

Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied ?

En 2010, 15 458 personnes ayant un diabète ont été hospitalisées pour plaies du pied. Dans les 12 mois suivants, 44 % ont été réhospitalisées pour une nouvelle plaie ou une amputation, et 20 % sont décédées (données CNAMTS).

Points clés

1. Dès le début de l'hospitalisation :

- contacter le médecin traitant et l'infirmière pour vérifier les possibilités de suivi et de soins techniques à domicile ;
- initier ou renforcer l'éducation du patient pour participer au traitement de sa plaie ;
- choisir le mode de sortie (domicile avec ou sans renforcement, HAD, SSR) :
 - en prenant en compte les critères médicaux et les critères sociaux,
 - en concertation avec le patient et son entourage.

2. Au moment de la sortie :

- désigner un professionnel responsable de l'organisation de la sortie ;
- vérifier que les interventions nécessaires ont été réalisées et que les contacts nécessaires à la continuité des soins ont été pris ;
- transmettre les informations : document de sortie incluant un plan de soins, fiche de suivi de l'éducation, numéro d'appel en cas de problèmes.

3. Après la sortie :

- coordonner le suivi entre l'équipe spécialisée du pied diabétique et les acteurs sanitaires et sociaux du domicile ;
- si nécessaire, renforcer la coordination du suivi à domicile ;
- organiser la prévention de la récurrence.

Ce qu'il faut savoir

La survenue d'une lésion du pied diabétique est une urgence qui nécessite une évaluation et une prise en charge par une équipe multidisciplinaire spécialisée dans la prise en charge du pied diabétique. Elle conduit fréquemment à une hospitalisation. Les plaies du pied diabétique exposent aux risques d'infections, d'amputations et aggravent le pronostic vital. Elles s'accompagnent aussi d'une altération de la qualité de vie à court et long terme. Le risque d'amputation est en partie lié à la qualité du parcours et de la prise en charge lors de l'hospitalisation.

Le risque de réhospitalisation est élevé. Une réhospitalisation évitable est définie comme une hospitalisation non programmée en lien avec la plaie du pied, et reliée à un dysfonctionnement d'organisation de la sortie de l'hôpital ou du suivi du patient, ou dans certains cas, à des défauts d'observance.

Plusieurs facteurs jouent un rôle important et sont à prendre en compte pour organiser la sortie de l'hôpital : facteurs socio-économiques, isolement social, conditions de vie du patient, accès aux soins, possibilités de respect de la décharge, priorités du patient.

L'intervention coordonnée médico-chirurgicale de professionnels formés aux spécificités du pied diabétique est essentielle à chacune des étapes du parcours pour optimiser les chances de cicatrisation.

Une fois la cicatrisation obtenue, le risque podologique est de grade 3 **avec un risque élevé de récurrence**¹ : il faut veiller à l'adaptation du chaussage, au respect du parcours de prévention intégrant une éducation et un suivi rapproché.

Ce qu'il faut faire pendant l'hospitalisation

- Dès le début de l'hospitalisation, prendre contact avec l'équipe soignante habituelle, en

¹Antécédent d'ulcération du pied ayant évolué pendant plus de 4 semaines et/ou d'amputation au niveau des membres inférieurs

particulier le médecin traitant et l'infirmière, pour connaître les difficultés de prise en charge à domicile. Selon le contexte, peuvent être aussi contactés : l'entourage, les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, les réseaux de santé...

- **Recueillir les informations** sur les conditions de vie du patient, ses données socio-économiques et ses priorités ([cf. questionnaire en annexe 1](#)).
- **Initier ou renforcer l'éducation thérapeutique du patient (ETP).**

L'ETP est partie intégrante de la stratégie thérapeutique. Un bilan éducatif évalue les compétences que doit acquérir le patient pour participer au traitement de la plaie. L'entourage doit être impliqué. L'éducation au traitement par insuline, lorsqu'il est instauré, doit être envisagée pour assurer l'autonomie du patient.

L'atteinte des objectifs éducatifs nécessite la poursuite, après la sortie, de l'éducation débutée à l'hôpital ([cf. fiche de suivi des objectifs en annexe 2](#)).

