecin. Ils sont porteurs de plaies chroniques d'origine veineuse, artérielle, mixte, ou d'escarres talonnières, ou de plaies du pied diabétique, ou de moignons d'amputation...</p> <p>Le suivi infirmier délégué est proposé par le médecin, en accord avec le patient, lors de la consultation préalable.</p> <p>Le moment de la prise en charge par l'infirmière est décidé conjointement avec le médecin, l'infirmière et le patient en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.</p> <p>Le patient qui vient pour la première fois au centre de cicatrisation a une prise en charge standardisée avec recueil des données administratives, des données médicales</p>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

(antécédents, traitements, allergie), des antécédents de prise en charge de ses ulcères, des traitements utilisés, de recueil de données spécifiques concernant l'ulcère, recueil de la douleur, évaluation de la douleur avec une échelle visuelle analogique, recueil du consentement pour le suivi photographique. Des explorations vasculaires non invasives sont effectuées de façon systématique sauf si le patient a déjà eu ces examens et a ses résultats.

Une stratégie de traitement est ensuite mise en place avec réalisation des soins, protocole de soins pour le domicile ou orientation en HAD ou en hospitalisation traditionnelle pour complément d'exploration ou geste invasif (revascularisation, réalisation de greffe, exploration complémentaire d'ostéite, prise en charge d'un bilan infectieux, chirurgie de parage...).

Le suivi est ambulatoire au centre de cicatrisation en consultation traditionnelle (médecin, IDE) ou dans le cadre du protocole de coopération avec l'IDE déléguée. La proposition de suivi par l'IDE déléguée est faite aux patients qui présentent les critères d'inclusion (voir liste ci-dessous) et qui n'ont pas de critère d'exclusion (voir liste ci-dessous). Le nombre de patients de ce type peut être évalué aux alentours de 20- 30 % des patients suivis au centre de cicatrisation.

Critères d'inclusion :

- Patient de plus de 18 ans ayant signé le consentement éclairé ou consentement signé par le représentant légal.
- Ulcère présentant les critères suivants :
  - Veineux avec un IPS supérieur à 0.8, pour permettre l'utilisation sans problème des compressions multi types
  - Artériel après revascularisation, ou ne présentant pas de signes d'ischémie critiques

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pieds diabétiques, avec neuropathie pure non compliquée.</li> <li>• Escarre talonnière.</li> </ul> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient âgé de moins de 18 ans.</li> <li>- Pas de signature du consentement éclairé.</li> <li>- Patients avec TPN (suivis par le délégant ou le prescripteur)</li> <li>- Refus de prise en charge de ce type par le patient.</li> <li>- Complication locale nécessitant un avis médical.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infection non contrôlée</li> <li>○ Douleur non contrôlée</li> <li>○ Contact osseux</li> <li>○ ulcère néoplasique</li> <li>○ ulcère artériel instable</li> </ul> </li> <li>- La situation d'urgence vitale</li> <li>- Les troubles du comportement du patient</li> </ul>
<p><b>Information des patients</b></p> <p>Qui informe le patient en premier lieu de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération ? A quel moment de la prise en charge?</p> <p>Comment est donnée l'information au patient ?</p>	<p>Le patient est adressé par son médecin réfèrent ou un autre médecin spécialiste (diabetologue, chirurgien vasculaire, orthopédiste, médecin de SSR...). Le patient, et, si besoin, son tuteur, ainsi que le médecin l'ayant adressé, sont informés du protocole de coopération et des actes réalisables par l'IDE.</p>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

<p>Une information écrite est-elle laissée au patient ? (si oui, joindre un modèle de cette information écrite)</p> <p>Quelles sont les solutions alternatives, proposées au patient, en cas de refus à la nouvelle prise en charge proposée ?</p> <p>Qui recueille le consentement du patient?</p> <p>Comment est-il tracé ?</p>	<p>L'information du patient est faite par le médecin délégant qui lui explique le cadre du protocole de coopération et remet un courrier d'information (Annexe 3). Le moment de la prise en charge par l'infirmière est décidé conjointement avec le médecin, l'infirmière et le patient en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.</p> <p>Une information écrite est donnée au patient. Le consentement est recueilli (annexe 4) et conservé dans le dossier, un double est donné au patient et adressé au soignant habituel du patient, médecin traitement, infirmière.</p> <p>Les alternatives proposées à la prise en charge sont expliquées au patient, suivi traditionnel en consultation médicale et infirmière mais avec des délais souvent plus long du fait de la file active.</p> <p>L'information du médecin traitant est faite par contact téléphonique quand cela est possible et systématiquement par courrier</p>
<p><b>Formation des professionnels délégués</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les compétences à acquérir pour réaliser l'acte(s) ou l'activité(s) dérogatoire(s) ?</li> <li>- Quels sont les objectifs pédagogiques au regard des compétences à acquérir et des risques à éviter ?</li> <li>- Quel est le programme de formation théorique et pratique (méthodes / moyens pédagogiques, volume horaire) ?</li> <li>- Quelles sont les modalités de la formation pratique ?</li> </ul>	<p><u>Pré-requis</u></p> <p>Pour pouvoir participer au protocole de coopération, les infirmières doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre Titulaire d'un DU en plaies et cicatrisation (ou prise en charge du pied diabétique)</li> <li>- avoir une expérience clinique d'au moins 3 ans, encadrée, dans un Service ou une consultation qui voit majoritairement des plaies avec un spécialiste</li> </ul> <p><u>Formation</u></p> <p>Les IDE souhaitant être délégué(e)s doivent avoir participé à la formation délivrée par le médecin déléguant sur l'ensemble des thèmes de la dérogation (Annexe 14)</p>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

(en une séquence, formation graduée...et dans ce cas, quels sont les modalités de passage d'une séquence à une autre ? )

- Qui valide la formation et comment ?

- Quels sont les pré-requis, notamment en termes d'expérience professionnelle ou de diplômes ?

-Quelles sont les modalités prévues au maintien des compétences acquises ?

Formation portant sur :

- l'anesthésie locale
- la détersion
- l'évaluation, l'adaptation et la mise en place la compression
- l'évaluation et l'adaptation et la mise en place de la décharge
- la mesure de la plaie
- la rédaction d'ordonnance
  - pour les pansements hors nomenclature
  - pour les contentions
  - pour la prescription des soins infirmiers
- l'indication d'une consultation d'autres intervenants type podo-orthésistes, pédicure-podologue
- l'éducation thérapeutique

La formation doit tenir compte des références bibliographiques et en particulier les recommandations de bonne pratique.

#### Evaluation des compétences

Les connaissances et compétences du délégué en regard des actes dérogatoires, sont évaluées par le délégant : à l'entrée du protocole, en cours de mise en œuvre, puis annuellement, (annexe 16) notamment à partir d'une grille d'évaluation (Annexe 15)  
Toutes les compétences doivent être acquises pour la poursuite de la mise en œuvre de la dérogation

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

	<p><u>Le maintien des compétences</u>          Il repose sur une activité minimale de réalisation d'au moins 500 consultations/an pendant au moins 3 ans</p> <p>Indicateurs : nombre de patients vu par le délégué, durée de cicatrisation, durée de prise en charge au centre, nombre de fois où l'avis du déléguant a été demandé, alertes mises en place</p> <p><u>Formation continue :</u>          Elle est adaptée en fonction de l'évaluation des connaissances et compétences et des analyses de pratique          Elle repose également sur des ateliers et la participation à un congrès de plaies et cicatrisation au moins une fois par an</p>
<p><b>Intervention du délégant</b></p> <p>- Comment le délégant s'assure-t-il de la bonne réalisation par le délégué de l'acte ou de l'activité dérogatoire ?</p> <p>- Sur quels critères le délégué fait-il appel au délégant (ou à un médecin non délégant, en cas d'urgence) ?</p> <p>- Quelles sont, en fonction de ces critères, les modalités d'intervention du délégant ou d'un autre médecin en cas d'urgence ?</p>	<p>Le déléguant est toujours joignable et informé lors de l'activité du délégué et peut se déplacer à la demande du délégué en fonction des critères décrits ci-dessous.</p> <p>La supervision du délégué se fait par le déléguant qui est joignable à chaque moment de l'activité du délégué. Il est présent dans la structure.</p> <p>Critères du délégué pour faire appel au délégant (annexe 17) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de signes d'infection, trois des signes suivants (présence de signes d'infection de la plaie) : douleurs, œdèmes, exsudats, inflammation, chaleur, odeur, écoulement purulent, signes pouvant faire évoquer un biofilm</li> <li>- Signes locaux régionaux : érésipèle, lymphangite, adénite</li> </ul>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

- Quelles sont les modalités prévues pour maintenir la continuité des soins en cas d'absence programmée ou non des professionnels concernés (délégué ou délégant)

- Signes généraux : fièvre, frissons
- Biologie : hyperleucocytose, crp élevé, hémoculture positive, germe retrouvé dans la plaie sur des prélèvements réalisés chez un patient présentant des signes cliniques d'infections,...
- apparition d'un bourgeonnement anormal
- absence d'évolution favorable de la plaie à 2 mois (absence de réduction des mensurations)
- déséquilibre glycémique constaté
- Arrêt d'une évolution favorable.
  - 1- Augmentation de la taille de la plaie
  - 2- Réapparition de fibrine ou de nécrose
  - 3- Visualisation d'un tissu noble (os, tendon, aponévrose, capsule)
  - 4 - Surinfection de la plaie
- Apparition d'une douleur inexplicable ou non contrôlée de la douleur habituelle, ...
- Demande exprès du patient.
- Complication d'une contention.
- Signes généraux d'infection (fièvre, frissons...).
- Demande de l'équipe soignante habituelle.
- Incidents lors de la réalisation des soins (douleurs, saignements, découverte d'abcès).
- Apparition d'une nouvelle plaie.
- Décompensation d'une autre pathologie que la plaie (respiratoire,

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

	<p>cardiologique...).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation par le patient de bilan bactériologique ou sanguin réalisé à domicile qui nécessite l'avis du déléguant.</li> <li>- Urgence vitale, suivi du protocole habituel de la clinique.</li> </ul> <p>Pour permettre la continuité des soins deux IDE délégués sont formées et participent à l'activité en roulement. En cas d'urgence et d'absence imprévue du délégué et du déléguant le patient est orienté par son médecin traitant vers la structure d'hospitalisation.</p> <p>Lorsque la plaie est cicatrisée une consultation avec le déléguant est programmée par le délégué (é) pour orienter le parcours de soins du patient (suivi spécialisé, nécessité d'un traitement particulier comme traitement des varices par exemple, organisation du suivi médical ou paramédical.)</p> <p>Par ailleurs, le déléguant effectue une vérification aléatoire avec le délégué en utilisant les données du dossier dans le logiciel 2 fois par an avec 3 dossiers tirés au sort sur la période écoulée</p>
<p><b>Système d'information</b>          Quelles sont les informations qui sont partagées pour organiser la prise en charge du patient ?           Qui partage ces informations et comment ?</p>	<p>Systèmes d'informations.          Les informations doivent être partagées en interne au centre de cicatrisation entre le délégué et le déléguant et les acteurs du centre (médecins diabétologues, nutritionnistes, infectiologues, podo-orthésistes, podologues, algologues...).</p> <p>Utilisation d'un logiciel de suivi des patients (Société Clinigrad Paris) comprenant toute la partie administrative et le suivi des plaies et les interventions des différents acteurs de la prise en charge lors du suivi du patient. Suivi photographique tracé</p>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