- **Décider du mode de sortie** : à domicile avec ou sans renforcement de la coordination, en HAD, en SSR. La démarche d'orientation de la sortie d'hospitalisation est schématisée dans [l'annexe 3](#). Le patient doit être informé des soins nécessaires après la sortie et il faut s'assurer qu'il accepte le passage des professionnels de santé et des aides mises en place dans le cas d'un retour à domicile.
- ▶ La prise en charge multidisciplinaire hospitalière se traduit dans l'élaboration d'un **plan de soins** destiné à tous les soignants, à l'hôpital, à domicile ou dans une structure d'accueil ; ce plan peut être incorporé au « [Document de sortie](#) » au chapitre « Suites à donner ». Il comporte au minimum :
 - ▶ la description de la plaie avec une photo prise le jour de la sortie ;
 - ▶ le mode de décharge mis en place ;
 - ▶ les soins locaux à faire, leur fréquence et ce qui en est attendu ;
 - ▶ le traitement de l'infection, de la douleur ;
 - ▶ la nécessité d'une anticoagulation préventive en fonction du mode de décharge ;
 - ▶ les éventuelles séances de kinésithérapie pour adaptation à la décharge, travail de l'équilibre, des amplitudes articulaires.

Selon besoins, le plan de soins est complété par la mise en place **d'aides sociales et d'aménagements du domicile**.

- La sortie peut être retardée ou réorientée lorsque les ressources disponibles pour organiser le suivi ne permettent pas la réalisation de soins complexes, ou bien elle peut être envisagée de façon transitoire avec réhospitalisation programmée.

Ce qu'il faut faire au moment de la sortie

Un professionnel responsable de l'organisation de la sortie est désigné. Ce peut être un infirmier, un autre professionnel formé à cette fonction de coordination ou un membre d'une structure d'appui.

Ce professionnel :

- **vérifie avec le patient et l'équipe soignante** que les critères de sortie sont réunis et que les interventions nécessaires ont bien été réalisées pendant l'hospitalisation ([cf. check-list en annexe 4](#)) ;
- **remet au patient et commente** :
 - ▶ **le document de sortie d'hospitalisation,**
 - ▶ **la fiche de suivi des objectifs éducatifs,**
 - ▶ **le numéro d'appel** ou l'adresse Internet sécurisée à contacter en cas de questions ou de problèmes en indiquant, en cas de plusieurs intervenants hospitaliers, lequel sera l'interlocuteur de référence,
 - ▶ **des documents d'information sur** :
 - les signes d'aggravation de la plaie ([cf. encadré 2](#)),
 - les conseils pour la décharge,
 - les conseils nutritionnels ;
- **selon la situation, téléphone au patient 24 à 48 heures après la sortie** pour s'assurer de la mise en place des actions prévues (soins et aides).

Ce qu'il faut faire à domicile² jusqu'à cicatrisation de la plaie

Coordination des soins et du suivi

Elle s'organise entre l'équipe spécialisée hospitalière et l'équipe soignante du domicile (équipe de soins libérale ou équipe HAD). Les rôles et les responsabilités doivent être clairement définis. Des formations et protocoles peuvent y concourir. La coordination peut être optimisée par l'utilisation d'outils tels qu'un carnet de liaison ou des outils de communication à distance dont le dispositif de télé-médecine en cours d'expérimentation ([cf. encadré 1](#)).

Suivi précoce à 8 jours

Le médecin traitant réévalue la situation globale du patient et adapte si nécessaire le traitement et le plan de soins, en informant l'équipe spécialisée.

²Cette situation correspond à la sortie du patient à son domicile ; elle peut aussi correspondre au retour à domicile après un séjour en SSR ou au relais d'une HAD.

Suivi en consultations spécialisées du pied diabétique

- Le patient est revu en consultation suivant le calendrier fixé avant la sortie, dans un délai de 8 à 30 jours. La fréquence de suivi est ensuite adaptée selon le type de plaie, l'évolution et la qualité des soins locaux réalisés tels que la détergence de la plaie, l'ablation de l'hyperkératose.
- Lors de chaque consultation spécialisée, sont vérifiés : l'observance et l'efficacité de la décharge, l'évolution de la plaie, l'absence d'infection, l'atteinte des objectifs glycémiques, l'état nutritionnel, le pied controlatéral (qui est davantage sollicité lors des déplacements). Le protocole de soins et le suivi biologique sont adaptés en conséquence. La transmission des informations à l'équipe de soins de proximité se fait à partir d'un carnet de liaison.
- Suite à la consultation spécialisée, le service de rééducation et d'appareillage, ainsi que le podorthésiste peuvent être sollicités pour adapter la décharge.

Suivi par les acteurs médicaux et sociaux du domicile

- suivi de la décharge et de sa tolérance ;
- poursuite ou renforcement de l'éducation thérapeutique en s'appuyant sur la fiche de suivi des objectifs d'ETP (cf. annexe 2) ;
- soins et suivi de la plaie, repérage des signes d'alerte (cf. encadré 2). En cas d'alerte, les professionnels de l'équipe spécialisée peuvent être joints par le patient, son entourage ou un soignant, par téléphone ou par Internet sécurisé ;
- renouvellement de la primo-prescription des dispositifs (pansements) en la rédigeant de manière suffisamment précise pour éviter les changements non intentionnels ;
- renouvellement de séances de kinésithérapie ;
- surveillance du pied controlatéral ;
- prise en charge du diabète, des comorbidités, de l'état nutritionnel ;
- délivrance des prestations des services d'aide à domicile, portage des repas...

Renforcement du suivi au domicile en cas de situation complexe³

Dans ce cas (cf. annexe 3), le suivi décrit précédemment peut être coordonné par un membre d'un réseau de santé, un coordinateur issu d'une maison de santé pluridisciplinaire ou une infirmière de l'équipe spécialisée mobilisée en ambulatoire ou d'une équipe mobile Plaies. Le dispositif de télémé-

decine actuellement au stade d'expérimentation, peut également être un outil de renforcement de coordination (cf. encadré 1).

Les fonctions du coordinateur sont les suivantes :

- superviser et vérifier l'effectivité des interventions prévues ;
- apporter conseils et formation aux professionnels de proximité ;
- être le référent de première intention en cas d'aggravation ou d'événement intercurrent ;
- être l'interlocuteur des services de soins infirmiers à domicile et des services d'aide à domicile ;
- accompagner l'aidant : transmission de compétences et repérage de la souffrance.

Ce qu'il faut faire pour prévenir la récurrence après cicatrisation

- Évaluer l'atteinte des objectifs d'ETP doit, et s'ils ne sont pas acquis, prévoir des séances de renforcement éducatif.
- Vérifier l'adaptation du chaussage dans le cadre du suivi par le centre spécialisé, en impliquant le médecin de médecine physique et réadaptation, ou le podorthésiste, ou le pédicure-podologue, et prescrire si nécessaire des orthèses plantaires ou des chaussures adaptées.
- Prescrire des soins de podologie à la fréquence de 1 séance tous les 2 mois (forfait de remboursement de 6 soins en 1 an).
- En cas de suspicion de récurrence, adresser le patient au centre spécialisé dans les meilleurs délais et si possible dans les 48 heures.

Ce qu'il faut éviter

- Modifier les prescriptions (soins locaux, antibiothérapie) sans échange préalable avec le centre spécialisé.
- Prescrire des régimes restrictifs aux sujets atteints de lésion du pied.
- Omettre de signaler dans le carnet de liaison les problèmes rencontrés : non-respect de la décharge, pansement refait par le patient lui-même...
- Négliger de prendre l'avis du patient, de tenir compte de ses priorités, de son entourage.
- Négliger la surveillance du pied controlatéral.
- Retarder la réévaluation d'une plaie qui s'aggrave.
- Utiliser colorant, sparadrap, désinfectants.

³Pour les situations relevant des indications HAD, la mise en place d'une HAD répond par elle-même aux besoins de coordination renforcée.

Conditions à réunir

- Établir un cahier des charges des centres spécialisés de cicatrisation des pieds diabétiques.
- Identifier ces centres spécialisés auprès des professionnels libéraux et assurer un accès rapide à leurs prestations en cas de besoin.
- Informer les acteurs des compétences requises par leur rôle dans le parcours.
- Améliorer la formation des infirmières aux gestes de déterision et à la réalisation des soins.
- Développer les possibilités d'échanges entre professionnels de santé notamment à travers la télémédecine.
- Développer les appuis à la coordination et à la prise en charge renforcée en ambulatoire.
- Faire connaître les ressources disponibles : annuaires des ressources, guichet intégré.
- Repérer et réduire les inégalités d'accès aux soins.

Critères de suivi proposés

- Nombre de patients diabétiques ayant été hospitalisés pour plaie du pied et suivis en consultation spécialisée / nombre de patients diabétiques ayant été hospitalisés pour plaie du pied.
- Nombre de patients réhospitalisés en urgence pour plaie du pied au cours des 12 derniers mois / nombre de patients hospitalisés pour plaie du pied au cours des 12 derniers mois.
- Nombre de patients suivis en HAD après hospitalisation en MCO / nombre de patients hospitalisés en MCO.