	<p>dans ce logiciel. (annexe 5)</p> <p>En externe, (médecin référent, équipe IDE, autres médecins ou intervenants dans la prise en charge externe du patient), utilisation du Dossier Médical Personnel, fiche de lésion paramédicale, ordonnance du délégué, lettre médicale en cas d'intervention du déléguant, ou d'un autre acteur.</p> <p>Le médecin traitant est tenu au courant des résultats de la consultation par un courrier remis au patient le jour de la consultation et adressé par mail sécurisé.</p> <p>Un protocole de soins et les ordonnances sont remis au patient et adressé au médecin, aux IDE ainsi qu'aux autres soignants ou professionnels (podo-orthésiste, nutritionniste, l'assistante sociale...) par mail sécurisé ou courrier. Si besoin, des consultations peuvent être organisées avec l'IDE délégué(e), à l'issue de la consultation.</p>
<p><b>Suivi du protocole</b></p> <p>Sélectionnez les indicateurs génériques adaptés à votre démarche en fonction des objectifs poursuivis et remplir les fiches correspondantes</p> <p>- Quels sont les critères (congé de maternité ...) ou résultats d'indicateurs à partir desquels l'arrêt du protocole de coopération doit être envisagé ?</p>	<p><b>Indicateurs d'activité (Tableau annexe 6 )</b></p> <p>1 –Nombres d'actes réalisés par les délégués / activité totale du centre de cicatrisation (délégant(s) + délégués)</p> <p>2-Nombre de patients suivis par le délégué / nombre de patients éligibles. Avec recueil des causes de non inclusion</p> <p>3-Taux de sortie du protocole (analysé selon les causes de sortie)</p> <p><b>Indicateurs de qualité et de sécurité</b></p> <p>1-nombre d'alertes justifiées du délégant par le délégué / nombre d'actes délégués</p> <p>2- nombre d'actes délégués avec au moins un effet indésirable survenu / nombre d'actes délégués à analyser selon l'origine de l'effet indésirable)</p> <p>3-Nombre d'EIG / nombre d'actes délégués sur 1 an. A analyser selon les causes.</p>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

4- Taux de reprise : Nombre d'actes réalisés par le délégant sur appel du délégué /  
Nombre d'acte(s) réalisés par le délégué

#### **Analyse des pratiques**

1-Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques effectivement réalisées pendant la période évaluée

2-Nombre d'EI analysés en équipe/ nombre d'EI survenus

#### **Satisfaction des acteurs (professionnels et patients)**

##### **1 Satisfaction des professionnels (annexe7)**

Taux de satisfaction des délégués et des délégants vis-à-vis de la coopération mise en place :

##### **2-Satisfaction des patients**

- Taux de satisfaction des patients quant à leur prise en charge par le délégué (annexe 8)

#### **Indicateurs d'impact organisationnel**

1 –Délai moyen en jours entre la demande et le 1er rendez-vous des patients vu pour la première fois au centre

2- Délai moyen d'envoi du courrier au médecin traitant

#### **Indicateurs d'impact médicaux**

- Taux patients avec cicatrisation complète sur **6 mois** ~~un an~~
- Durée de la cicatrisation. A analyser en fonction de l'étiologie

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

<p><b>Retour d'expérience</b></p> <p><b><i>Les évènements indésirables</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les évènements indésirables qui font l'objet d'un recueil systématique et d'une analyse ?</li> <li>- Quelles sont les modalités de recueil et de signalement des évènements indésirables ?</li> <li>- Comment cette analyse est-elle réalisée ?</li> <li>- Comment les résultats de cette analyse sont-ils pris en compte ?</li> </ul> <p><b><i>La qualité des soins</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelles sont les modalités permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (fréquence, modalités, participants...) et adaptées aux risques liés aux actes/activités dérogatoires ?</li> <li>- Comment est évaluée la qualité de la prise en charge (fréquence, modalités, participants...)?</li> </ul>	<p><u>Les évènements indésirables recueillis systématiquement</u> sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impossibilité de joindre le déléguant.</li> <li>- Complication lors de la réalisation du pansement (saignement, douleurs ...).</li> <li>- Mauvaise coordination des rendez-vous avec les acteurs multi-professionnels.</li> </ul> <p>Evaluation par absence de prise en charge des soins podologiques ou la fabrication de semelles ou de chaussure définitive à la fin de la cicatrisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription refusée par le médecin référent (traitant)</li> </ul> <p>Evaluation par notification de l'évènement dans le dossier patient. Reprise de cet EI lors des réunions d'équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Changement d'avis du patient pour le suivi délégué. Notification des causes dans le dossier et reprise de cet évènement indésirable lors des réunions d'équipe</li> </ul> <p><u>Recueil : il est effectué par le déléguant</u></p> <p><u>Analyse :</u></p> <p>Une fois tous les deux mois, une réunion est organisée afin d'évaluer le nombre d'effets indésirables et les stratégies à mettre en place pour les réduire. Cette réunion se fera avec le déléguant, l'infirmière déléguée, les acteurs multi-professionnels intervenants. L'imputabilité d'un évènement indésirable au délégué est évalué en équipe et défini selon trois niveaux d'imputabilité :</p> <p>Non imputable, possiblement imputable, hautement imputable</p> <p>Un compte rendu de réunion est systématiquement fait</p> <p><u>Analyse des pratiques</u></p> <p>Une réunion d'analyse des pratiques a lieu 2 fois par an : évaluation des compétences du délégué, suivi des indicateurs et analyse d'impact</p>
--	--

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

<p><b>Traçabilité et archivage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les documents qui permettent de suivre la mise en œuvre du protocole (procédures...)</li> <li>- Comment sont-ils archivés ?</li> </ul>	<p>Tous les documents administratifs et médicaux utilisés pour la gestion du patient sont stockés dans son dossier médical, toutes les procédures qui ont accès au protocole sont accessibles dans le logiciel de l'établissement et accessibles à tout moment.</p> <p>Utilisation d'un dossier informatisé (CRF) spécifique à la gestion des données administratives, clinique photographique des patients du centre de cicatrisation. Ce logiciel permet aussi la réalisation de statistiques. (annexe 5)</p>
<p><b>Processus de prise en charge</b></p> <p>Complétez <b>le tableau «description du processus de prise en charge du patient»</b> du <b>modèle type</b> de protocole de coopération.</p> <p>Joignez les protocoles cliniques et arbres décisionnels en lien avec le processus de prise en charge</p>	<p><b>le tableau «description du processus de prise en charge du patient» et la fiche projet</b> du modèle type de protocole de coopération sont renseignés</p>

## **COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE**

### ***Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole***

## **Fonctionnement habituel du centre de cicatrisation**

L'équipe soignante habituelle du patient (médecins ou infirmières) prennent rendez-vous auprès du secrétariat, de l'IDE ou du médecin du centre de cicatrisation.

Le rendez vous est saisi sur le planning informatisé avec création d'un dossier médical informatisé

Il existe plusieurs types de rendez-vous :

1 : Rendez vous première fois : le patient est reçu par le Médecin et l'IDE du centre il bénéficie d'exploration vasculaire et si nécessaire en fonction de son statut une consultation spécialisée ( algologue, diabétologue, podologue....) la durée de ce premier rendez vous est de 2 h

2 : Rendez vous de suivi : Ils sont réalisés par le médecin, l'IDE du centre et les consultants qui ont été contacté pour participer à cette consultation il s'agit de Consultants spécialisés (Diabétologue, Podo orthésiste, podologue, infectiologue, algologue, ... la durée de cette consultation est de : 1 à 2 h

3 : Rendez vous en urgence : prise en charge identique à une première fois, la durée de la consultation est fonction de la gravité du problème  
Urgence : 1 à 2 h

Mode opératoire d'une consultation :

Le patient est installé en salle d'attente ou directement dans un box sur un brancard ou un fauteuil selon son autonomie et le type de soin à réaliser. Toutes les données administratives ou médicales sont colligées dans un CRF ( annexe 5) informatisé co-rempli par tous les intervenants du centre. : Données administratives, des antécédents médicaux et des différents soins donnés au patient pour ses plaies.

Le pansement est défait, la plaie est lavée, la douleur est évaluée par EVA. Puis c'est la phase d'évaluation de la taille de la plaie, de la colorimétrie (pourcentage de fibrine, de nécrose, de bourgeons et d'épidermisation, estimation exsudats...).

Mesure de l'Indice de Pression Systolique est effectuée par l'infirmière (lors des consultation première fois)

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

Puis, c'est l'analyse clinique par le médecin comportant :

- un interrogatoire pour préciser les caractéristiques des plaies, les antécédents, les traitements déjà réalisés, les médicaments en cours, l'équilibre glycémique (carnet), la douleur et sa prise en charge...
- une inspection des membres inférieurs, à la recherche de point d'appui de signes cliniques orientant vers une étiologie de la plaie
- un examen clinique vasculaire, et général avec notamment recherche de signes de décompensation cardiaque ou respiratoires, signes de dénutrition, aspect cognitif
- Des explorations vasculaires lorsqu'elles sont nécessaires : echo doppler

Des prélèvements bactériologique et/ou sanguin sont effectués en fonction de la clinique

Puis les soins locaux sont réalisés après discussion entre le médecin et l'IDE. La détersion est réalisée avec anesthésie locale à la xylocaïne (gel ou spray) ou à Lidocaine (EMLA). L'utilisation de ces produits lors de la consultation de première fois réalisée avec le médecin délégué permet de valider la possible utilisation lors des consultations de suivi par le délégué.

Un traitement étiologique type contention ou décharge sont mis en place lorsqu'ils sont nécessaires, ou une prise revascularisation est programmée.

Un courrier est rédigé par le médecin un protocole de soins et des documents pour faciliter la prise en charge à domicile sont remis au patient et adressé au médecin et à l'IDE du domicile.

Une fois la consultation initiale terminée le patient est orienté (annexe 9)

1 : soit retour à domicile avec suivi par ses soignants de proximité selon le protocole de soins du centre de cicatrisation et avec un rendez vous si nécessaire pour une nouvelle consultation au centre de cicatrisation de type «traditionnelle» ou dans le cadre du protocole de coopération avec l'IDE déléguée ; (annexe 10)

2 : soit une hospitalisation à domicile est programmée dans le cas de plaies complexes nécessitant des soins spécifiques, une antibiothérapie hospitalière ou une thérapie par pression négative...

3 : soit hospitalisation traditionnelle de courte durée (immédiate ou organisée dans les jours à venir en fonction de l'urgence) pour revascularisation, chirurgie (amputation, détersion...), antibiothérapie hospitalière, gestion de la douleur ou bilan type ostéite complexe.

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

TABLEAU « DESCRIPTION DU PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT »			
1) Étapes de la prise en charge	2) Identification des risques	3) Causes associées	4) Solutions à mettre en place
<b>Orientation après consultation (annexe 9)</b>			
<b>1- Suivi ambulatoire au centre de cicatrisation en consultation traditionnelle (annexe 11)</b>			
<p>Lors de cette consultation (durée 1 à 2 h) le patient a un soin de sa plaie, une adaptation du protocole de soins locaux, et si nécessaire une consultation spécialisée avec le podologue, le podorthoésiste, l’infectiologue, le diabétologue, le nutritionniste, le chirurgien, l’algologue... en fonction des besoins. Le patient rentre ensuite à son domicile et est suivi par son équipe de proximité avec un protocole de soins du centre de cicatrisation et un nouveau rendez-vous et ainsi de suite jusqu’à cicatrisation complète.</p>	<p>Attente du consultant Erreur de rendez vous Surcharge de planning Mauvaise sélection</p>	<p>homonymie troubles cognitifs du patient absence de fiche de liaison non respect des plages programmées</p>	<p>Rendez vous fiche pour bilan nutritionnel et diabétologique Rassembler patient qui nécessite une consultation du podo-orthésiste Orienter le patient chez son intervenant de proximité</p> <p>Anticipation de plusieurs rendez-vous en cas de suivi rapproché nécessaire Création de place d’urgence laissée libre pour revoir un patient qui évolue mal</p>
<b>2 : Suivi ambulatoire au centre de cicatrisation dans le cadre du protocole de coopération avec l’IDE déléguée (annexe 12)</b>			

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### SELECTION DU PATIENT

Le patient sélectionné selon les critères d'inclusion et d'exclusion définis ci-dessus et après avoir signé le consentement éclairé est suivi au centre de cicatrisation par l'infirmière déléguée.