- Motifs de réhospitalisation en urgence.
- Nombre de patients suivis en ambulatoire avec coordination renforcée.

Exemples de réalisation ou de projet en cours

- Des expérimentations de suivi des plaies par télémédecine sont en cours : expérimentations DOMOPLAIES en ARS Languedoc-Roussillon et Basse-Normandie, projet CAREDIAB télémédecine en région Champagne-Ardenne, projet plaie mobile de l'hôpital de Saint-Brieuc, projet TELEHPAD de téléconsultation et télé-expertise de la Mutualité française des Côtes d'Armor pour des patients en EHPAD.
- Un dossier informatisé commun entre le service spécialisé et l'HAD a été mis en place dans certains centres.
- Un logiciel de suivi des plaies, DSP a été développé pour permettre la communication, la coordination et le suivi des plaies (lien).
- Mise à disposition des professionnels de santé en région PACA de coordination et plate-forme d'appui (RSPILHUP).
- Un PRADO Plaies chroniques est prévu à partir de 2015 sous forme d'un nouveau volet du programme de retour à domicile de la CNAMTS : plaie du pied diabétique, escarre, ulcère.

Annexe 1. Exemple de questionnaire sur les conditions de vie du patient

Il ne s'agit pas d'un questionnaire auto-administré, les questions pourront être reformulées si le patient ne les a pas comprises. Il est utile d'impliquer l'entourage avec l'accord du patient.

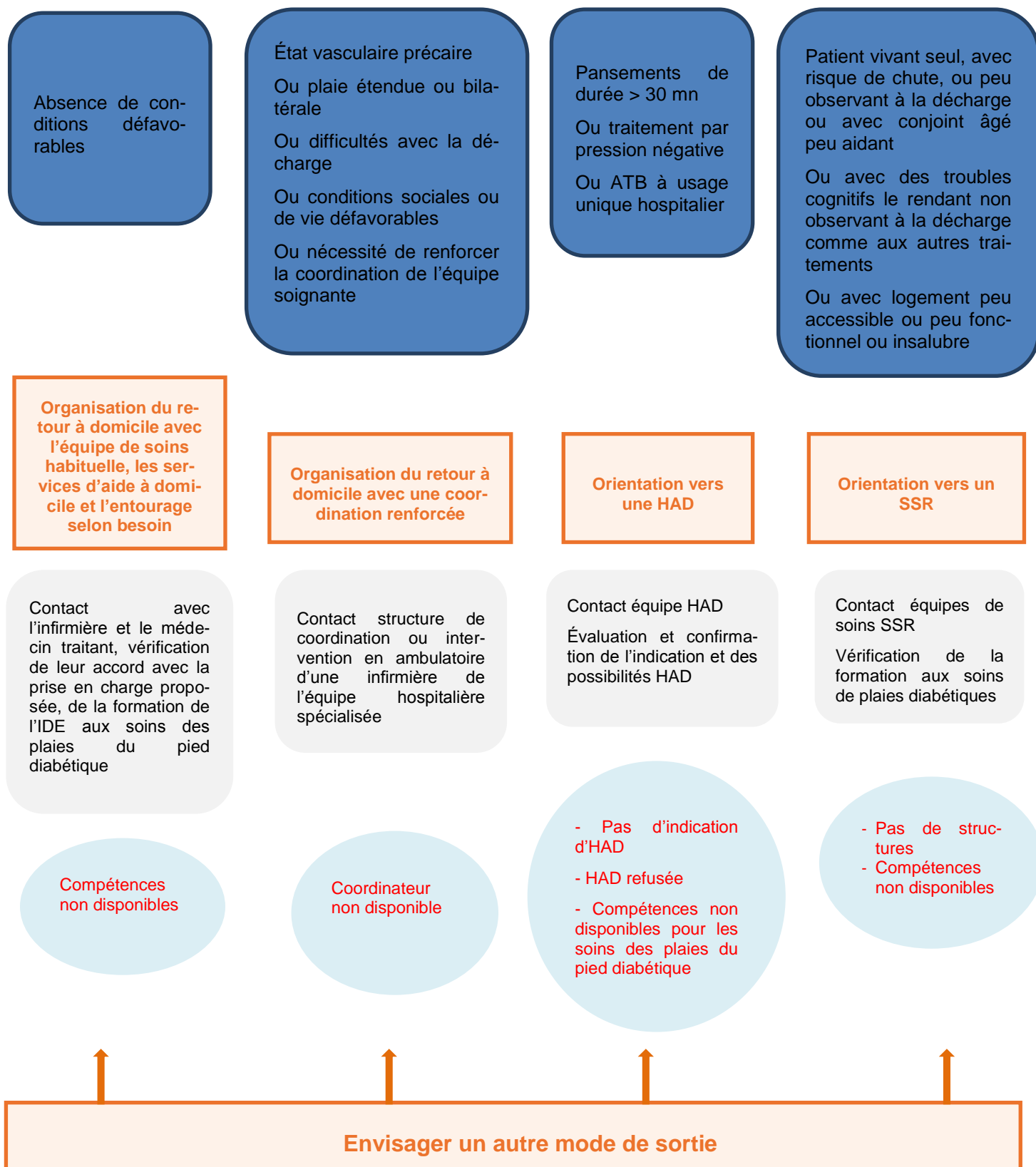
1. Vivez-vous en maison individuelle ou en appartement ?
2. L'immeuble est-il équipé d'un ascenseur ?
3. Avez-vous des marches au sein de votre logement ?
4. Avez-vous sur le même étage lit, salle d'eau, toilettes ?
5. Un fauteuil roulant peut-il circuler dans votre logement ?
6. Les toilettes et la salle d'eau sont-elles accessibles à un fauteuil roulant ?
7. Vivez-vous seul ?
8. Si oui, qui fait les courses ? la cuisine ? le ménage ?
9. Avez-vous une téléalarme ?
10. Qui partage éventuellement votre logement ? Conjoint, enfant(s), fratrie...
11. Votre entourage pourra-t-il assumer les courses, la cuisine, le ménage ?
12. Avez-vous des personnes à charge ?
13. Avez-vous des animaux domestiques ?
14. Qui s'en occupe en votre absence ?
15. Quelqu'un pourra-t-il ouvrir la porte aux différents intervenants de l'HAD ?
16. Votre médecin traitant assure-t-il des visites à domicile ?
17. Avez-vous déjà un(e) IDE pour les injections d'insuline ? les pansements ?
18. Allez-vous chez le pédicure-podologue ? À quelle fréquence ?
19. Avez-vous une prise en charge par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et/ou un service d'aide à domicile ?
20. Quelles sont vos ressources ?
21. Travaillez-vous ? Dans quel domaine ?
22. L'arrêt de travail pose-t-il problème ?
23. Quelles sont les contraintes qui vous semblent les plus insurmontables pour vous ?

Annexe 2. Liste des objectifs éducatifs à évaluer avec le patient (accord professionnel)

Objectifs éducatifs	Expliqué au patient Oui/non	Acquis	En voie d'acquisition	Non acquis
Par rapport à la décharge <ul style="list-style-type: none"> • Le patient a compris son indication et son importance (y compris les risques en cas de non port) • Le patient est capable physiquement de respecter la décharge • La décharge est compatible avec la vie quotidienne du patient • Le patient accepte la décharge 				
Par rapport à la plaie <ul style="list-style-type: none"> • Le patient a compris et admis que la prise en charge sera longue • Le patient (ou son entourage) connaît les différentes étapes de son pansement et sait qu'il ne doit pas défaire le pansement 				
Par rapport à l'infection <ul style="list-style-type: none"> • Le patient (ou son entourage) sait repérer les signes d'alerte : fièvre, douleur, plaie malodorante, rougeur, écoulement purulent • Lorsque le patient a repéré ces signes, il sait à qui s'adresser 				
Optionnels				
Par rapport au traitement du diabète (glycémie) <ul style="list-style-type: none"> • Le patient connaît son traitement et ses objectifs de traitement • Le patient ajuste son traitement en fonction des résultats de ses autocontrôles • Le patient réalise ses injections d'insuline 				
Par rapport à la nutrition <ul style="list-style-type: none"> • Le patient a compris l'importance de l'apport en protéines pour favoriser la cicatrisation • Le patient connaît les aliments riches en protéines • Le patient sait comment enrichir son alimentation en protéines si nécessaire 				
Commentaires	Date	Identification du professionnel		

Annexe 3. Orientation du choix de sortie (accord professionnel)

1. Prise en compte des préférences de la personne et de son entourage
2. Évaluation de la complexité médicale et sociale de la situation