#### Prise en charge du patient par l'infirmière déléguée

La prise en charge par l'infirmière déléguée est identique à celle décrite ci-dessus avec installation du patient, recueil des données administratives, pansement défait, nettoyé, évaluation de la taille de la plaie, de la colorimétrie, des exsudats, détersion, prélèvement local si nécessaire l'écouvillon,

Réalisation du pansement, de la contention de compression si nécessaire, de la mise en place de la décharge si nécessaire.

Rédaction du protocole de soins adressé aux infirmières et aux médecins libéraux, protocole conservé dans le dossier informatique du patient et dans son dossier médical partagé. Prise de rendez-vous pour la prochaine consultation, appel du médecin déléguant en fonction des critères définis (Annexe 17), rédaction des ordonnances pour les pansements et les contentions ou le matériel de décharge si nécessaire.

En cas d'avis du déléguant nécessaire, discussion conjointe avec l'infirmière déléguée, le déléguant, le patient et/ou le médecin traitant afin d'orienter le patient dans un suivi traditionnel ou une hospitalisation ou une HAD selon les besoins. L'infirmière organise les rendez-vous avec le podologue, l'endocrinologue pour le suivi nutritionnel en fonction des besoins lors des consultations suivantes.

Lorsque la plaie est cicatrisée une consultation avec le déléguant est programmée par le délégué (é) pour orienter le parcours de soins du patient (suivi spécialisé, nécessité d'un traitement particulier comme traitement des varices par exemple, organisation du suivi médical ou paramédical.)

### Prise en charge dans le cadre de la dérogation

Réalisation d'une anesthésie locale par application de xylogel ou de spray de xylocaïne ou Lidocaïne creme sur la plaie	Réaction allergique	Autres allergie connues	Recueil des allergies dans le dossier clinique Interrogatoire sur l'utilisation antérieure de xylocaïne et lidocaïne creme Chariot d'urgence dans le centre de cicatrisation L'utilisation de ces produits a été validé lors de la consultation de première fois
---	---------------------	-------------------------	--

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

<p>Détersion Outils : une curette, un scalpel</p> <p>Réalisation de la contention de compression si nécessaire</p>	<p>Détersion mal réalisée trop profonde, geste technique mal maîtrisé</p> <p>Hémorragie locale Douleur</p> <p>Aggravation de la plaie</p> <p>Compression trop forte Douleur</p>	<p>geste technique mal maîtrisé traitement anticoagulant</p> <p>type de plaie qui peut être plus ou moins douloureuse en fonction de l'étiologie ou de la surinfection de la plaie allergie connue aux antalgiques locaux</p> <p>Jambe très maigre</p>	<p>réalisée avec le médecin déléguant Procédure urgence mise en place La détersion superficielle et profonde peut être réalisée par le délégué après une formation selon les modalités décrites dans l'annexe 14. La capacité du délégué à réaliser ces actes en toute sécurité est validée par le déléguant.</p> <p>formation aux gestes de détersion identification d'un traitement anticoagulant pris par le patient application alginate si saignement avec surélévation des membres inférieurs en inclinant le brancard</p> <p>application systématique sauf cas d'allergie de xylocaïne visqueuse, spray ou d'EMLA avant le soin</p> <p>Recherche d'une AOMI Détersion réalisée après prise de pouls périphériques en cas d'absence de pouls périphériques examen vasculaire (IPS)</p> <p>Formation à la mise en place des contentions compression (annexe 14) Formation mise à jour en fonction de l'évolution des matériels utilisés Utilisation de jersey coton en cas d'allergie</p>
--	---	--	--

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

<p>Evaluation et adaptation de la décharge</p> <p>Rédaction du protocole de soins adressé aux infirmières et aux médecins libéraux, protocole conservé dans le dossier informatique du patient et dans son dossier médical partagé.</p> <p>Rédaction des ordonnances pour -les pansements -les contentions - la décharge</p> <p>Prescription des soins infirmiers</p> <p>Décision de consultation d'autres intervenant podo-orthésistes, pédicure-podologue si cela est</p>	<p>Allergie aux composant de la contention</p> <p>Décharge non adaptée</p> <p>Erreur de produit, de quantité, Erreur dans le modèle, la force de compression Erreur dans le type de décharge</p> <p>Erreur dans la rédaction des ordonnances ou du protocole de soins</p>	<p>Allergie cutanée</p>	<p>Formation à l'évaluation de la décharge Formation à la rédaction d'ordonnance pour la décharge (annexe 14) évaluation de la compliance , de l'efficacité de la décharge de la plaie une fois positionnée vérification de l'absence d'usure</p> <p>Formation à la rédaction d'une ordonnance pour la contention, la décharge, les pansements et les prescriptions de soins infirmiers Annexe 14</p>
---	---	-------------------------	---

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

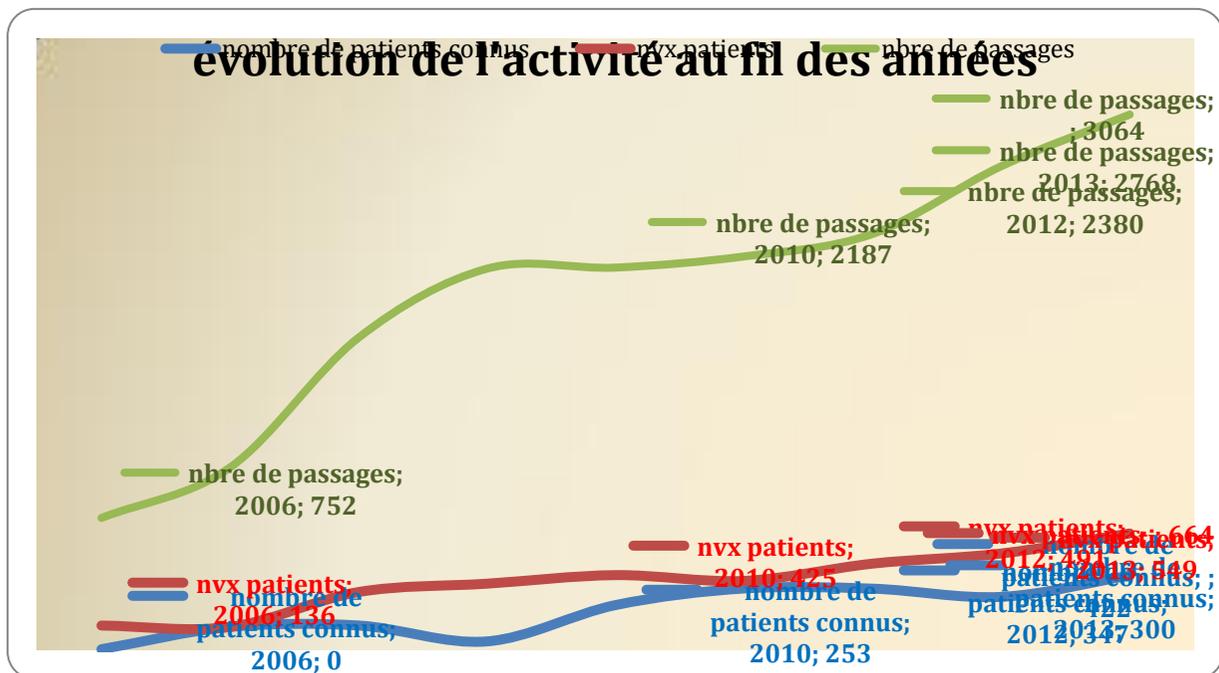
nécessaire en fonction de l'évolution de la plaie.			
<b>Utilisation d'un Doppler pour mesurer de l'indice de pression systolique : IPS</b>			
Ce geste technique est réalisée par l'IDE lors de la consultation initiale. L'IPS est le rapport de la pression artérielle systolique à la cheville sur pression systolique humérale, mesurées à l'aide d'une sonde Doppler. Et du gros orteil	Mauvaise mesure de la pression distale et humérale	Mauvais positionnement du brassard Pas de temps de repos suffisant Mauvais calcul de l'IPS	Formation de l'IDE déléguée annexe 14 la mesure peut être réalisée seule par le délégué après une formation de 2 heures (théorie et pratique) faite par le médecin et la réalisation de 20 mesures en autonomie validée par le médecin

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole

## ANNEXES

### Annexe : Activité du centre de cicatrisation depuis son ouverture



## **COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE**

### ***Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole***

#### **Annexe 1 : Mesure de l'indice de pression systolique : IPS**

L'IPS est le rapport de la pression artérielle systolique à la cheville sur pression systolique humérale, mesurées à l'aide d'une sonde Doppler. On utilise un Doppler de poche, muni d'une sonde de 8 mHz. La mesure est effectuée sur un patient allongé depuis 10 minutes. Le brassard est mis en place juste au dessus de la cheville, il est gonflé au dessus de la pression systolique et lors du dégonflage réapparaît le bruit du flux artériel. La mesure est effectuée au niveau de l'artère tibiale postérieure, de l'artère pédieuse à droite et à gauche puis au niveau humérale droit et gauche et l'indice est calculé en prenant la pression artérielle humérale la plus élevée et la pression artérielle de jambe la plus basse.

#### **Annexe 3 Mesure de la pression au gros orteil avec un Systoe.**

Mesure automatique de la pression d'orteil par SysToe. Après avoir placé la manchette d'occlusion et le capteur, appuyer sur la touche START pour lancer la mesure et obtenir l'affichage de la pression digitale.

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### **Annexe 2 Documents utilisé par le délégué**

##### **CONTENTION INELASTIQUE**

##### **Vérifier l'absence de contre indication.**

Toujours placer les bandes de la racine des orteils jusqu'au dessous du genou et couper le surplus de chaque bande arriver sous le genou.

##### **1) Jersey en chaussette :**

Réaliser une « chaussette » sans orteils dans le tubulaire jersey.

L'enfiler sur la jambe.

##### **2) Bande de ouate :**

Faire deux tours à la racine des orteils, monter sur la cheville puis prendre le talon. Monter en spirale le long de la jambe en respectant 50% de chevauchement, découper le surplus.

Renforcer les parties concaves (creux malléolaire) ainsi que l'arrête tibiale afin d'obtenir une homogénéisation du volume du membre.

##### **3) Bande inélastique :**

Laisser légèrement dépasser la bande de ouate.

Faire deux tours à la racine des orteils, monter sur la cheville puis prendre le talon. Monter en spirale le long de la jambe en respectant 50% de chevauchement, découper le surplus.

##### **4) Surveillance :**

La contention ne doit pas être douloureuse.

Elle ne doit pas être cause de cyanose des orteils, ni de blessure des saillies osseuses.

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### **CONTENTION MIXTE OU MULTITYPE**

##### **Vérifier l'absence de contre indication.**

Toujours placer les bandes de la racine des orteils jusqu'au dessous du genou.

1) Jersey en chaussette :

Réaliser une « chaussette » sans orteils dans le tubulaire jersey.

L'enfiler sur la jambe.

2) Bande de ouate :

Faire deux tours à la racine des orteils, monter sur la cheville puis prendre le talon. Monter en spirale le long de la jambe en respectant 50% de chevauchement, découper le surplus. Renforcer les parties concaves (creux malléolaire) ainsi que l'arrête tibiale afin d'obtenir une homogénéisation du volume du membre.

3) Bande inélastique :

Laisser légèrement dépasser la bande de ouate. Faire deux tours à la racine des orteils, monter sur la cheville puis prendre le talon. Monter en spirale le long de la jambe en respectant 50% de chevauchement, découper le surplus.

4) Bande élastique :

*Le choix de la bande dépend de la force souhaitée.*

*A savoir :*

- Force III / IV = Biflex 17+ ou Dupraflex 3

- Force I / II = Biflex 16+ ou Dupraflex2

Laisser légèrement dépasser la bande de ouate. Faire deux tours à la racine des orteils, monter sur la cheville puis prendre le talon. Monter en spirale le long de la jambe en étirant de 50% et respectant 50% de chevauchement pour une force I ou III, et 75% pour une force II ou IV.

Aide à l'extension :

- si présence de signalétique ovale, étirer jusqu'à la position « rond

- si présence de signalétique rectangulaire, étirer jusqu'à la position « carré »

5) Surveillance :

La contention ne doit pas être douloureuse.

Elle ne doit pas être cause de cyanose des orteils, ni de blessure des saillies osseuses.

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### **CONTENTION par PROFORE**

Toujours placer les bandes de la racine des orteils jusqu'au dessous du genou et couper le surplus de chaque bande arriver sous le genou.

##### **1) Bande de ouate : Profore 1**

Faire deux tours à la racine des orteils, monter sur la cheville puis prendre la talon. Monter en spirale le long de la jambe en respectant 50% de chevauchement jusque sous le genou. Découpez le surplus.

Il est souhaitable de renforcer les parties concaves (creux malléolaire) ainsi que l'arrête tibiale afin d'obtenir une homogénéisation du volume du membre

##### **2) Bande de crêpe : Profore 2**

Laisser légèrement dépasser la bande de ouate.

Faire deux tours à la racine des orteils, monter sur la cheville puis prendre la talon. Monter en circulaire le long de la jambe en respectant 50% de chevauchement, découper le surplus.

Fixer à l'aide de ruban adhésif.

##### **3) Bande inélastique de compression légère : Profore 3**

Laisser légèrement dépasser la bande de ouate.

Faire deux tours à la racine des orteils, monter sur la cheville puis prendre la talon. Monter en 8 le long de la jambe en étirant de 50% la bande et respectant 50% de chevauchement. Découper le surplus.

Fixer à l'aide de ruban adhésif.

##### **4) Bande autoadhésive : Profore 4**

Laisser légèrement dépasser la bande de ouate.

Faire deux tours à la racine des orteils, monter sur la cheville puis prendre la talon. Monter en circulaire le long de la jambe en respectant 50% de chevauchement. Découper le surplus.

Le bandage peut être renforcé par de l'adhésif (Hypafix\*) sur les zones de frottement (talon - plante du pied).

##### **5) Surveillance :**

La contention ne doit pas être douloureuse.

Elle ne doit pas être cause de cyanose des orteils, ni de blessure des saillies osseuses.

## **COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE**

### ***Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole***

CONTENTION par URGO K2

I – Technique de pose

Toujours placer les bandes de la racine des orteils jusqu'au dessous du genou.

Pour une bande 18/25 on superposera de 50%, pour une bande 25/32 on superposera de 2/3.

1) Bande allongement court : KTECH (blanche)

Faire deux tours à la racine des orteils, prendre la cheville puis le talon, monter en spirale le long de la jambe en respectant le chevauchement selon la taille de la bande et un étirement à 50% (l'ovale doit devenir cercle) jusque sous le genou. Découpez le surplus.

2) Bande cohésive : KPRESS (chair)

Laisser légèrement dépasser la bande de ouate.

Faire deux tours à la racine des orteils, prendre la cheville puis le talon, monter en circulaire le long de la jambe en respectant le chevauchement selon la taille de la bande et un étirement à 50% (l'ovale doit devenir cercle), découper le surplus arriver sous le genou. Fixer à l'aide de ruban adhésif.

II - Surveillance:

La contention ne doit pas être douloureuse.

Elle ne doit pas être cause de cyanose des orteils, ni de blessure des saillies osseuses.

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### **Annexe 3**

Madame, Monsieur,

Vous êtes porteuses (porteurs) d'une plaie chronique qui nécessite des soins réguliers à votre domicile et un suivi au centre de cicatrisation. La stratégie de prise en charge a été mise en place conjointement avec l'équipe médicale et infirmières lors de vos précédentes consultations.

Nous vous proposons lors des prochaines consultations au centre de cicatrisation un suivi par l'infirmière du centre. Ce suivi effectué par l'infirmière vous permettra d'avoir une prise en charge optimale en réduisant le temps d'attente des consultations. A tout moment si cela est nécessaire vous pourrez voir le médecin. L'infirmière du centre pratiquera les soins, transmettra à votre équipe soignante habituelle le protocole de soins, rédigera les ordonnances nécessaires à votre prise en charge et organisera votre suivi avec les autres professionnels (podologue ; podo-orthésiste, médecin). Certains soins et actes qui seront effectués lors de votre suivi sont habituellement réalisés par un médecin c'est pourquoi l'infirmière qui vous suivra a bénéficié d'une formation spécifique pour pouvoir le faire. De plus cette modalité de suivi a reçu l'autorisation par de l'ARS (Agence régionale de santé) et a été validé par la HAS (Haute Autorité de Santé)).

Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. Votre médecin traitant et votre équipe soignante ont été tenus au courant de cette proposition.

L'équipe du centre de cicatrisation

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### **Annexe 4 Consentement**

Madame, monsieur,

Dans le cadre de votre plaie chronique, vous êtes pris en charge au sein du centre de cicatrisation.

Lors de votre première visite un diagnostic a été fait et une stratégie thérapeutique mise en place.

Nous vous proposons que le suivi de votre plaie et l'organisation des soins soient effectuées par les infirmières du centre spécialisées en cicatrisation sous contrôle du médecin référent du centre.

Lors de ce suivi infirmier, si une situation nécessitant la présence médicale apparaît, **ou si vous le souhaitez**, le médecin référent du centre de cicatrisation, sera joignable et visible à tout moment.

Certains soins et actes qui seront effectués lors de votre suivi sont habituellement réalisés par un médecin c'est pourquoi l'infirmière qui vous suivra a bénéficié d'une formation spécifique pour pouvoir le faire. De plus cette modalité de suivi a reçu l'autorisation par de l'ARS ( Agence régionale de santé) et a été validé par la HAS (Haute Autorité de Santé)).

**Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce suivi infirmier, cela est néanmoins possible : un suivi traditionnel par le médecin référent du centre vous sera alors proposé, mais avec un possible allongement des délais de rendez-vous.**

**J'accepte de bénéficier de la consultation de suivi infirmière.**

lu, compris et approuvé

Signature

le.....

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### Annexe 5 : Cahier d'observation informatisé

#### Items recueillis

Date de la visite : \_\_\_\_\_ Recueil de données effectué par : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Patient adressé par :

Médecin traitant : Nom du médecin référent coordonnées : Tel Mail fax adresse

Spécialiste Nom du médecin Tel Mail fax adresse

IDE : Nom d'IDE à domicile coordonnées : Tel Mail fax adresse

Numéro de sécu ou autre numéro d'identification \_\_\_\_\_

Rendez vous :

Programmé

Urgence

Avancé

Mode de vie :  .seul  
 en famille  
 en institution

Provenance :

domicile

hospitalisation

institution

soins de suite et de réadaptation

Moyen de transport :

Ambulance

TAP / Taxi

moyen personnel

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

Allergie : .....

Facteurs de risque :

- Hypertension
- Diabète :
  - DT2 Ancienneté du diabète |\_\_|\_\_| années ou |\_\_|\_\_| mois
  - DT2i/ DT1 Ancienneté du diabète |\_\_|\_\_| années ou |\_\_|\_\_| mois
- Neuropathie
- Tabagisme actif : nombre de paquets année
- Dyslipidémie
- Obésité

Antécédents :

- Insuffisance veineuse
- Chirurgie des varices
- Phlébite
- Artériopathie des membres inférieurs
- Infarctus du myocarde
- Accident vasculaire cérébral
- Trouble du rythme
- Amputation mineure D G
- Amputation majeure D G
- Revascularisation angioplastie pontage
- Insuffisance rénale : dialyse oui / non
- Polyarthrite rhumatoïde
- Sclérodermie
- Greffe

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

Statut de la vaccination antitétanique : A jour      NSP      à refaire

Traitement général :

(Médicaments pris)

Biologie antérieure date prélèvement :

HB :

CRP :

Créatinémie

Creat :

Bactériologie antérieure date prélèvement :

Germe

Traitement antibiotique

Traitement en cours de la plaie

Pansement

- Hydrogels
- Irrigo absorbant
- Tulle
- Interface
- Hydrocolloïde
- Hydrocellulaire
- alginate
- Hydrofibre
- Pansement actif :
  - Argent
  - Ibuprofène
  - NOSF
- pansement super absorbant

Contention :

- mixte force I    II    III    IV
- élastique force I    II    III    IV
- inélastique

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

- urgo K2
- profore
- chaussette ou bas force I II III IV

Décharge :

OUI NON

Compliance Bonne moyenne Mauvaise

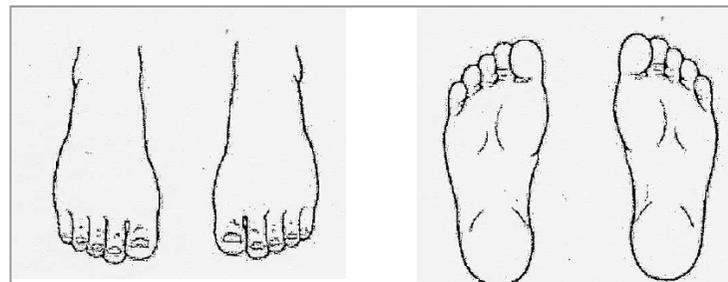
- avant pied
- talon
- semelles
- chaussures orthopédiques
- orthoplastie
- toepad
- attelle de positionnement

Qui fait le pansement :

- Patient
- famille
- IDE

Rythme du pansement |\_\_| jour

Plaie(s) :



## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### Plaie 1

- Date d'apparition : Ancienneté de la plaie
- Taille en cm :  Longueur  Largeur  Surface : Lxlx0.782
- Profondeur en cm :.....
  - o Contact osseux
  - o Tendon
  - o superficielle
- Evaluation colorielle
  - o Nécrose %
  - o fibrine %
  - o bourgeon %
  - o épidermée %
  - o kératose
- Exsudat
  - o Quantité :
    - +
    - ++ ...
    - +++ ...
    - ++++
  - o Qualité :
    - clair
    - vert
    - sanglant
    - pu
- Odeur
- Douleurs par EVA
  - o Entre les pansements
  - o Pendant le pansement
  - o Traitement

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

- Œdème
- Peau péri-lésionnelle :  normale  Excématisée  Inflammatoire  Macérée  hyperkératose  fissure  crevasse
- Cheville bloquée, arthrodèse ou ankylose
- Grade Texas pour les plaies diabétiques

Examen artériel :

-Pouls pédieux / tibial postérieur perçu / non perçu

-IPS

-PGO

-TCPO2

-Echo Doppler

Prélèvement bactériologique: Oui / non

écouvillon

tissus

os

pu

prélèvement anatomo-pathologique : oui / non labo :

Type d'ulcères :  veineux  artériel  micro-circulatoire

escarre  neuropathique  pied diabétique

infectée  neoplasique  post traumatique

-Traitement :

Détersion

Fibrine Nécrose

Amputation réalisée au centre

Dt Gauche

1 2 3 4 5

Contention :

mixte force I II III IV

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

- élastique force I II III IV
- inélastique
- urgo K2
- profore
- chaussette ou bas force I II III IV
- Décharge
  - avant pied
  - talon
  - semelles
  - chaussures orthopédiques
  - orthoplastie
  - toepad
  - attelle de positionnement
  
- Pansement
  - Vaseline
  - dexeryl
  - Diprosone
  - Fucidine
  - Pate à l'eau
  - Hydrogels
  - Irrigo absorbant
  - Tulle
  - Interface
  - Hydrocolloïde
  - Hydrocellulaire
  - alginate
  - Hydrofibre

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

- Pansement actif :
  - Argent
  - Ibuprofene
  - NOSF
- pansement super absorbant
- Revascularisation
  
- TPN
  -
- Traitements médicaux instaurés
  - Antibiothérapie
  - Antalgique
  - Anticoagulant
- 
- Orientation
  - Domicile
  - HAD
  - Hospitalisation
  - Soins de suite et de réadaptation
  - Suivi télémédecine
  - Suivi délégué
  -

Professionnels engagés dans la prise en charge du patient :

Médecin : Vasculaire Infectiologue diabétologue algologue nutritionniste chirurgien  
Présent avis téléphonique

IDE

Podo-orthésiste

Podologue

Nombre de professionnels engagés au cours de la prise en charge du patient

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

Nombre de consultations multiprofessionnels ( ≥ 2 professionnels différents lors d'une consultation)

Proposition suivi délégué

- Critères inclusion
  - Patient de plus de 18 ans ayant signé le consentement éclairé ou consentement signé par le représentant légal.
  - Ulcère présentant les critères suivants :
    - Veineux avec un IPS supérieur à 0.8.
    - Artériel après revascularisation.
    - Pieds diabétiques, avec neuropathie pure non compliquée.
    - Escarre talonnière.
- Critères d'exclusion :
  - Patient âgé de moins de 18 ans.
  - Pas de signature du consentement éclairé.
  - Refus de prise en charge de ce type par le patient.
  - Complication locale nécessitant un avis médical.

Hospitalisation

- Causes
- Traditionnelle
- HAD
- Durée
- Immédiate
- Programmée

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### Annexe 6 Tableau des indicateurs de suivi

### INDICATEURS DE SUIVI

#### «Prise en charge pluri professionnelle des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique par un(e) IDE en lieu et place d'un médecin»

- **Délégants :**

Médecin dermatologue, angiologue, chirurgien, gériatre ou médecin de médecine générale

- ayant un DU de Plaies et Cicatrisations, et une pratique d'au moins 3 ans et au moins 200 à 300 cs par an depuis plusieurs années
- **OU** 5 ans de pratiques avec plus de 500 cas/an

- **Délégué : Infirmière (IDE) titulaire d'un DU en plaies et** (ou prise en charge du pied diabétique) **et** ayant une expérience clinique d'au moins 3 ans encadré dans un Service ou une consultation qui voit majoritairement des plaies avec un spécialiste (Annexe 14)

- Lieu : Centre de cicatrisation existant depuis 2006.

#### Actes délégués :

- Utilisation d'un doppler pour mesure de l'indice de pression systolique
- Décision et réalisation de faire une anesthésie locale
- Décision et réalisation d'une détersion mécanique
- Prescription de dispositifs de pansement hors champ de prescription IDE habituel
- Prescription des soins infirmiers
- Prescription des bons de transport
- Evaluation et adaptation de la décharge
- Décision de consultation d'autres intervenant podio-orthésistes, pédicure-podologue si cela est nécessaire en fonction de l'évolution de la plaie.

#### Objectifs du protocole

- Améliorer le service rendu aux patients : réduire le temps de cicatrisation,
- Augmenter l'accès des patients à une prise en charge multidisciplinaire et réduire les délais de prise en charge

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### Population incluse dans le protocole

**Population éligibles** : Le patient est adressé par son médecin référent ou un autre médecin spécialiste au centre, qui sont informés du protocole. 20- 30 % des patients suivis au centre de cicatrisation sont éligibles au protocole.

#### Population incluse :

- Patient de plus de 18 ans, informé du protocole et ayant signé le consentement éclairé ou consentement signé par le représentant légal.
- Ulcère présentant les critères suivants :
  - Veineux avec un IPS supérieur à 0.8.
  - Artériel après revascularisation.
  - Pieds diabétiques, avec neuropathie pure non compliquée.
  - Escarre talonnière.

#### Critères d'exclusion :

- Patient âgé de moins de 18 ans.
- Pas de signature du consentement éclairé.
- Refus de prise en charge de ce type par le patient.
- Complication locale nécessitant un avis médical.
  - Infection non contrôlée
  - Douleur non contrôlée
  - Contact osseux
  - Ulcère néoplasique
  - Ulcère artériel instable
  
- La situation d'urgence vitale
- Les troubles du comportement du patient
- Patients avec TPN (suivis par le déléguant ou le prescripteur)

#### Critères d'alerte du déléguant

Le déléguant est toujours joignable et informé lors de l'activité du délégué.

Présence de signes d'infection, trois des cinq signes suivants (présence de signes d'infection de la plaie) : douleurs, œdèmes, exsudats, inflammation, chaleur.

Evolution défavorable :

- 1- Augmentation de la taille de la plaie
- 2- Réapparition de fibrine ou de nécrose

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

3-Visualisation d'un tissu noble (os, tendon, aponévrose, capsule)

4 - Surinfection de la plaie

Apparition d'une douleur inexpliquée ou non contrôlée.

Demande exprès du patient.

Complication d'une contention.

Signes généraux d'infection (fièvre, frissons...).

Demande de l'équipe soignante habituelle.

Incidents lors de la réalisation des soins (douleurs, saignements, découverte d'abcès).

Apparition d'une nouvelle plaie.

Décompensation d'une autre pathologie que la plaie (respiratoire, cardiologique...).

Présentation par le patient de bilan bactériologique ou sanguin réalisé à domicile qui nécessite l'avis du déléguant.

Signes locaux régionaux : érysipèle, lymphangite, adénite

Signes généraux : fièvre, frissons

Biologie : hyperleucocytose, crp élevé, hémoculture positive, germe retrouvé dans la plaie sur des prélèvements réalisés chez un patient présentant des signes cliniques d'infections,...

Déséquilibre glycémique constaté

apparition d'un bourgeonnement anormal

absence d'évolution favorable de la plaie à 2 mois (absence de réduction des mensurations)

Urgence vitale, suivi du protocole habituel de la clinique.

En cas d'urgence et d'absence imprévue du délégué et du déléguant le patient est orienté par son médecin traitant vers la structure d'hospitalisation.

### **Evènements indésirables**

- Impossibilité de joindre le déléguant.

-Complication lors de la réalisation du pansement (saignement, douleurs ...).

- Mauvaise coordination des rendez-vous avec les acteurs multi-professionnels : Evaluation par absence de prise en charge des soins podologiques ou la fabrication de semelles ou de chaussure définitive à la fin de la cicatrisation.

- prescription refusée par le médecin référent (traitant) : Evaluation par notification de l'évènement dans le dossier patient. Reprise de cet EI lors des réunions d'équipe

- Le changement d'avis du patient pour le suivi délégué est un critère de sortie de protocole, dont les causes doivent être analysées. : Notification des causes dans le dossier et reprise de cet évènement indésirable lors des réunions d'équipe

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### Indicateurs d'évaluation et de suivi du protocole

Relecture et commentaire HAS des indicateurs proposés par les promoteurs :

#### Activité

- 1- Nombre d'actes délégués / nombre d'actes du centre de cicatrisation (délégant(s) + délégués)
- 2- Nombre de patients inclus / nombre de patients éligibles (à analyser selon les causes de non inclusion)
- 3 - Taux de sortie du protocole (à analyser selon les causes de sortie)

#### Indicateurs de qualité et de sécurité

- 1- nombre d'alertes justifiées du délégant par le délégué / nombre d'alertes
- 2- Taux de reprises : A évaluer par le délégant et à analyser en distinguant les reprises sur critères d'alerte ne relevant pas de la responsabilité du délégué des reprises relevant d'une mauvaise pratique déléguée
- 3- nombre d'actes délégués avec au moins un effet indésirable survenu / nombre d'actes délégués à analyser selon l'origine de l'effet indésirable)
- 4- Nombre d'EIG / nombre d'actes délégués sur 1 an. A analyser selon les causes.

#### Analyse des pratiques

- 1- Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques réalisées pendant la période évaluée
- 2- Nombre d'EI analysés en équipe/ nombre d'EI survenus

#### Indicateurs d'impact organisationnel

- 1 –Délai moyen en jours entre la demande et le 1er rendez-vous des patients inclus
- 2-Délai d'envoi du courrier (compte rendu) au médecin traitant (si vous avez un objectif chiffré en jours, utiliser le « taux de courriers envoyés au médecin traitant dans les délais visés »)

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

**Satisfaction des acteurs (professionnels et patients) : doit être analysé au regard du taux de réponse de chaque acteur**

#### **1 Satisfaction des professionnels**

- Taux délégués satisfaits ou très satisfaits du protocole : Nombre de délégué(e)s ayant répondu satisfait ou très satisfait au questionnaire de satisfaction
- Taux de délégants satisfaits ou très satisfaits du protocole : Nombre de délégants ayant répondu satisfait ou très satisfait au questionnaire de satisfaction

#### **2-Satisfaction des patients**

- Taux patients satisfaits ou très satisfaits du protocole : Nombre de patients inclus au protocole ayant répondu satisfait ou très satisfait au questionnaire de satisfaction

**Indicateurs d'impact médicaux** : ces indicateurs sont difficiles à mesurer et à analyser car ils ne permettent pas à eux seuls de juger de la qualité de la prise en charge.

- Temps de cicatrisation
- Taux patients avec cicatrisation complète

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole

Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Objectif quantifié	numérateur	dénominateur	Seuil d'alerte (si différent de l'objectif)	périodicité	commentaires
Activité	Taux d'actes réalisés par les délégués	Tendre vers 25 %	Nombre d'actes réalisés par les délégués	nombre d'actes du centre de cicatrisation (délégant(s) + délégués)	15 %	Annuelle	Augmentation progressive de ce taux sur plusieurs mois jusqu'à un plateau
	Taux de patients inclus	Tendre vers 25 %	Nombre de patients inclus	nombre de patients éligibles (à analyser selon les causes de non inclusion)	15 %	Annuelle	Augmentation progressive de ce taux sur plusieurs mois jusqu'à un plateau
	Taux de sortie du protocole : A analyser selon les causes ayant motivé la sortie	Tendre vers 0%	Nombre de patient sorti du protocole	Nombre de patients inclus dans le protocole	Non applicable – correspond à l'objectif	Annuelle	Sortie de protocole définie par une reprise suivie d'une prise en charge par le délégant. analysé selon les causes de sortie
Qualité et sécurité de la prise en charge	Taux d'alerte(s) pertinente(s) du délégant par le délégué		nombre d'alertes du délégant par le délégué = <i>nombre de recours au délégant (considérées comme pertinentes par le délégant)</i>	Nombre total d'alertes par le(s) délégué(s)	Non applicable – correspond à l'objectif	Annuelle	Optimiser le protocole utilisé pour chaque type d'acte Analyse dans le cadre du groupe d'analyse des pratiques

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole

	<p>Taux de reprises</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A évaluer par le délégant</li> <li>▪ A analyser en distinguant les reprises sur critères d'alerte ne relevant pas de la responsabilité du délégué des reprises relevant d'une mauvaise pratique déléguée</li> </ul>	Tendre vers 0%	Nombre d'actes réalisés par le délégant sur appel du délégué	Nombre d'acte(s) réalisés par le délégué	Non applicable – correspond à l'objectif	Annuelle	<p>Distinguer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-les reprises justifiées par des complications ne relevant pas de la responsabilité du délégué</li> <li>-de celles liées à une mauvaise pratique du délégué</li> </ul>
	Taux d'actes délégués avec au moins un effet indésirable survenu	10%	nombre d'actes délégués avec au moins un effet indésirable survenu	nombre d'actes délégués à analyser selon l'origine de l'effet indésirable)	20 %	Annuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evènements indésirables cités dans la cartographie des risques</li> <li>- Distinguer s'il y a lieu les évènements indésirables graves</li> </ul>
	Taux d'EI Grave	Tendre vers 0 %	nombre d'EI grave	nombre d'actes délégués sur un an	5 %	Annuelle	A analyser selon les causes
	Nombre de réunions d'équipes pour l'analyse des pratiques professionnelles pendant la période évaluée	100 % des réunions prévues	Nombre de réunion prévues	Nombre de réunions réellement effectuées	80%	Annuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reprise des situations de prise en charge et des pratiques professionnelles</li> <li>• Réunion d'équipe <b>tous les mois</b></li> <li>• 1 atelier de pratique</li> </ul>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

							professionnelle <b>semestriel</b>
	Taux d'EI analysés en équipe	100%	nombre d'EI analysés en équipe	nombre d'EI survenus	80 %	annuelle	•
<b>Organisation</b>	Délai moyen en jours entre la demande et le 1er rendez-vous des patients vu pour la première fois au centre	Délai < 2 jours Pied diabétique et ischémique  Delai < 7 jours Ulcère veineux chronique	Nombre de jours entre la demande et le 1 <sup>er</sup> RDV des patients vu pour la première fois au centre	Nombre de patients pris en charge dans l'année pour un 1 <sup>er</sup> RDV	90%  70 %		La création de la délégation permet de réduire les délai pour les rendez vous première fois
	Délai moyen d'envoi du courrier (compte rendu) au médecin traitant	Tendre vers 0	Nombre de jours pour envoi du courrier au médecin traitant	Nombre de consultations effectuées par l'IDE	3 jours		Même délai

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

<b>Satisfaction</b>							
	Taux de satisfaction des patients inclus au protocole de coopération	Tendre vers 100%	Nombre de patients inclus au protocole ayant répondu satisfait ou très satisfait au questionnaire de satisfaction	Nombre de patients inclus au protocole ayant répondu au questionnaire de satisfaction	< 90 %	Annuelle	-A mettre en corrélation avec le taux de retour des questionnaires. -Préciser les modalités d'échantillonnage
	Taux de satisfaction des délégué(e)s	Tendre vers 100%	Nombre de délégué(e)s ayant répondu satisfait ou très satisfait au questionnaire de satisfaction	Nombre de délégué(e)s ayant répondu au questionnaire de satisfaction	< 90 %	Annuelle	Entretien annuel d'évaluation
	Taux de satisfaction des délégant(e)s	Tendre vers 100%	Nombre de délégants ayant répondu satisfait ou très satisfait au questionnaire de satisfaction	Nombre de délégants ayant répondu au questionnaire de satisfaction	< 90 %	Annuelle	Entretien annuel d'évaluation
<b>Impact médical</b>	Taux patients avec cicatrisation complète à 6 mois	Tendre vers 100 %	Nombre de patients cicatrisés	Nombre de patient total pris en charge par le délégué	70 %	annuelle	
	Durée de cicatrisation		Durée totale de la prise en charge pour				A analyser en fonction des étiologies des plaies

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

			obtenir une cicatrisation en jours depuis le début du protocole				
--	--	--	---	--	--	--	--

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### **Annexe 7 : Questionnaire de satisfaction personnel centre de cicatrisation**

Date :

Vous êtes

infirmière (délégué)

médecin (délégant)

L'activité de consultation infirmière dans le cadre du protocole de coopération

très satisfait

satisfait

peu satisfait

insatisfait

Remarques complémentaires :

.....  
.....

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### **Annexe 8 : Questionnaire de satisfaction patient centre de cicatrisation**

Afin d'améliorer la qualité de nos services et la prestation de soins que nous offrons à nos patients, merci de vouloir prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Votre avis nous intéresse.

Date :

Votre prise en charge au centre de cicatrisation :

Consultation traditionnelle     suivi infirmière

Concernant votre prise en charge au centre de cicatrisation vous êtes

très satisfait     satisfait     peu satisfait     insatisfait

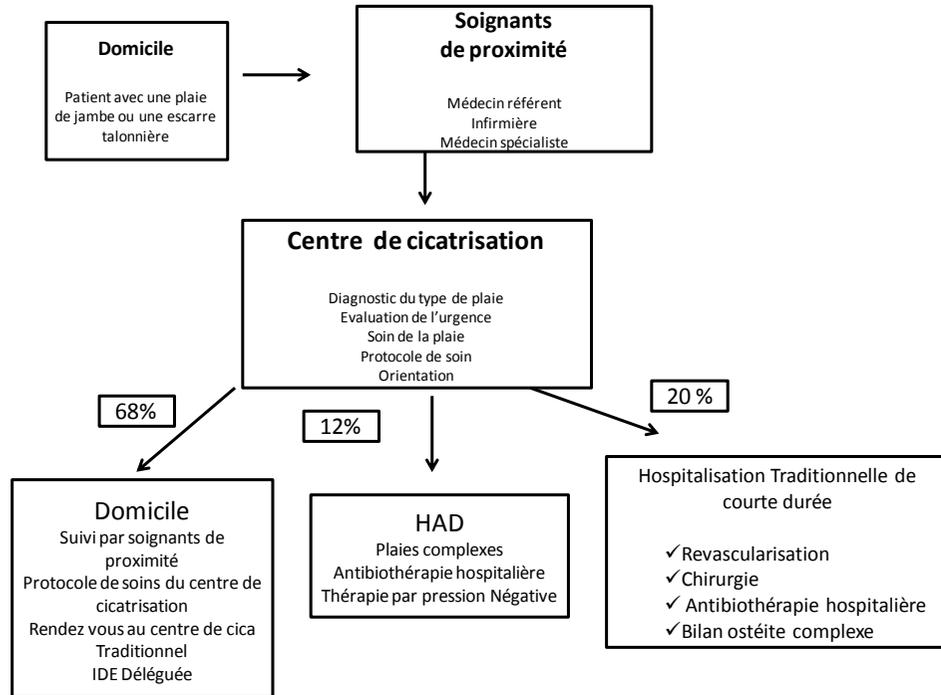
Remarques complémentaires :

.....  
.....

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole

#### Annexe 9 : Parcours de soins d'un patient présentant une plaie



Patient présentant une plaie du membre inférieur ou une escarre talonnaire et pris en charge par son équipe soignante de proximité, médecin généraliste et infirmières. Devant l'absence de bonne évolution ou la gravité de la pathologie, le patient est adressé au centre de cicatrisation où un diagnostic du type de plaie, une évaluation de l'urgence, le soin de la plaie sont effectués. Un protocole de soins est proposé et le patient est orienté : (durée de cette consultation initiale 2 h)

-soit retour à domicile avec suivi par ses soignants de proximité selon le protocole de soins du centre de cicatrisation avec un rendez-vous si nécessaire pour une nouvelle consultation au centre de cicatrisation de type «traditionnelle» ou dans le cadre du protocole de coopération avec l'IDE déléguée

-soit hospitalisation à domicile dans le cas de plaies complexes nécessitant des soins spécifiques, une antibiothérapie hospitalière ou une thérapie par pression négative,

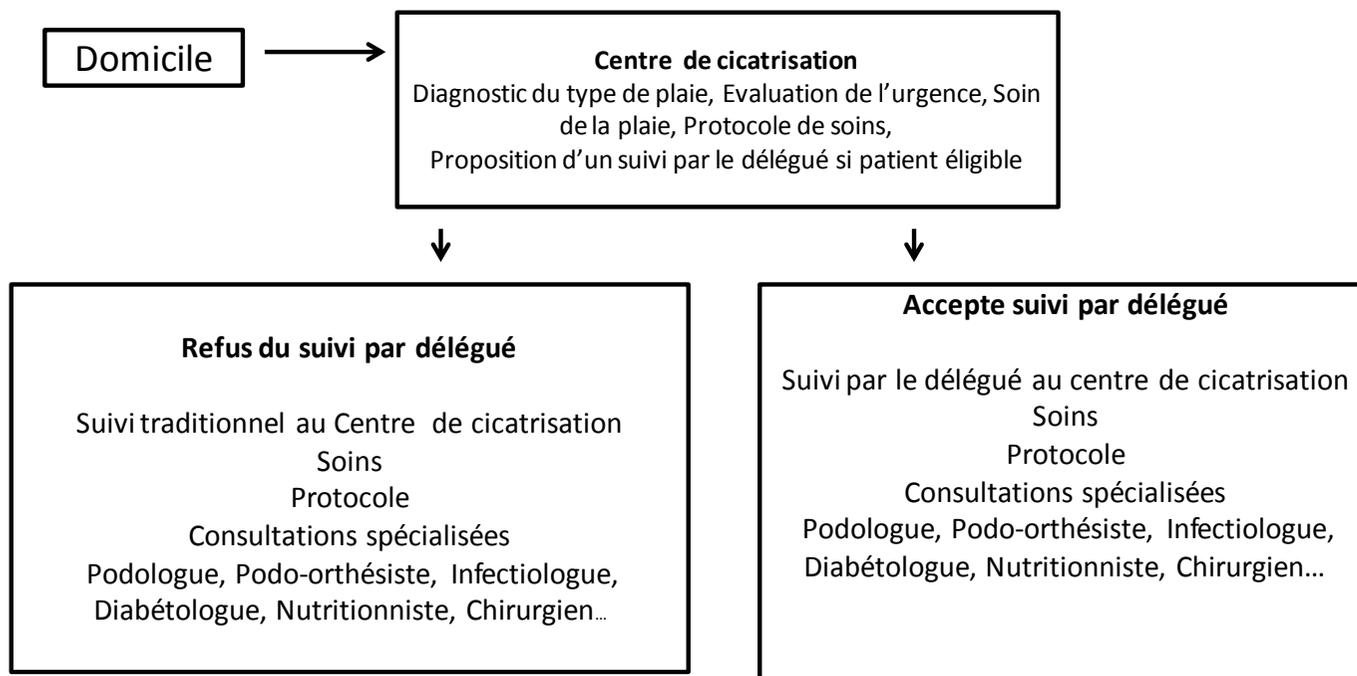
-soit hospitalisation traditionnelle de courte durée pour revascularisation, chirurgie (amputation, détersion...), antibiothérapie hospitalière ou bilan type ostéite complexe.

68% des patients retournent à domicile, 20% ont une hospitalisation de courte durée, 12% une HAD

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

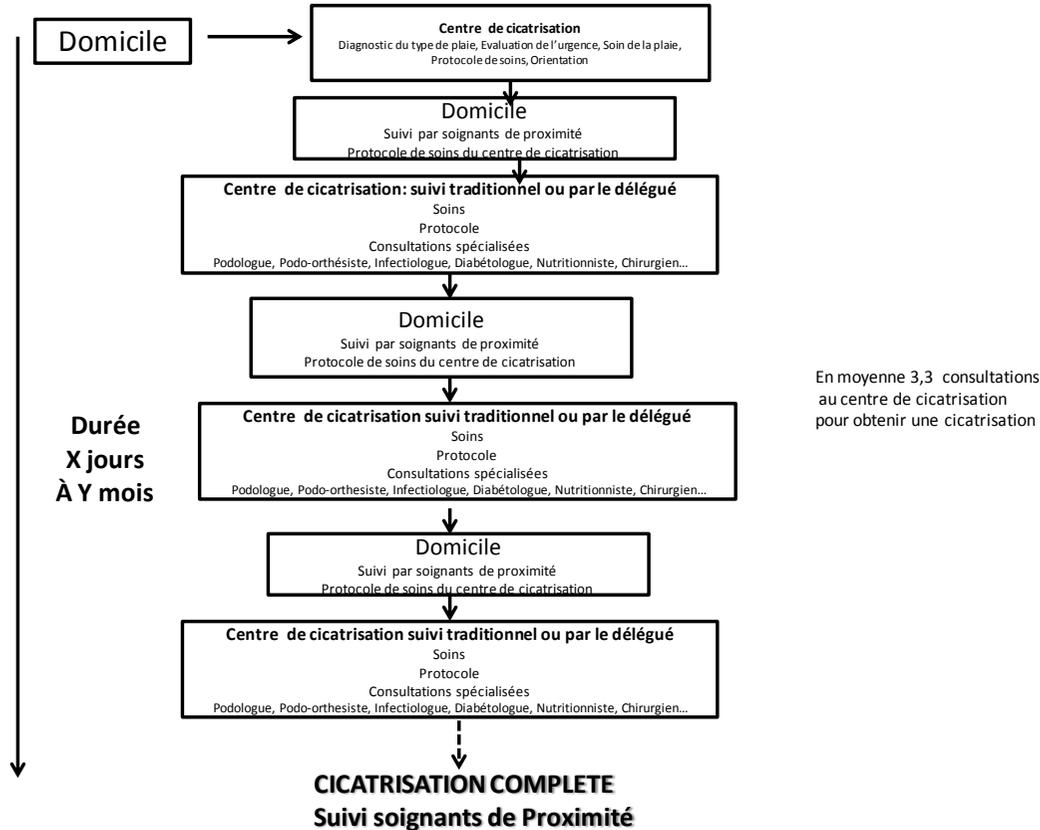
#### Annexe 10 Suivi du patient en ambulatoire au centre de cicatrisation par le délégué ou traditionnel.



## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole

#### Annexe 11 : Suivi ambulatoire au centre de cicatrisation traditionnelle ou par délégué



Le patient vient de son domicile, adressé par son équipe soignante au centre de cicatrisation où sont effectués : un diagnostic du type de plaie, une évaluation de l'urgence, un soin de la plaie, un protocole de soins. (Durée 2 h) Puis le patient retourne à son domicile avec un rendez-vous pour une prochaine consultation au centre de cicatrisation en ambulatoire. L'intervalle entre deux rendez vous est fonction de la gravité de la pathologie ou de son potentiel évolutif les délais vont de 4 à 8 jours en cas de plaies instables à 3 semaines un mois pour les plaies d'évolutions lentes. Lors des consultations suivantes (durée 1h) le patient a un soin de sa plaie, une adaptation du protocole de soins locaux, et une consultation spécialisée avec le podologue, le podo-orthésiste, l'infectiologue, le diabétologue, le chirurgien, le

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

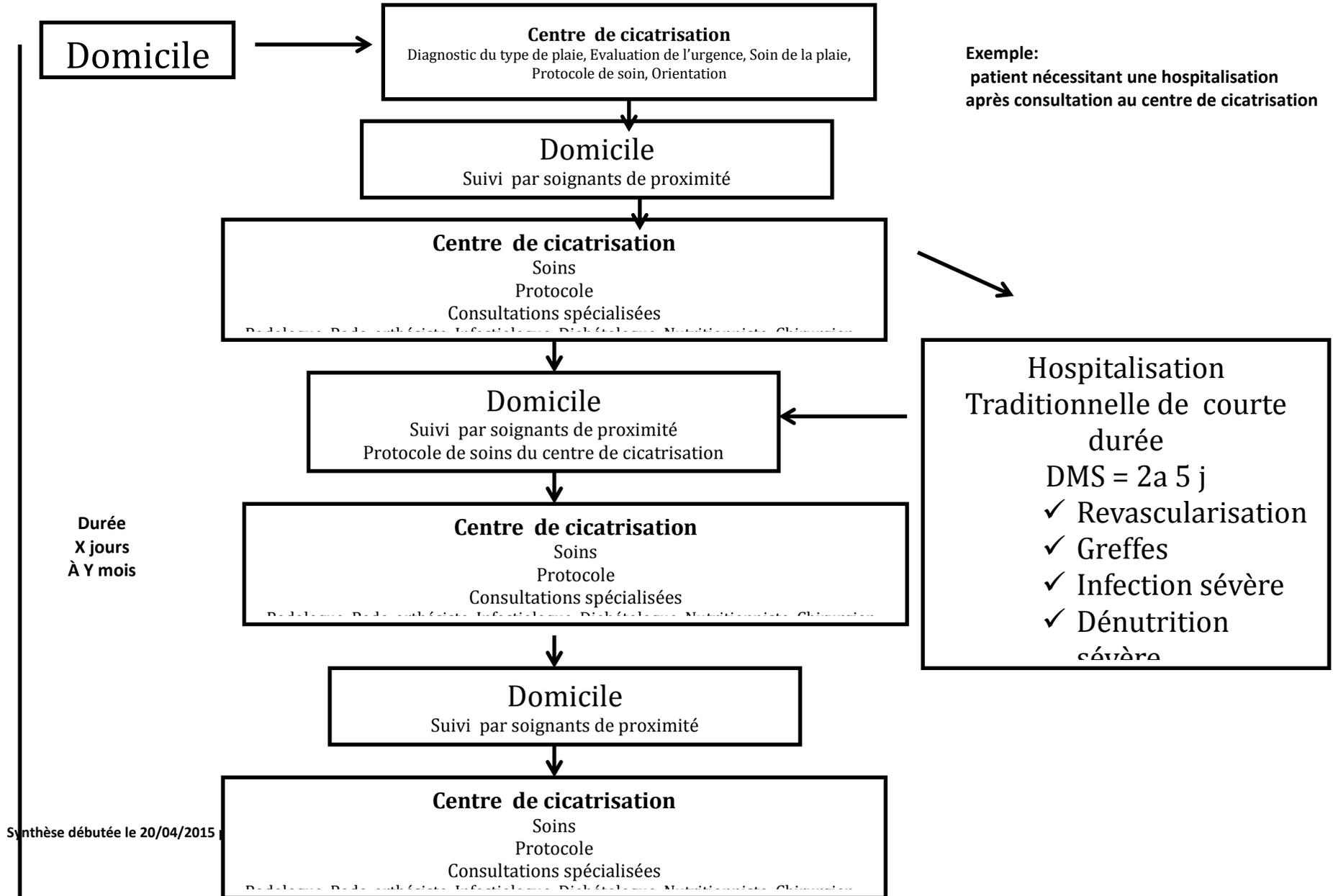
### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

nutritionniste, le chirurgien, l'algologue... en fonction des besoins. Le patient rentre ensuite à son domicile et est suivi par son équipe de proximité avec un protocole de soins du centre de cicatrisation et un nouveau rendez-vous et ainsi de suite jusqu'à cicatrisation complète.

### **Annexe 12 : Suivi ambulatoire au centre de cicatrisation en consultation traditionnelle nécessitant une hospitalisation lors de son suivi cicatrisation**

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole



## **COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE**

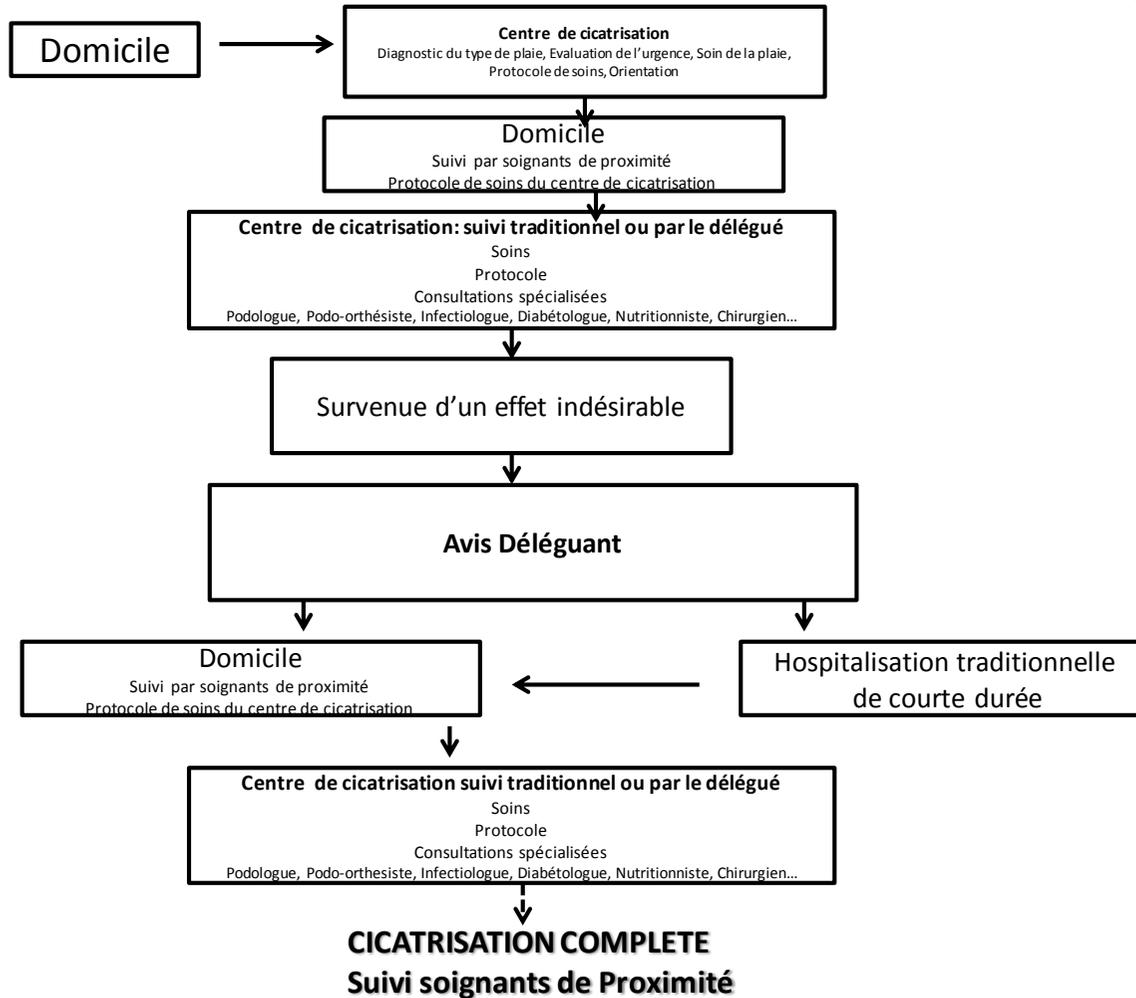
### ***Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole***

**Dans certains cas, une hospitalisation est nécessaire pour quelques jours. Exemple d'un patient en ischémie : lors de la première visite au centre de cicatrisation, est diagnostiquée une ischémie qui nécessite une hospitalisation pour revascularisation dont la DMS est entre 2 et 3 jours. Une fois revascularisé, le patient retourne à son domicile avec un rendez-vous au centre de cicatrisation où il suit le trajet déjà décrit jusqu'à cicatrisation complète.**

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole

#### Annexe 13 : Suivi ambulatoire au centre de cicatrisation dans le cadre du protocole de coopération avec l'IDE déléguée



## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### Annexes 14 : Formation du délégué pour les actes dérogatoires

Thème de la formation	Formateur- Durée	Objectif	Contenu
l'anesthésie locale	Déléguant 45 min	<p>Etre capable de recenser les antécédents d'allergie</p> <p>Etre capable de choisir le type d'anesthésiant en fonction du type de soins à réaliser</p> <p>Etre capable de repérer les premiers signes d'une réaction allergique</p> <p>Connaître le délai d'action des anesthésiants</p>	<p>Définition de l'anesthésie locale</p> <p>Signes cliniques d'une allergie</p> <p>Différences entre la Xylocaïne et la Lidocaïne</p> <p>Techniques d'administration (percutanée, sous cutanée)</p>
Détersion	Déléguant 2 h	<p>Etre capable d'identifier les contre-indications à la détersion</p> <p>Etre capable de différencier les types de tissus (os, tendon, aponévrose musculaire...)</p> <p>Etre capable de choisir le matériel adapté en fonction du type de détersion à réaliser</p> <p>Etre capable de manier un scalpel, une curette en sécurité</p>	<p>Définition et repérage des différents tissus</p> <p>Techniques de détersion sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tendon</li> <li>- os</li> <li>- nécrose tissulaire</li> <li>- fibrine</li> </ul> <p>Choix du matériel</p> <p>Mesures correctives en cas de gestes mal maîtrisés (saignement, douleur par ex.)</p>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

		Repérer les éventuelles complications de la détersion	Participer à un apprentissage gradué au centre de cicatrisation. (pratique réalisée lors des jours de travail au centre de cicatrisation )
L'évaluation, l'adaptation et la mise en place de la contention compression	Déléguant et personne référente sur la compression au centre 2 h	<p>Etre capable de reconnaître le type de contention compression utilisée</p> <p>Savoir mettre en place les différentes contentions compressions commercialisées</p> <p>Etre capable de reconnaître une contention compression mal posée et/ou inadaptée</p> <p>Etre capable de reconnaître un matériel usagé</p> <p>Etre capable de donner des conseils d'entretien d'une contention compression</p>	<p>Buts de la contention compression</p> <p>Minimum requis pour pouvoir poser une compression</p> <p>Contre indication a la contention compression</p> <p>Les différents type de contention compression</p> <p>Modalité de pose de chaque type de contention compression</p> <p>Modalité de surveillance d'une contention compression</p> <p>Modalités d'entretien d'une contention compression</p>
l'évaluation, l'adaptation et la mise en place de la décharge	Déléguant et personne référente sur la décharge (podologue, podo-orthésiste, prothésiste) au centre 1 h 30	<p>Etre capable de vérifier la compliance du port de la décharge</p> <p>Savoir rechercher des zones d'hyper appui</p> <p>et mettre en place des mesures correctives</p> <p>Savoir reconnaître les signes d'usures d'une décharge et d'en identifier la cause.</p> <p>Savoir enseigner au patient la bonne utilisation de la décharge (intérêt, mise en place, surveillance, entretien...)</p>	<p>Intérêts de l'utilisation d'une décharge</p> <p>Différents types de décharges</p> <p>Modalités de surveillance de la décharge</p> <p>Evaluation des zones d'appui sur un pied et sur la décharge</p> <p>Signes d'usure de la décharge</p> <p>de l'utilisation d'une décharge</p>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

<p>la detection et l'évaluation des zones d'hyper appui</p>	<p>Déléguant et ou Diabétologue et /ou podo orthésiste 30 min</p>	<p>Etre capable de connaître les déformations caractéristiques du pied diabétique          Etre capable d'expliquer pourquoi ces déformations surviennent          Etre capable de rechercher a l'interrogatoire des causes d'hyper appui (chaussure, botte, attelles,          Etre capable de faire un examen clinique pour rechercher des zones d'appui</p>	<p>Anatomie du pied          Physiopathologie de la neuropathie          Questionnaire de recherche des zones d'appui potentiel            Examen des pieds et des membre en insistant sur les zones d'appuis potentiels</p>
<p>a la rédaction d'ordonnance</p>	<p>Déléguant , 2h</p>	<p>Connaître les critères nécessaires à la validité d'une ordonnance            Savoir rédiger une ordonnance dans chacune de ces situations          - Ordonnances pour les pansements hors nomenclature          - Ordonnances pour les contentions          -Ordonnances pour la décharge          -Ordonnances pour la prescription des soins infirmiers          -Ordonnance pour les traitements locaux topiques (ex : dermocorticoïdes)</p>	<p>Contenu médico légal d'une ordonnance            Modalités de rédaction            Indication et utilisation des topiques locaux (ex : dermocorticoïdes)</p>
<p>Critères du délégué pour faire appel au déléguant :</p>	<p>Déléguant 1h</p>	<p>Connaître les criteres devant faire appel au deleguant          Etre capable de reconnaître des signes d'infection:            -Etre capable de reconnaître un arrêt d'une évolution favorable.          - Savoir reconnaître une</p>	

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

		<p>modification d'une douleur : apparition ,majoration d'une douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Être capable de reconnaître une complication d'une contention.</li> </ul> <p>Connaître les signes généraux d'infection (fièvre, frissons...).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître les Incidents possible lors de la réalisation des soins (douleurs, saignements, découverte d'abcès).</li> <li>- Savoir rechercher la décompensation d'une autre pathologie que la plaie (respiratoire, cardiologique...).</li> </ul>	
Mesure de l'indice de pression systolique	Médecin vasculaire 1 H	<p>Être capable de prendre les pouls peripheriques</p> <p>Être capable d'utiliser un Doppler et un Systoe pour mesurer un IPS a la cheville et au gros orteil</p>	<p>Repérage des pouls périphériques</p> <p>Définition de l'IPS</p> <p>Critères de normalité et interprétation de l'IPS</p> <p>Manipulation du Doppler et du systoe</p>

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

#### **Annexe 15 : Grille d'évaluation des actes dérogatoires**

L'acquisition de chaque acte dérogatoire ou compétence est évaluée selon une grille

- Acquise
- En cours d'acquisition
- Non acquise

#### **Annexe 16: Evaluation annuelle de l'activité du délégué :**

Il est vérifié annuellement par une analyse des pratiques. Evaluation de l'activité du délégué par le délégant une fois par an. Le délégant participera à une consultation du délégué avec vérification des critères suivants

- 1- Connaissance du dossier des patients traités
- 2- Vérification de la recherche systématique par le délégué des signes nécessitant un avis du délégant
- 3- Capacité d'évaluation du stade de la plaie du délégué
- 4- Bon choix du pansement

L'évaluation portera sur 3 patients en cas de non validation de l'évaluation une formation complémentaire sera réalisé dans la semaine suivant l'évaluation

#### **Annexe17: Critères du délégué pour faire appel au délégant :**

- Présence de signes d'infection, trois des cinq signes suivants (présence de signes d'infection de la plaie) : douleurs, œdèmes, exsudats, inflammation, chaleur.
- Arrêt d'une évolution favorable.
- Apparition d'une douleur inexplicable ou non contrôlée de la douleur habituelle.
- Demande expresse du patient.
- Complication d'une contention.
- Signes généraux d'infection (fièvre, frissons...).
- Demande de l'équipe soignante habituelle.
- Incidents lors de la réalisation des soins (douleurs, saignements, découverte d'abcès).
- Apparition d'une nouvelle plaie.
- Décompensation d'une autre pathologie que la plaie (respiratoire, cardiologique...).

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

- Présentation par le patient de bilan bactériologique ou sanguin réalisé à domicile qui nécessite l'avis du déléguant, dont l'HbA1c ou la glycémie capillaire.
- Urgence vitale, suivi du protocole habituel de la clinique (voir annexe).

## Annexe 18 Références

---

<sup>1</sup> HAS [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)

<sup>2</sup> Burden of diabetic foot disorders, guidelines for management and disparities in implementation in Europe: a systematic literature review. van Acker K1, Léger P, Hartemann A, Chawla A, Siddiqui MK. Diabetes Metab Res Rev. 2014 Nov;30(8):635-45.

<sup>3</sup> Boulton AJ, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, Apelqvist J. The global burden of diabetic foot disease. Lancet. 2005 Nov 12;366(9498):1719-24

<sup>4</sup> Halimi et al. Le coût du pied diabétique. Diabète Métabol. 1993 ;19 :518-522.

<sup>5</sup> International Working Group on the Diabetic Foot. International consensus on the diabetic foot and practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot. Amsterdam: International Diabetes Federation; 2007.

<sup>6</sup> Oberlin P, Mouquet MC, Got I. Les lésions des pieds chez les patients diabétiques adultes. Quelle prise en charge à l'hôpital ? Etudes Résult 2007;(473)..

<sup>7</sup> Meaume S, Kerihuel JC, Fromantin I, Téot L. Workload and prevalence of open wounds in the community: French Vulnus initiative. J Wound Care. 2012 Feb;21(2):62, 64, 66

<sup>8</sup> Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004) pour 2014

<sup>9</sup> Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement Recommandations HAS juin 2006

<sup>10</sup> Nason GJ, Strapp H, Kiernan C, Moore K, Gibney J, Feeley TM, et al. The cost utility of a multi-disciplinary foot protection clinic in an Irish hospital setting. Ir J Med Sci. 2013;182(1):41-45.

<sup>11</sup> Horswell RL, Birke JA, Patout CA Jr. The staged management diabetes foot program versus standard care: a 1-year cost and utilization comparison in a state public hospital system. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84(12):1743-1746.

<sup>12</sup> Lavery LA, Wunderlich RP, Tredwell JL. Disease management for the diabetic foot: effectiveness of a diabetic foot prevention program to reduce amputations and hospitalizations. Diabet Res Clin Pract. 2005;70(1):31-37.

## COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

### *Modèle type de protocole de coopération : intitulé et région du Protocole*

- 
- <sup>13</sup> McCabe CJ, Stevenson RC, Dolan AM. Evaluation of a diabetic foot screening and protection programme. *Diabet Med.* 1998;15(1):80–84
- <sup>14</sup> Dargis V, Pantelejeva O, Jonushaite A, et al. Benefits of a multidisciplinary approach in the management of recurrent diabetic foot ulceration in Lithuania: a prospective study. *Diabetes Care* 1999;22:1428.
- <sup>15</sup> Nason GJ, Strapp H, Kiernan C, Moore K, Gibney J, Feeley TM, Egan B, Tierney S. The cost utility of a multi-disciplinary foot protection clinic (MDFPC) in an Irish hospital setting. *Ir J Med Sci.* 2013 Mar;182(1):41-5.
- <sup>16</sup> Krishnan S, Nash F, Baker N, Fowler D, Rayman G. Reduction in diabetic amputations over 11 years in a defined U.K. population: benefits of multidisciplinary team work and continuous prospective audit. *Diabetes Care.* 2008. Jan;31(1):99-101
- <sup>17</sup> Léger, S. Zalateu, F. Creach, A. Cor. Impact d'une prise en charge standardisée dans un centre de cicatrisation sur la durée de cicatrisation des ulcères veineux.jmv. Vol 35 2010. 326 07.089 P.
- <sup>18</sup> Guide du médecin pour la prise en charge du diabète de type I HAS 2007.
- <sup>19</sup> International working group on diabetic foot. <http://iwgdf.org/consensus/how-to-organize-a-diabetic-foot-clinic/>
- <sup>20</sup> Guide du médecin pour la prise en charge du diabète de type I HAS 2007.
- <sup>21</sup> Séances de prévention des lésions des Pieds chez le patient diabétique, par le Pédicure-podologue HAS 2007
- <sup>22</sup> Les pansements Indications et utilisations recommandées has 2011
- <sup>23</sup> Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code Profession d'infirmier ou d'infirmière J.O n° 183 du 8 août 2004 page 37087 : texte n° 37086
- <sup>24</sup> Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire JORF n°0077 du 30 mars 2012 page 5768 texte n° 34
- <sup>25</sup> Traitement des plaies par pression négative (TPN) des utilisations spécifiques et limitées HAS 2011
- <sup>26</sup> Actes et prestations - affection de longue durée Diabète de type 1 et de type 2 HAS 2012
- <sup>27</sup> K. Bakker; N. C. Schaper. The development of global consensus guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes Metab Res Rev* 2012; 28(Suppl 1): 116–118.
- management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes Metab Res Rev* 2012; 28(Suppl 1): 116–118.
- <sup>28</sup> Recommandation de bonne pratique Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs Indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation
- <sup>29</sup> Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied ? HAS 2014