Annexe 4. Check-list à vérifier au moment de la sortie (accord professionnel)

	Re-tour à domicile	HAD	SSR
Critères de sortie			
La plaie est stabilisée, l'infection et l'ischémie sont contrôlées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La douleur ⁴ est contrôlée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dispositif de décharge est mis en place, il est adapté et supporté par le patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le point sur les complications et les comorbidités a été réalisé. L'autonomie du patient pour les actes de la vie quotidienne a été vérifiée ainsi que ses fonctions cognitives. En cas de doute, une évaluation gériatrique a été réalisée chez la personne âgée de plus de 75 ans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les objectifs pour la glycémie à jeun et post-prandiale, pour l'hbA1c ont été fixés en fonction de l'âge, des complications et comorbidités associées. Si nécessaire, une insulinothérapie en multi-injections a été prescrite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un dépistage de la dénutrition a été réalisé : les apports alimentaires ont été évalués, un suivi pondéral et biologique a été instauré. Les conditions d'alimentation sont prises en compte pour le retour à domicile ⁵ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information du patient			
Le patient a été éduqué à utiliser la décharge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les ordonnances sont remises et expliquées au patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les rendez-vous de suivi ont été pris et communiqués au patient : avec la consultation de suivi du pied diabétique, et selon besoin avec les endocrino-diabétologue, chirurgien vasculaire, infectiologue, podo-orthésiste, médecin de rééducation et appareillage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacts et continuité des soins			
Un document de sortie contenant le plan de soins est remis au patient et adressé au médecin traitant et autres professionnels de santé concernés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une alerte est programmée pour assurer la transmission des résultats des examens en attente au médecin traitant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le médecin traitant a été contacté et informé du jour de la sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'infirmière a été contactée, informée du protocole de soins de la plaie, et le rendez-vous de soins est pris pour le jour de la sortie, en indiquant l'heure de sortie pour l'injection d'insuline si nécessaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les ordonnances ont été transmises au pharmacien pour que les médicaments et dispositifs (décharge, pansements, matériel médical ou orthopédique) soient disponibles le jour de la sortie ou livrés à domicile si nécessaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les aides sociales nécessaires pour le retour à domicile ont été prévues et organisées pour le jour de la sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selon les besoins, ont été contactés : le masseur kinésithérapeute, le pédicure podologue (pour les soins du pied controlatéral), le prestataire dans le cas d'une pompe à insuline.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le coordinateur de réseau ou d'une plate-forme d'appui a été contacté dans le cas d'un suivi renforcé.	<input type="checkbox"/>		
Un appel téléphonique du patient est programmé dans les 48 heures après la sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une visite du médecin traitant est organisée dans les 8 jours après la sortie.			
Logistique			
La date et l'heure de sortie sont compatibles avec l'accueil du patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bon de transport et l'arrêt de travail lorsque nécessaires sont préparés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁴La majorité des patients n'ont pas mal mais des phénomènes douloureux peuvent être rencontrés, notamment en cas de plaies vasculaires, se manifestant au repos ou provoqués lors des soins. Ils peuvent être difficilement contrôlés par les traitements habituels, y compris la morphine.

⁵La prise en charge de la dénutrition peut se faire en général à domicile et ne retarde pas la sortie.

Encadré 1. Expérimentations de la télémédecine prévues à l'article 36 de la LFSS 2014

La téléconsultation en présence du patient et *la télé-expertise sur dossier* (photos ou vidéos et fiche clinique) permettent aux équipes spécialisées un transfert de savoir visant à améliorer les soins.

Le recours aux tablettes mobiles permet de faciliter l'accès et l'organisation des soins au plus près du patient.

L'objectif est d'améliorer :

- l'accessibilité aux soins ;
- l'organisation des soins ;
- la qualité de vie des patients.

L'impact recherché est aussi la réduction des coûts (consommations de soins et transports), en visant une cohérence et un décroisement ville-hôpital du parcours de soins.

Les expérimentations sont menées dans neuf régions pilotes. La Haute Autorité de Santé a pour mission d'évaluer ces expérimentations en vue d'une généralisation.

Encadré 2. Signes d'alerte à surveiller et signaler

- Apparition d'une fièvre
- Apparition d'une douleur ou augmentation de la douleur
- Apparition au niveau de la plaie :
 - d'une odeur désagréable ;
 - d'une rougeur ;
 - d'un écoulement « purulent ».



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr