

**Document élaboré par un groupe de travail pluri professionnel  
avec la participation de la HAS**

**Protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire  
en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé**

# **Prise en charge des ulcères veineux et des plaies chroniques**

**ARGUMENTAIRE**

**Décembre 2010**

# Sommaire

<b>Méthode de travail .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Principe d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire</b>	<b>4</b>
<b>2 Contexte de l'élaboration du protocole pluridisciplinaire ulcère veineux .....</b>	<b>4</b>
2.1 Exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôle de santé ou centre de santé	4
2.2 Choix du thème	4
2.2.1 Contexte	4
2.2.2 Définition et anamnèse d'un ulcère veineux	4
2.2.3 Buts de la prise en charge	5
2.3 Besoins exprimés en pratique :	5
<b>3 Recherche documentaire .....</b>	<b>5</b>
3.1 Recommandations sources	5
<b>4 Analyse des recommandations .....</b>	<b>5</b>
4.1 Gradation des recommandations et messages clés	5
4.2 Analyse des recommandations	6
4.3 Messages clés	6
<b>5 Moyens de la mise en œuvre, outils d'aide à la décision retenus .....</b>	<b>11</b>
5.1 Supports existants :	11
5.2 Supports retenus	11
5.3 Critères ou données du suivi et rythme de ce suivi	11
<b>6 Phase test.....</b>	<b>12</b>
6.1 Réussir un test (ou une mise en œuvre) d'un protocole pluridisciplinaire	12
6.1.1 Pré requis	12
6.1.2 Post requis	12
6.2 Déroulement du test	12
6.3 Résultats : extension du protocole pluridisciplinaire aux plaies chroniques	13
<b>7 Mesures d'impact.....</b>	<b>14</b>
<b>Annexe 1. Principe d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire .....</b>	<b>15</b>
<b>Annexe 2. Éducation thérapeutique du patient.....</b>	<b>18</b>
<b>Annexe 3. Traitement d'un ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement</b>	<b>19</b>
<b>Annexe 4. Les règles d'utilisation de la compression.....</b>	<b>20</b>
<b>Annexe 6 : 4 messages-clés retenus pour plaies chroniques .....</b>	<b>21</b>
<b>à partir des 16 messages-clés du protocole ulcère veineux.....</b>	<b>21</b>
<b>Annexe 7. Prise en main du support informatique des fiches de suivi des protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire.....</b>	<b>22</b>
<b>Annexe 8. Fiche de suivi ulcère veineux Document élaboré par le groupe pluriprofessionnel</b>	<b>23</b>

<b>Annexe 9. Fiche de suivi plaie chronique Document élaboré par le groupe pluriprofessionnel.....</b>	<b>27</b>
<b>Annexe 10. Carnet patient Document élaboré par le groupe pluriprofessionnel .....</b>	<b>29</b>
<b>Annexe 13. Questionnaire d'acceptabilité- faisabilité .....</b>	<b>33</b>
<b>Participants .....</b>	<b>35</b>

## Méthode de travail

### 1 Principe d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire

Un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire a pour objectif de répondre à une demande de professionnels de santé, organisés en maison ou pôle de santé ou en centre de santé afin d'harmoniser leurs pratiques à partir de recommandations de bonnes pratiques existantes. Ces thèmes concernent les soins de santé primaire (premiers recours, suivi ou prévention) ambulatoires. La méthode est décrite en annexe 1.

### 2 Contexte de l'élaboration du protocole pluridisciplinaire ulcère veineux

#### 2.1 Exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôle de santé ou centre de santé<sup>1</sup>

**Le parcours de soins coordonné**, impliquant des professionnels de santé de disciplines diverses repose sur une **organisation de qualité**, et une **coopération pluridisciplinaire** autour d'un **projet de santé** commun. Cet **exercice coordonné** a pour objectif de garantir aux patients, sur l'ensemble du territoire, un accès équivalent, à la prévention programmée et à des soins de qualité.

Des professionnels de santé, regroupés dans un exercice local pluridisciplinaire (maison de santé, pôle de santé, centres de santé), dans une fédération régionale voire nationale, repèrent des **besoins de protocolisation de la prise en charge** dans les domaines de la prévention ou des soins.

#### 2.2 Choix du thème

##### 2.2.1 Contexte

Motif de consultation assez rare en médecine générale, d'« intervention pansement » fréquent pour les infirmier(e)s (IDE). Plus fréquent chez les femmes et les chez les personnes de plus de 80 ans, l'ulcère de jambe affecte la qualité de vie des patients et représente un coût non négligeable pour le système de soins (prévalence et charge évalués en Europe, pas en France). Sa prise en charge est pluridisciplinaire et requière des compétences de diagnostic et de prescription pour le médecin traitant (MG), et de compétence d'action pour les IDE.

##### 2.2.2 Définition et anamnèse d'un ulcère veineux

(Recommandation Service évaluation économique et santé publique HAS juin 2006)

Un ulcère veineux pur est défini (AP) comme une plaie de jambe ne cicatrisant pas depuis plus d'un mois, dont la physiopathologie est une hyperpression veineuse ambulatoire pour laquelle il n'existe pas de participation artérielle.

L'hyperpression veineuse peut être secondaire à des reflux des veines superficielles, perforantes ou profondes, et/ou une obstruction dans les veines profondes, et/ou une déficience de la pompe musculaire du mollet.

---

<sup>1</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/lexercice\\_coordonne\\_et\\_protocole\\_en\\_ms\\_ps\\_et\\_cs\\_-\\_novembre\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/lexercice_coordonne_et_protocole_en_ms_ps_et_cs_-_novembre_2007.pdf)

### 2.2.3 Buts de la prise en charge

- réduire la durée de la prise en charge par l'IDE ;
- améliorer le diagnostic étiologique (MGtt) ;
- évaluer et prévenir la douleur liée aux pansements (MGtt et IDE) ;
- améliorer les échanges des différents PS intervenants : MGtt, IDE, +/- masseurs kinésithérapeutes (MK).

### 2.3 Besoins exprimés en pratique :

- 1) Quels sont les examens complémentaires utiles, par qui ?
- 2) L'index de pression systolique (IPS) doit-il être pratiqué par un échodopplériste ? un autre examen clinique effectué par le médecin traitant ou l'IDE peut-il le remplacer pour éliminer une origine artérielle ?
- 3) Comment s'assurer que la transmission est bien faite entre tous les PS?
- 4) Quels sont les critères du suivi partagé PS et le patient ?
- 5) Quels sont les critères de demande par l'IDE de nouvelle consultation par le médecin traitant.

## 3 Recherche documentaire

### 3.1 Recommandations sources

- Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement : argumentaire, recommandations, et fiche de synthèse RBP, HAS juin 2006 ;
- Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des ulcères veineux de la jambe Mise à jour 2006 Wound Care Canada ;
- *The care of patient with chronic leg ulcer. Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, juillet 1998 ;
- Guide de référence rapide Association Canadienne du Soins des Plaies (ACSP) 2006 ;
- Évaluation des pansements primaires et secondaires HAS Oct 2007 révision des descriptions génériques de la liste des produits et prestations remboursables ;
- Éducation thérapeutique du patient : Définitions, finalités et organisation HAS, 2007.

## 4 Analyse des recommandations

### 4.1 Gradation des recommandations et messages clés

La gradation des recommandations françaises de la Has et de l'Afssaps est habituelle, basée sur le niveau de preuve des études, en grade A, B, C, et en absence de grade sur l'accord professionnel (AP).

L'American Academy of Pediatrics<sup>2</sup> (et d'autres) utilise une forme de gradation différente de celle retenue à la HAS. Le grade s'exprime en 5 niveaux (A, B, C, D, X), leur niveau D correspondant à un avis d'expert (soit AP), le niveau X correspondant à une recommandation forte en absence de preuve mais avec une prépondérance nette des bénéfices sur les préjudices.

La force des recommandations est la résultante des grades et du rapport bénéfice - risque : Forte recommandation, recommandation, pas de recommandation (balance bénéfice – risque pas assez claire), et option. Lorsque la balance entre bénéfices et préjudices est équilibrée, la recommandation se transforme en option c'est une option laissée au médecin, et /ou, au professionnel de santé prescripteur ou effecteur, en tenant compte des préférences du patient.

---

<sup>2</sup> Diagnosis and management of bronchiolitis : fig1 : integrating evidence quality with assessment of the anticipated balance between benefits and harms . AAP : Oct 2006

**Le groupe de travail a jugé utile d'exprimer, de manière explicite et simple, les messages clés, en 3 niveaux (annexe 6):**

- **R** : « il est recommandé de » correspondant aux grades A ou B français ou recommandation et forte recommandation américaine ;
- **RN** : « il est recommandé de ne pas » correspondant une recommandation forte mais négative ;
- **O** : « option » : prescription laissée à l'appréciation du prescripteur en fonction d'un patient . (C et X)

## 4.2 Analyse des recommandations

Les recommandations de 2006 ont été élaborées à la demande de la société française de chirurgie vasculaire, Elles excluent le pansement, et sont donc complétées par la mise à jour en 2006 par la Wound Care au Canada.

Le grade des recommandations est souvent C ou de l'accord professionnel (AP).

## 4.3 Messages clés

Si cette appellation de « messages clés » a été retenue c'est qu'elle illustre l'appropriation des recommandations par le groupe pilote. Elle permet aussi d'harmoniser les styles différents de rédaction à partir des recommandations sources. Ils concernent :

- L'éducation thérapeutique, en particulier l'observance et la prévention de nouveaux ulcères, et son support : le carnet patient ;
- Le suivi du patient par les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de l'ulcère et son support : la fiche de suivi.

**Les 16 messages clés** font l'objet de reminders pour les PS et servent de bases à l'éducation thérapeutique du patient :

1. l'examen clinique pratiqué par le MG est ciblé sur les comorbidités et la recherche étiologique ;
2. les comorbidités susceptibles de retarder la cicatrisation sont à rechercher afin de les traiter et d'adresser le patient à un spécialiste concerné si nécessaire ;
3. l'examen de la plaie est réalisé par l'IDE qui l'objective par des mesures (calque) et une description (photos) ;
4. la vaccination antitétanique (VAT) est à vérifier et à mettre à jour ;
5. l'IPS permet de diagnostiquer l'étiologie veineuse pure entre 0,9 et 1,3. Entre 0,7 et 0,9 ulcère mixte à prédominance veineuse ;
6. la douleur du patient, liée à la plaie ou au pansement est à estimer(EVA), afin d'adapter la prescription d'antalgiques. La douleur liée aux pansements doit être évaluée de façon à la prévenir efficacement ;
7. un examen commun du patient par MG + IDE est souhaitable, en cas d'impossibilité le dossier devrait être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire ;
8. la mobilité du patient à estimer et à renforcer lors d'un entretien d'ETP et avec un soutien par MK si besoin ;
9. l'amélioration de l'ulcère est objectivée par :
  - les mesures (calque) ou/et photos successives,
  - l'estimation de la douleur du patient par une échelle,
  - la mobilité du patient ;
10. le bandage compressif est à adapter en fonction de l'IPS et de l'acceptabilité du patient. Il peut être réalisé par le patient, la personne de confiance ou l'IDE, à conditions qu'ils soient formés ;
11. la collaboration du patient est essentielle tant au niveau du traitement que de la prévention le carnet de suivi devrait l'y aider ;

12. les échanges entre IDE et MG seront facilités par dossier partagé et une formation commune réalisée par les IDE référents plaies chroniques ;
13. aucun élément de la littérature ne permet de préconiser un pansement plutôt qu'un autre, cependant l'aspect de la plaie est à prendre en compte ;
14. Pas de prélèvement bactériologique local ;
15. Pas d'antibiotique local, AB par voie générale en cas de cellulite avérée ;
16. Aucun traitement médicamenteux n'est efficace dans le traitement ni la prévention des récurrences.

**Tableau 1.** Tableau comparatif des recommandations « dans le texte initial » concernant l'ulcère de jambe

Messages clés	Sources : titre, origine, date			Niveau de recommandations
		Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement : recommandations, synthèse RBP HAS juin 2006	The care of patient with chronic leg ulcer : guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network	Guide de référence rapide ACSP 2006
L'examen clinique pratiqué par le MG est ciblé sur les comorbidités (RCV, AOMI) et la recherche étiologique.	Il est recommandé chez tout patient présentant un ulcère veineux des MI de rechercher les antécédents personnels ou familiaux ; AP		Obtenir une anamnèse complète pour déterminer les caractéristiques veineuses et éliminer d'autres diagnostics	R
la vaccination antitétanique (VAT) est à vérifier et à mettre à jour	BEH 2006 : primovaccination par 2 injections à au moins 1 mois d'intervalle, troisième 6 à 12 mois après la 2 <sup>e</sup> , rappel tous les 10 ans. En cas de schéma interrompu le reprendre où il a été arrêté. En cas de blessure accompagné d'anatoxines antitétaniques si majeure ou tétanigène.			R
l'IPS, index de pression systolique, est le rapport entre la PS à la cheville et au bras, permet de diagnostiquer l'étiologie veineuse pure entre 0,9 et 1,3. Entre 0,7 et 0,9 ulcère mixte à prédominance veineuse.	Un ulcère veineux pur est une plaie de jambe qui ne cicatrise pas depuis plus d'un mois. Il est mixte quand il s'accompagne d'AOMI modérée qui n'explique pas à elle seule la présence de l'ulcère.	Measurement of ABPI is essential in the assessment of chronic leg ulcer to exclude arterial disease (<0,8) Gr B	Faire une évaluation physique bilatérale des MI et un IPS pour éliminer la présence de maladie artérielle.	R
L'examen de la plaie, réalisé régulièrement par l'IDE par des mesures (calque) et une description (photos) permet d'en apprécier l'amélioration		The surface area of the ulcet should be measured serialy over time, desribed (edge, base, morphology), or photography. Gr B	Évaluer la plaie, maîtriser l'humidité et préparer le lit de la plaie permet un suivi de ses caractéristiques	R
la douleur liée aux pansements doit être évaluée de façon à la prévenir efficacement par échelle EVA			Évaluer et maîtriser la douleur	R
Un examen conjoint du patient par MG + IDE est souhaitable, en cas d'impossibilité le dossier devrait être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire			Mettre sur pied une équipe pluridisciplinaire	O
Rechercher une cause locale à la douleur : changer le pansement, modifier la compression, traiter les complications locales, et prescrire des antalgiques	Il est recommandé de rechercher systématiquement la douleur, de l'évaluer et d'en rechercher la cause ; AP			R
Un ulcère mixte à prédominance veineuse IPS entre 0,7 et 0,9 nécessite une adaptation de la compression,	En cas d'AOMI associée il est recommandé d'adapter la compression AP			R
Les comorbidités susceptibles de retarder la cicatrisation sont à	La prise en charge des comorbidités est justifiée AP	Patients should be referred to the appropriated specialist in case of		R

Protocole pluridisciplinaire : prise en charge des plaies chroniques et ulcères veineux

Messages clés	Sources : titre, origine, date			Niveau de recommandations
		Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement : recommandations, synthèse RBP HAS juin 2006	The care of patient with chronic leg ulcer : guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network	Guide de référence rapide ACSP 2006
rechercher, afin de les traiter et d'adresser le patient au spécialiste concerné si besoin		<i>diabete mellitus</i> , AOMI, rhumatoid arthritis, dermatitis, malignicy suspected, failure to progress. Gr C		
Le bandage compressif doit être adapté au patient. Il peut être réalisé par le patient, la personne de confiance ou l'IDE, à conditions qu'ils soient formés	Il est recommandé de traiter un ulcère veineux pur par une compression à haut niveau pour favoriser la cicatrisation. Gr B. (30-40mm Hg cheville AP)	Graduated compression should be used to improve veinous insufficiency. Gr B Elastic compression Gr A, multilayer bandaging Gr A, correct application is essential	Recourir à un traitement de compression adapté	R
Pas de prélèvement bactériologique local	Il est recommandé de ne pas réaliser de prélèvement bactériologique systématique étant donné la présence normale de plusieurs germes à la surface de l'ulcère AP			RN
Pas d'antibiotique local, AB par voie générale en cas de cellulite avérée	Il est recommandé de ne pas utiliser d'antibiotique local, une antibiothérapie générale probabiliste peut être préférable. AP	Antibiotics should be reserved for evidence of infection ; cellulitis Gr A Topical antibiotics should not be used.Gr B		RN
La mobilité du patient est à estimer et à renforcer lors d'un entretien d'ETP et avec un soutien par MK si besoin			Personnaliser le plan de traitement en s'attaquant aux facteurs et cofacteurs qui peuvent affecter la cicatrisation (mobilité, nutrition...)	R
La greffe est envisageable au delà de 6 mois d'évolution, de surface >10cm, d'eczéma associé.	Il est recommandé d'envisager une greffe en pastille ou filet dans les ulcères veineux ou mixtes à prédominance veineuse résistant au traitement pendant plus de 6 mois ou surface > 10cm AP	Leg ulcer patients with associated dermatitis should be referred for patch-testing Gr B		R
La prévention des récurrences repose sur une compression au long court au plus haut niveau toléré si mal toléré prévoir la chirurgie veineuse	Afin de prévenir les récurrences après cicatrisation il est recommandé de recourir à la chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle, sans obstruction ni reflux profond avec IPS>0,85 Gr A. Si elle est refusée ou non indiquée conserver la compression au plus haut niveau toléré entre 20 et 40mmHg Gr B		Envisager un traitement chirurgical si la maladie veineuse est superficielle ou perforante, ou pour les ulcères profonds ne cicatrisant pas (st II, IV)	R
La collaboration du patient est essentielle tant au niveau du traitement				R

Protocole pluridisciplinaire : prise en charge des plaies chroniques et ulcères veineux

<b>Messages clés</b>	<b>Sources : titre, origine, date</b>			<b>Niveau de recommandations</b>
		Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement : recommandations, synthèse RBP HAS juin 2006	The care of patient with chronic leg ulcer : guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network	Guide de référence rapide ACSP 2006
que de la prévention, le carnet de suivi devrait l'y aider.				
les échanges entre IDE et MG seront facilités par une formation commune par les IDE référents plaies chroniques	Éducation et suivi régulier des patients sont recommandés AP			R
Aucun traitement médicamenteux n'est efficace dans le traitement ni la prévention des récives	Aucun traitement médicamenteux n'est recommandé dans la prévention des récives			RN
Le traitement d'un ulcère commence par une douche		Ulcerated legs should be washed normally in tap water and carefully dried. Gr A	Nettoyer les plaies avec une solution de faible toxicité : solution saline, eau. Debrider pour retirer le tissu non viable	R
Choisir un pansement non adhérent approprié		Simple non adherent dressing Gr A Hydrocolloid or from dressings should be used in painful ulcers Gr A	Choisir un pansement approprié aux besoins de la plaie du patient et du soignant ou au contexte clinique	R

## 5 Moyens de la mise en œuvre, outils d'aide à la décision retenus

Ils concernent la nature et l'articulation des interventions des différents professionnels, la prévention individuelle et collective; l'éducation thérapeutique des patients. Ils sont déclinables et adaptables selon les possibilités locales d'intégration à des logiciels et/ou dossier.

### 5.1 Supports existants :

Beaucoup de « supports pansements » à destination des IDE. Ils sont complets et complexes. Seule une partie de ces « dossiers pansement » et infirmier, peut intégrer un protocole pluridisciplinaire.

- Fiches de liaison de suivi des plaies : Pont D'Ain.
- Logiciels adaptés à la prise en charge des plaies (Infinis, etc.).
- Arbres décisionnels pour les médecins et IDE.

### 5.2 Supports retenus

**Une fiche de suivi pour les professionnels de santé**, facilite l'actualisation des connaissances des professionnels de santé, permet de s'assurer de la mise à jour des données du patients et de celles des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge, le suivi et/ou l'éducation thérapeutique. Ces critères déclenchent automatiquement des actualisations de connaissances très synthétiques à partir des messages clés (**reminders**).

Un code couleur permet d'**alerter** sur la gravité, le recours a des spécialistes, un objectif non atteint, une présomption d'ulcère mixte.

Certains documents plus conséquents issus des RBP font l'objet **d'onglets spécifiques**, en annexes dans cet argumentaire :

- les photos ou calques de la plaie, et le suivi du pansement, spécifiques à la prise en charge par les infirmiers ;
- un rappel sur l'IPS qui permet de quantifier l'origine artérielle ;
- les questions du patient et les réponses des PS, l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

**Un carnet de suivi du patient** : support incontournable de l'autogestion par le patient lui même de sa maladie. Il comprend :

- des zones **remplissage automatique** générés automatiquement à partir des critères de la fiche de suivi : antécédents, objectifs thérapeutiques, le support de description de la plaie et sa taille ; le professionnel requis pour un nouvel avis (retour vers) ;
- des zones à **remplissage manuel** par le patient, en beige, les dates des prochains rendez vous, et la participation du patient aux objectifs thérapeutiques (et non la stratégie thérapeutique de la fiche de suivi) ;
- il semble difficile actuellement d'y inclure les photos ou calques.

### 5.3 Critères ou données du suivi et rythme de ce suivi

**Examen clinique et l'anamnèse :**

1. Date du début des soins ;
2. Date du dernier VAT ;
3. Antécédents et comorbidité ;
4. Allergies ;
5. Poids ;
6. Description de la plaie, sa taille ;
7. Pression artérielle ;
8. Pouls distaux ;
9. Index de pression systolique ;

10. Echodoppler : prescription, résultats ;
11. Résultats biologiques : créatininémie, LDL chol, glycémie, VS, NFS.

**Objectifs thérapeutiques :**

- Diminution de la douleur (EVA pendant le soin).
- Portage de compression.
- Diététique adaptée au patient.
- Estimation de la mobilité.
- Tabagisme - prise en charge.
- Ressenti du patient.

**Stratégie thérapeutique :**

- Education thérapeutiques (stades).
- Prescription d'antalgique.
- Traitement local : ordonnance de matériel premier pansement.
- Adaptation de la compression.
- Retour vers : une prescription de soins infirmiers, un avis auprès de l'IDE diplômée pansement, ou vers le MGou vers un autre spécialiste.
- Mobilisation de la cheville par un masseur kinésithérapeute.
- L'onglet suivi de pansement (fait partie du dossier de suivi infirmier) il renseigne sur l'anamnèse de la plaie et le traitement apporté.

## 6 Phase test

### 6.1 Réussir un test (ou une mise en œuvre) d'un protocole pluridisciplinaire

#### 6.1.1 Pré requis

- Une actualisation et harmonisation des connaissances (DPC) de tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge sur le thème est indispensable en préalable au test ou à la mise en œuvre en routine d'un protocole.
- Une présentation de l'outil informatique et de la façon dont va se dérouler le test ou la mise en œuvre lors d'une réunion de coopération de la maison de santé.
- La mise en œuvre d'un protocole doit répondre à un besoin local d'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire.

#### 6.1.2 Post requis

Une restitution des résultats du test ou une mesure d'impact de la mise en œuvre d'un protocole. L'objectif de la phase test (en Excel) est de valider un contenu (messages clés et supports). L'acceptabilité d'un protocole pluridisciplinaire est liée à la validité des messages clés, à l'intérêt d'un support partagé par les professionnels de santé et des outils destinés aux patients, et à la faisabilité de sa mise en œuvre.

L'intérêt du support Excel « en l'état » est d'analyser les besoins d'amélioration d'une maison de santé à partir de quelques dossiers (analyse rétrospective) afin de déterminer les indicateurs de suivi pertinents pour une maison de santé.

La condition d'implémentation de ces protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire, une fois le contenu validé, repose sur une intégration dans un système d'information partagé par l'ensemble des professionnels de santé regroupés dans un exercice coordonné et protocolé, afin d'en faciliter l'utilisation et la mise en œuvre « en routine ».

### 6.2 Déroulement du test

Le test a eu lieu de décembre 2009 à mars 2010, en mode rétrospectif d'analyse des dossiers.  
**Ont été proposés en test** (cf. annexes) :

L'argumentaire du protocole pluridisciplinaire prise en charge des plaies chroniques appliquées aux ulcères de jambe.

Les **messages-clés** (Annexe 6), à disposition dans la fiche de suivi sont aussi consultables isolément et font l'objet d'une fiche Word spécifique. A charge à chaque maison de santé d'en adapter tout ou partie comme reminders selon les capacités de leurs logiciels.

La **fiche de suivi** (Annexe 8). Partagée par tous les professionnels de santé de la structure, informatisée (Excel). Les messages clés y font l'objet de reminders automatiques, avant d'inscrire la réponse à partir d'un menu déroulant. Elle permet d'adapter les prescriptions et de faire une synthèse de la prise en charge, la fin de la prise en charge, et de la prévention des récives par l'éducation thérapeutique.

Cette fiche de suivi est assortie d'une prise en main de l'outil informatique (annexe 7).

Une actualisation des connaissances (Annexe 10), véritable outil d'aide à la décision contenant une vingtaine de **reminders** (rappels informatisés) de la fiche du suivi pluri-professionnel.

Un **carnet patient** (Annexe 9), remis lors d'un entretien d'information-éducation.

Ces éléments, objets de validation au cours de la phase test, devraient permettre aux maisons de santé d'organiser une mesure d'impact de la mise en oeuvre de ce protocole, par une alimentation de registre, un suivi de quelques indicateurs etc.

Le traitement des données (10 à 12 dossiers attendus) et son analyse ont pour objectif de **valider les messages clés et la faisabilité, acceptabilité des supports de la mise en œuvre proposés**. L'analyse faite à partir des fiches de suivi de l'ulcère veineux de jambe (type Excel) anonymisées et d'un questionnaire de satisfaction. Elle se fait en trois étapes :

Analyse des retours des fiches de suivi : elle peut rendre compte de :

1. la qualité de remplissage de chaque critère ;
2. faire une moyenne du nombre d'interventions des professionnels de santé ;
3. rendre compte des signes cliniques les plus fréquents ;
4. enfin de la stratégie thérapeutique appliquée : compression adaptée, mobilisation (kinésithérapie si nécessaire), du recours aux spécialistes (chirurgie).

Analyse d'un **questionnaire de satisfaction en termes d'acceptabilité et de faisabilité** (Annexe 9) concernant l'évaluation des outils. Les critères retenus sont « aisément utilisable » (Accord total, accord partiel, désaccord total, désaccord partiel), amélioration de la prise en charge pluri disciplinaire (oui/non), amélioration du suivi du patient (oui/non), amélioration du suivi des pathologies (oui/non), satisfaction du professionnel de santé (AT, AP, DP, DT), satisfaction patient (AT, AP, DP, DT), feriez-vous la promotion de la mise en œuvre de ce protocole (AT, AP, DP, DT), au final cet outil doit être retenu (oui/non).

Analyse des **commentaires libres** qui seront analysés, à partir des critères: points forts, suggestions d'amélioration d'un outil, proposition d'amélioration de la mise en œuvre, outil manquant, barrières d'utilisation à long terme, problème non résolu nécessitant une autre recommandation (RBP).

### 6.3 Résultats : extension du protocole pluridisciplinaire aux plaies chroniques

**Aucun retour du questionnaire d'acceptabilité faisabilité**, par contre des **commentaires libres** nous ont amenés à suspendre le test, alors que seulement 7 fiches de suivi (sur 10 à 12 attendues) correspondant à 20 interventions de PS essentiellement infirmiers (3 consultations médicales) nous étaient parvenues.

**L'analyse du remplissage des fiches de suivi** a mis en évidence :

- l'absence généralisée de renseignement du critère Index de Pression systolique (IPS) qui aurait du être renseigné par les MG ;
- les onglets spécifiques destinés aux IDE n'ont pas été utilisés, faisant double emploi avec un dossier infirmier « plaies » mieux adapté et plus complet ;

- l'insuffisance de coordination des membres de l'équipe soignante est visible : 3 consultations médicales pour 17 soins infirmiers ;

**Deux améliorations à apporter à la fiche Excel :**

- La douleur au cours du pansement n'apparaît pas spécifiquement :
  - Il faut rajouter la date du dernier VAT.

**Analyse des commentaires libres :**

La prévalence de l'ulcère veineux est faible, le médecin n'en voyant en moyenne que 1/an. Si le groupe pilote a retenu ce thème c'était essentiellement en fonction du coût. Actuellement les prestations et les pansements sont mieux pris en charge, ce qui a amélioré l'utilisation de bandages multicouches, et autres supports de contention. Un traitement chirurgical plus fréquent et bien codifié, amène des cicatrisations complètes. La prévention de récurrences par le port de contentions adaptées à l'Index de pression veineuse et au risque, plus fonctionnelles (mi bas).

**Le groupe pilote a donc décidé d'élargir ce protocole à l'ensemble des plaies chroniques**, ce qui permet d'inclure les maux perforants du diabétique et les brûlures, la prise en charge pluridisciplinaire étant majoritairement analogue. La fiche de suivi a donc été modifiée dans le sens d'un allègement :

**Le protocole** pluridisciplinaire a été simplifié, en ne retenant que **4 messages clés essentiels** :

- 1- l'ensemble des messages clés concernant les antécédents personnels, les comorbidités et les causes possibles de retard à la cicatrisation ont été regroupés en un seul : **le partage d'un dossier commun par tous les PS** ;
- 2- la **validité de la vaccination antitétanique** ;
- 3- en cas d'ulcère de jambe le résultat de la mesure de l'**IPS** qui permet d'adapter la contention ;
- 4- **l'examen conjoint MG-IDE, d'optionnel** devient un **message clé essentiel** concernant la stratégie de suivi.

Les objectifs thérapeutiques, les stratégies de prise en charge, l'IPS et le carnet patient ont été maintenus. Les alertes colorées ont été revues.

## 7 Mesures d'impact

Elles peuvent être conçues différemment selon l'objectif à atteindre et les moyens de traitement de données à disposition : interne au niveau d'une maison de santé, avec un appui régional, voire national (Fédération des maisons de santé, Organisme agréé DPC-FMC etc.), à partir des critères de la fiche de suivi :

- Un indicateur à partir des critères antécédents et comorbidités : Pourcentage d'identification de retard à la cicatrisation ;
- Deux indicateurs cliniques :
  - 1- Pourcentage de vaccinations antitétaniques renseignées, à jour ;
  - 2- En cas d'ulcère de jambe le pourcentage de résultat de la mesure de l'IPS accessibles ou transmis à l'IDE ;
- Pourcentage d'examen conjoint MG-IDE réalisé.

Évaluation à moyen terme :

Un suivi sur 3 ans pourrait vraiment permettre de conclure sur l'intérêt de l'inclusion de ce protocole en routine dans les maisons de santé pluridisciplinaires, en choisissant des indicateurs tels que la tenue d'un registre « diagnostic de plaie chronique », pourcentage de récurrences ou de nouveaux cas chez un même patient, etc.

## Annexe 1. Principe d'élaboration d'un protocole pluridisciplinaire de soins de santé primaire

Une méthode simplifiée devrait être élaborée à la HAS et mise à disposition des professionnels de santé travaillant en équipe dans le domaine des soins primaires en 2011.

Un groupe qui pilote la conception d'un protocole pluridisciplinaire se doit d'en rédiger une synthèse dans un argumentaire à disposition d'utilisateurs n'ayant pas participé à son élaboration. Cet argumentaire explicite les critères de choix du thème retenu, les objectifs de la mise en œuvre du protocole, les recommandations sources et les messages clés retenus.

Il doit répondre au mieux à des critères de qualité d'élaboration.

### ● CRITÈRES DE CHOIX D'UN THÈME DE PROTOCOLE

- Besoin fréquemment exprimé par les professionnels de santé concernés, une priorité de santé nationale ou régionale.
- Ciblage du thème, en questions ou problèmes à résoudre (par échanges entre les membres du groupe de pilotage et l'accompagnateur méthodologique HAS).
- Champ correctement référencié, en particulier des recommandations de bonne pratique.
- Écart avec les pratiques recommandées, une nouveauté ou une actualisation des recommandations.
- Intégration aisée dans la pratique par la mise en œuvre d'outils pluri-professionnels.
- Intérêt à coordonner les interventions des différents professionnels de santé lors de la prise en charge pluridisciplinaire dans un souci d'amélioration du service rendu, au patient, à l'utilisateur ou à la population.
- Nécessité d'harmonisation des pratiques coordonnées.
- Mesure d'impact possible, y compris en terme d'efficacité.

### ● OBJECTIFS D'UN PROTOCOLE PLURIDISCIPLINAIRE

- Proposer des supports pratiques d'aide à la décision coordonnée, des aides mémoires informatisés aux professionnels de santé, intervenant dans une démarche pluridisciplinaire de prise en charge de pathologies courantes, de prévention ou d'éducation thérapeutique.
- Après s'être assuré de l'existence de recommandations de bonne pratique, harmoniser leur mise en œuvre par des professionnels de santé différents aux actions coordonnées. Il ne s'agit pas d'écrire une recommandation, ni même de l'actualiser.
- Valoriser les productions professionnelles de bonne qualité, en particulier les outils pratiques.
- Valider un protocole, concevoir les moyens de sa mise en œuvre et initier le suivi d'indicateurs.
- Diffuser ces supports pratiques informatisés.

### ● CRITÈRES DE QUALITÉ D'ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE

- Choix du thème en fonction des critères ci-dessus.
- Analyse de la littérature correspondante (expertise scientifique garante de l'acceptabilité) en vue de sélectionner les recommandations pertinentes, et de se les approprier par une nouvelle rédaction sous forme de **messages-clés**, synthétiques et clairs, adaptés aux objectifs.
- Collecte et analyse des expériences locales et des outils existants (arbres décisionnels pluri professionnels, reminders, fiches de suivi patient, d'info patient, questionnaires, affiches, rappels informatisés etc.).
- Élaboration d'un protocole commun pluridisciplinaire, par pathologie ou symptôme, pour les patients concernés, mais adapté à chaque cas. Ce protocole peut être complété si besoin de protocoles de prise en charge spécifiques à certains professionnels de santé. Il est aussi adaptable en fonction des compétences professionnelles et des ressources locales.
- Mise à disposition d'outils pratiques de la mise en œuvre : à partir des supports existants : fiches de synthèse des RBP ou des maladies chroniques (HAS, autres), fiches information patient ou familles (Inpes, réseaux...), les adapter ou en créer, concevoir des actualisations de connaissances (**rappels informatisés (reminders)**) pour les professionnels de santé.
- **Test d'acceptabilité du protocole et de la faisabilité de sa mise en œuvre** concernant les messages clés et supports, auprès des équipes pluridisciplinaires (regroupées en maison de santé,

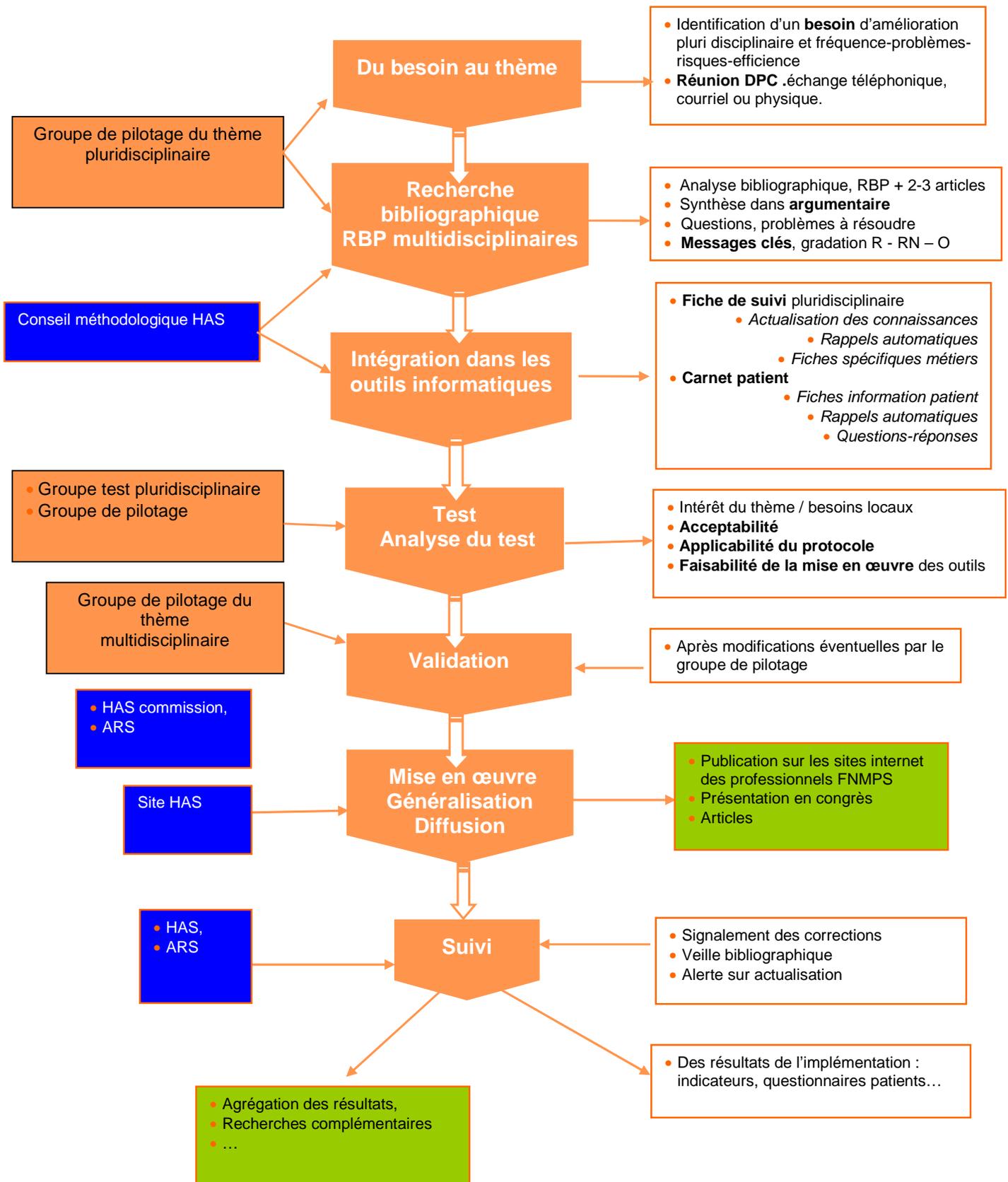
pôles de santé ou centres de santé) ; chaque professionnel de santé étant sollicité pour renseigner le questionnaire-acceptabilité-faisabilité sur l'application web de la HAS (GRaAL).

- Proposition de modalités de suivi de la mise en place du protocole pluridisciplinaire qui intègrent, autant que faire se peut, la notion d'efficience.
- Veille documentaire afin de mettre à jour le protocole (sur les recommandations) et les outils.

#### ● CONDITIONS OPTIMALES DE MISE EN ŒUVRE D'UN PROTOCOLE PLURIDISCIPLINAIRE

**Une équipe pluridisciplinaire** qui souhaite protocoliser la coopération des professionnels de santé exerçant dans la maison le pôle ou le centre de santé le fera d'autant plus facilement qu'elle:

- choisit les protocoles pluridisciplinaires de dépistage et de prévention individuelle ou collective ou de soins en fonction des **besoins locaux** d'amélioration des pratiques et en cohérence avec les priorités de santé publique territoriales, régionales ou nationales. Les thèmes peuvent concerner la prise en charge d'une pathologie, d'un symptôme, l'éducation en santé ou l'éducation thérapeutique, ou encore le circuit de soins du patient ;
- utilise un **support partagé**, dossier ou autre document thématique (papier ou informatique) ;
- informe et forme les professionnels de santé afin d'harmoniser les connaissances et de coordonner les pratiques locales (**réunions de développement professionnel continu**) ;
- **analyse et suit les améliorations mises en place**, à l'aide de paramètres cliniques notés dans les dossiers, questionnaires de satisfaction soignants et/ou patients ou mesures d'impact d'actions sanitaires entreprises ;
- L'équipe en **restitue les résultats** lors de réunions de concertation-coordination concernant le fonctionnement de la structure et les relations avec les acteurs locaux médicaux et sociaux ;
- organise la mise en œuvre de **l'information des patients-usagers**, en les faisant participer à la conception ou au test des outils (fiches d'information, et/ou affiches pour les salles d'attente, carnets de suivi) qui leur sont destinés. En organisant des séances individuelles ou collectives d'éducation en santé ou thérapeutique ;
- **actualise les protocoles** en fonction de la veille documentaire.



**Figure 1.** Récapitulatif de l'élaboration de protocoles de soins de santé primaire en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé

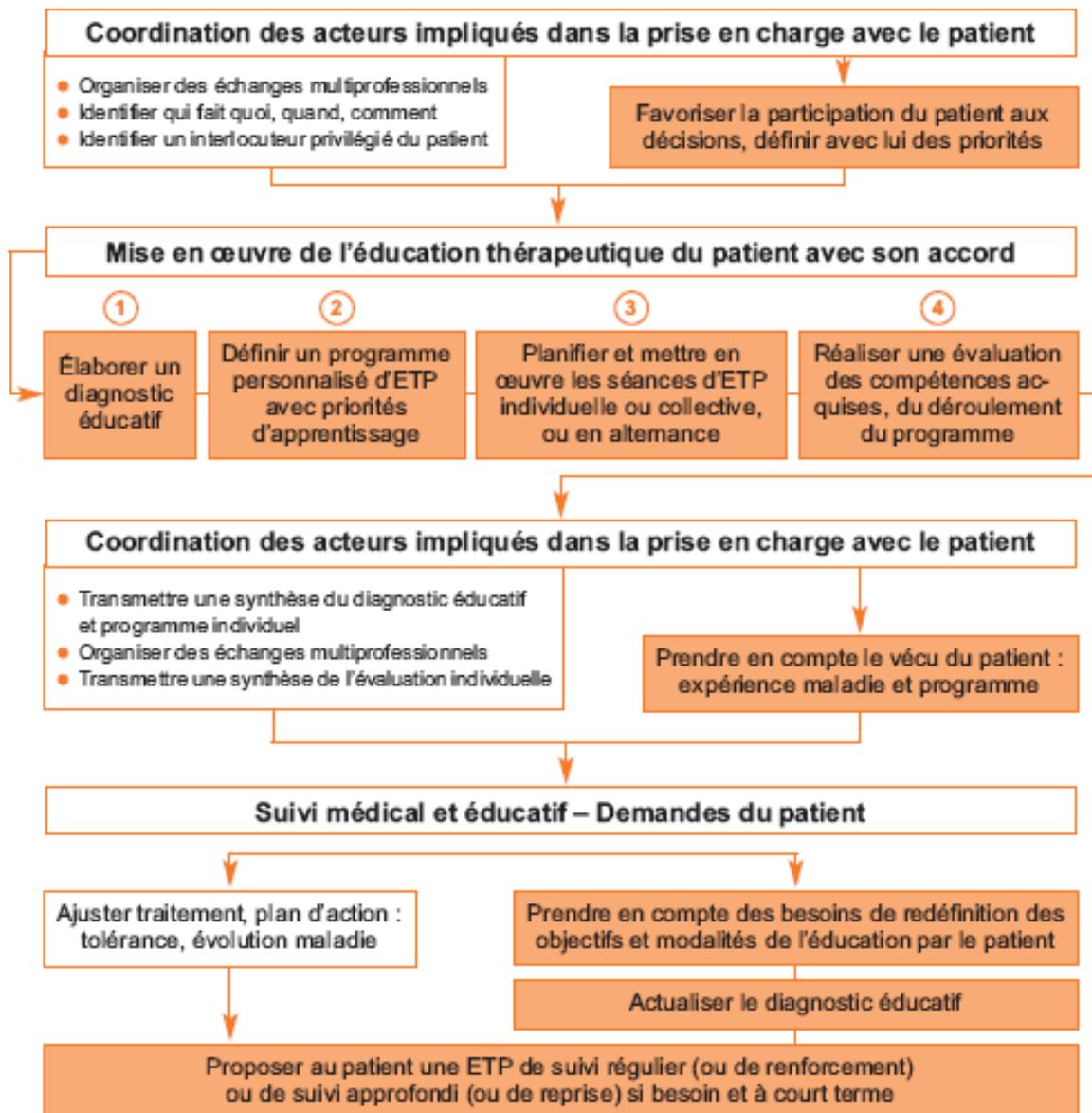
## Annexe 2. Éducation thérapeutique du patient

**Définition, finalités et organisation.** Source : Recommandations HAS : page 3, Juin 2007.

Comment s'intègre l'ETP à la stratégie thérapeutique

L'ETP est considérée comme intégrée à la prise en charge thérapeutique :

1. si elle est réellement complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes en particulier de la douleur, et de la prévention des complications ;
2. si elle tient compte des besoins spécifiques, des comorbidités, des vulnérabilités psychologiques et sociales et des priorités définies avec le patient.



## **Annexe 3. Traitement d'un ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement**

HAS juin 2006 Évaluation économique

### **Diagnostic d'un ulcère veineux ou à prédominance veineuse**

- Rechercher les antécédents veineux et les signes cliniques d'IV chronique.
- Rechercher une AOMI associée (facteurs de risque, signes cliniques).
- Mesurer l'IPS (cf. encadré suivant, notamment pour les limites de l'IPS) :
  - IPS entre 0,9 et 1,3 : ulcère veineux pur (absence d'AOMI) ;
  - IPS entre 0,7 et 0,9 : ulcère mixte à prédominance veineuse (AOMI n'expliquant pas l'ulcère).
- Prescrire un écho-Doppler veineux.
- Prescrire un écho-Doppler artériel si :
  - abolition des pouls périphériques ;
  - symptômes ou autres signes cliniques d'AOMI ;
  - IPS < 0,9 ou > 1,3 (artères incompressibles).

### **Index de pression systolique (IPS)**

- Rapport entre la PAS à la cheville et la PAS brachiale.
- Se mesure simplement à l'aide d'une sonde Doppler continue.
- Peut être mesuré :
  - lors de l'examen clinique si l'examineur dispose d'une sonde Doppler ;
  - lors de l'écho-Doppler.
- Permet :
  - de rechercher une AOMI associée ;
  - d'adapter la compression.
- Limites : la médiocalcose (diabétique, sujet âgé) peut faire surestimer l'IPS et méconnaître une AOMI. Les chiffres d'IPS sont donc à confronter aux données de l'examen clinique (symptômes d'AOMI, pouls périphériques, autres signes cliniques d'AOMI). En cas de discordance, faire un écho-Doppler artériel.

### **Mesures de prévention des récives :**

- traiter les comorbidités (surpoids, diabète, dénutrition, insuffisance cardiaque, HTA...) ;
- améliorer la mobilisation globale et des chevilles (kinésithérapie si nécessaire) ;
- prévenir les traumatismes et traiter précocement les plaies ;
- conseiller une hygiène satisfaisante ;
- recommander le drainage de posture et indiquer les positions à éviter ;
- prendre en compte le contexte social et gériatrique ;
- mettre à jour les vaccinations antitétaniques ;
- adapter la compression au long cours pour prévenir les récives.

### **Indications opératoires**

- **Chirurgie vasculaire** des insuffisances veineuses superficielles : en l'absence d'obstruction et de reflux veineux profond axial total.
- N'opérer les IV profondes qu'après avis spécialisé et en l'absence d'efficacité de la compression et du traitement chirurgical de l'IV superficielle associée.
- Envisager le recours aux **greffes en pastilles ou en filet** si :
  - ulcère résistant aux traitements conventionnels depuis plus de 6 mois
  - ulcère de grande taille > 10 cm<sup>2</sup>.

## Annexe 4. Les règles d'utilisation de la compression

HAS juin 2006 Evaluation économique

- **Traiter par compression à haut niveau de pression** (30 à 40 mm Hg à la cheville) si IPS entre 0,8 et 1,3 (cf. limites de l'IPS).
- **Favoriser une bonne observance :**
  - par une information-formation du patient et de son entourage à l'utilisation de la compression ;
  - adapter le système de compression au cas par cas pour obtenir la meilleure efficacité et la meilleure observance (ex.: utiliser des bandes tant que l'ulcère n'est pas cicatrisé, superposer des bas ou des bandes à faible niveau de pression pour obtenir une compression à haut niveau de pression mieux tolérée et plus facile à poser).
- **Favoriser les compressions multicouches**
- **Respecter les règles de bonne utilisation de la compression**
  - Appliquer la compression soit dès le lever, soit 24 h/24 (dans ce cas préférer les bandes peu élastiques à étirement court, bien tolérées la nuit).
  - Respecter les conditions de mise en place d'un bas et d'une bande : position allongée prolongée, protection de la peau, utilisation de matériaux de comblement, étirement constant, essayage préalable.
  - Se référer à la notice pour obtenir la pression souhaitée car cette pression ne peut être mesurée sur le patient.
  - En cas de superposition, considérer que les pressions s'additionnent.
- **Alerte :** en cas d'**ulcère mixte** (AOMI associée) **adapter la compression**, si l'IPS est < 0,8 ou > 1,3 en diminuant la pression (< 30 mmHg) et en utilisant des bandes à étirement court, sous surveillance médicale spécialisée.

## Annexe 6 : 4 messages-clés retenus pour plaies chroniques à partir des 16 messages-clés du protocole ulcère veineux

<b>Messages clés spécifiques du protocole ulcère veineux, Surlignés en jaune ceux retenus pour les plaies chroniques</b>	<b>R, RN, O</b>	<b>Quel support ? reminder, fiche info, fiche suivi Quel destinataire ? Comment ?</b>
Examen clinique pratiqué par le MG est ciblé sur les comorbidités et la recherche étiologique.	R	Reminder, fiche suivi PS Carnet patient
<b>La vaccination antitétanique (VAT) est à vérifier et à mettre à jour</b>	R	Reminder, fiche suivi PS Carnet patient
<b>Un dossier commun partagé est essentiel</b>	R	Reminder, fiche suivi PS Carnet patient
Examen de la plaie, réalisé régulièrement par l'IDE par des mesures (calque) et une description (photos) permet d'en apprécier l'amélioration.	R	Reminder, fiche suivi PS Carnet patient
Rechercher les comorbidités susceptibles de retarder la cicatrisation sont à, afin de les traiter et d'adresser le patient au spécialiste concerné si besoin.	R	Reminder, fiche suivi PS Carnet patient
Bandage compressif adapté peut être réalisé par le patient, la personne de confiance ou l'IDE, à conditions qu'ils soient formés.	R	Reminder, fiche suivi PS
La douleur du patient, liée à la plaie ou au pansement est à estimer (EVA), afin d'adapter la prescription d'antalgiques.		
<b>IPS recherche AOMI associée, renseigne sur l'étiologie veineuse pure entre 0,9 et 1,3. Ulcère mixte à prédominance veineuse entre 0,7 et 0,9. Il permet d'adapter la compression.</b>	R	Reminder, fiche suivi PS Carnet patient
Mobilité du patient à estimer et à renforcer lors d'un entretien d'ETP et avec un soutien par MK si besoin.	R	Reminder, fiche suivi PS Carnet patient
Rechercher une cause locale à la douleur : changer le pansement, modifier la compression, traiter les complications locales, et prescrire des antalgiques.	R	Reminder, fiche suivi PS Carnet patient
Comorbidités susceptibles de retarder la cicatrisation sont à rechercher, afin de les traiter et d'adresser le patient au spécialiste concerné si besoin.	R	Reminder, fiche suivi PS Carnet patient
Greffe est envisageable au delà de 6 mois d'évolution, de surface >10cm, d'eczéma associé.	R	Reminder, fiche suivi PS
<b>Examen commun du patient par MG + IDE est souhaitable, en cas d'impossibilité le dossier devrait être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire.</b>	<b>O R</b>	Reminder, fiche suivi PS
Pas de prélèvement bactériologique local.	<b>RN</b>	Reminder, fiche suivi PS
Pas d'antibiotique local, AB par voie générale en cas de cellulite avérée.	<b>RN</b>	Reminder, fiche suivi PS
Aucun traitement médicamenteux n'est efficace dans le traitement ni la prévention des récives.	<b>RN</b>	Reminder, fiche suivi PS

**R** : il est recommandé de grade A ou B

**RN** : il est recommandé de ne pas prescrire, de grade A ou B aussi

**O** : (option) : prescription laissée à l'appréciation du prescripteur

## Annexe 7. Prise en main du support informatique des fiches de suivi des protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire

Document élaboré par le groupe pluriprofessionnel.

Les fiches de suivi et les carnets patients élaborés sur des supports Excel nécessitent une prise en main et une certaine rigueur.

- **1<sup>ère</sup> Étape incontournable : renseigner la fiche de suivi**, certaines données sont récupérées automatiquement dans le carnet du patient (et non l'inverse)
- Remplir toutes les cellules concernant l'identité du patient
- Remplir toutes les cellules concernant les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge.
- **Des rappels automatiques** apparaissent sur la plupart des critères, parfois dans deux cellules cote à cote : ils apparaissent en cliquant sur le critère et/ou au moment de le renseigner.
- **Des alertes colorées** concernent le plus souvent la gestion des risques, un dépassement de délai, une contrindication.
- Le **code couleur** est renseigné en haut et/ou bas de page
- **Des onglets spécifiques** peuvent vous aider. Ils concernent des actualisations de connaissances conséquents concernant les professionnels de santé (calendrier vaccinal annuel extrait du BEH) ou les patients (pyramide du régime méditerranéen dans le DT2), des prises en charges ciblées professionnels de santé (ex : pansement par IDE dans l'ulcère veineux). Pour retourner à la fiche de suivi, cliquer sur « retour fiche de suivi » en haut et/ ou bas de page (en orange).
- **Éviter de modifier la mise en page** actuelle sous Excel, au risque de supprimer des formules automatiques (++) couverture vaccinale)
- La complétion (renseignement des cellules) peut paraître actuellement répétitive et chronophage, mais la plupart des rubriques ne seront renseignées qu'une seule fois, par plusieurs professionnels de santé.
- L'**argumentaire** contient l'ensemble des justificatifs d'élaboration de tous ces outils et la plupart des réponses à vos questions.

A terme ces protocoles ont pour vocation à être intégré dans un dossier médical informatisé partagé par tous les professionnels de santé d'une maison d'un pôle ou d'un centre de santé.

## Annexe 8. Fiche de suivi ulcère veineux Document élaboré par le groupe pluriprofessionnel

IDENTITE DU PATIENT		PROFESSIONNELS DE SANTE REFERENTS	
Maison de santé :		NOM du médecin traitant	
Région		Téléphone	
Code du patient			
Coordonnées actualisées du patient ?		NOM d'un autre professionnel de santé référent	
Taille (en m)		Sa spécialité	
Antécédents familiaux		Téléphone	
Difficultés psychosociales			
Age		NOM d'un autre professionnel de santé référent	
Sexe		Sa spécialité	
		Téléphone	

Évaluation des risques - Antécédents- Comorbidités				
Veineux				
VAT				
Allergie				
Risques de retard de cicatrisation				
Mobilité cheville				
Diabète				

Protocole pluridisciplinaire : prise en charge des plaies chroniques et ulcères veineux

Consultation soin bilan	1er intervention PS	2ème intervention PS	3ème intervention PS	4ème intervention PS	5ème intervention PS
Date (Exemple : 01/05/08)					
<u>Intervenants</u>					

Résultats entretiens, examens cliniques et complémentaires					
Description ulcère calque ou photo					
Taille ulcère surface 0,00 cm					
PAS (en mm Hg)					
PAD (en mm Hg)					
Poids (en kg)					
IMC <i>(calcul automatique fonction de taille et poids)</i>					
LDL chol					
Créatinine					
Clairance de la créatinine <i>(calcul automatique)</i>					
Index de pression systolique					
Date de l'echodoppler					
Examen cutané jambe gauche					
Examen cutané jambe droite					
Pouls pédieux gauche					
Pouls pédieux droit					

Protocole pluridisciplinaire : prise en charge des plaies chroniques et ulcères veineux

Pouls tibial postérieur gauche				
Pouls tibial postérieur droit				
Anémie : taux d'hémoglobines				
VS				
Glycémie				

**Objectifs thérapeutiques**

**DIMINUTION DOULEUR EVA**

ETAT DE CET OBJECTIF

**ADAPTATION DE LA COMPRESSION**

ETAT DE CET OBJECTIF

**DIETETIQUE**

ETAT DE CET OBJECTIF

**POIDS ATTENDU**

*(calcul automatique fonction de l'IMC)*

**MOBILITE**

ETAT DE CET OBJECTIF

**TABAGISME**

ETAT DE CET OBJECTIF

**RESSENTI DU PATIENT**

ETAT DE CET OBJECTIF

Stratégie thérapeutique				
Éducation thérapeutique				
Traitement antalgique				
PANSEMENT				
Adaptation de la compression				
Retour vers				
Avis spécialisé				

Synthèse	
VERT	Suivi
ORANGE	Attention "Vigilance"
ROUGE	Surveillance accrue ou recours spécialisé

## Annexe 9. Fiche de suivi plaie chronique Document élaboré par le groupe pluriprofessionnel

PLAIES CHRONIQUES	Calcul automatique	<b>PRISE EN MAIN</b>	Menu déroulant	Attention "Vigilance"	Surveillance accrue ou recours spécialisé
<b>IDENTITE DU PATIENT</b>		<b>PROFESSIONNELS DE SANTE REFERENTS</b>			
Maison de santé :				NOM du médecin traitant	
Région				Téléphone	
Code du patient					
Coordonnées actualisées du patient ?				NOM d'un autre professionnel de santé référent	
Taille (en m)				Sa spécialité	
				Téléphone	
Difficultés psychosociales					
Age				NOM d'un autre professionnel de santé référent	
Sexe				Sa spécialité	
				Telephone	
<b>Evaluation des risques retard à la cicatrisation: Antécédents - Comorbidités</b>					
Antécédents veineux (+/- multiples)					
Allergie					
Risques de retard de cicatrisation (+/- multiples)					
Mobilité					
Diabète	<b>DIABETE TYPE 1</b>				
Tabac					
<b>Consultation soin bilan</b>					
	1er intervention PS	2ème intervention PS	3ème intervention PS	4ème intervention PS	5ème intervention PS
Date (Exemple : 01/05/08)					
Intervenants					
<b>Type de plaie</b>					

### Résultats examens cliniques et complémentaires

VAT avec date					
taux Hb					
VS					
glycémie					
poids					
créatininémie					
clearance de la créatinine					
Index de pression systolique G					
Index de pression systolique Dt					

### Objectifs thérapeutiques

DIMINUTION DOULEUR CONTINUE EVA					
DIMINUTION DOULEUR AU COURS PANSEMENT					
ADAPTATION DE LA COMPRESSION DANS LE CAS D'ULCERE JAMBE					
ADAPTATION DE LA DECHARGE SI MAUX PERFORANTS. ESCARRES					
MOBILISATION					
RESSENTI DU PATIENT					

### Stratégie thérapeutique

Education thérapeutique					
Traitement antalgique					
Paliers					
PANSEMENT					
Retour vers					
Avis spécialisé					
Sevrage tabagique					

## Annexe 10. Carnet patient Document élaboré par le groupe pluriprofessionnel

### Carnet de suivi du patient - Plaie chronique :

(Cellule beige : Champs libres à compléter manuellement. Merci)

0

NOM du médecin traitant	0
Téléphone	0
NOM d'un autre professionnel de santé référent	0
Sa spécialité	0
Téléphone	0

### Information à remplir (à la main) par le patient

NOM / Prénom

Adresse

Tél

### Les antécédent du patient

Antécédents veineux (+/- multiples)

;;;

Tabac

Allergie

Allergie à :

Facteurs de retard de cicatrisation (+/- multiples)

;;;

Mobilité

Diabète

DIABETE TYPE 1

1er bilan

2e bilan

3e bilan

4e bilan

5e bilan

VAT avec date

Index de pression systolique G

Index de pression systolique Dt

## Objectifs thérapeutiques

	1er bilan	2e bilan	3e bilan	4e bilan	5e bilan
<b>DIMINUTION DOULEUR CONTINUE</b> EVA					
<b>ADAPTATION DE LA COMPRESSION</b> DANS LE CAS D'ULCERE JAMBE					
<b>ADAPTATION DE LA DECHARGE</b> SI MAUX PERFORANTS, ESCARRES					
<b>MOBILISATION</b>					
<b>Sevrage tabagique</b>					
<b>RESSENTI DU PATIENT</b>					
Texte libre des difficultés rencontrées ( à remplir par le patient)					

## Retour fiche de suivi

### Participation du patient en regard des objectifs thérapeutiques

	1er bilan	2e bilan	3e bilan	4e bilan	5e bilan
<b>Education thérapeutique</b>					
<b>Traitement antalgique</b> Paliers					
<b>PANSEMENT</b>					
<b>Sevrage tabagique</b>					
<b>Questions</b> <b>Commentaires</b>					

### Prochains rendez-vous

	Date du 1er rendez-vous	Date du 2ème rendez-vous	Date du 3ème rendez-vous	Date du 4ème rendez-vous	Date du 5ème rendez-vous
<b>Retour vers</b>					
<b>date</b>					
<b>Avis spécialisé</b>					
<b>date</b>					

## **Annexe 11. Actualisation des connaissances : ulcère veineux**

Document élaboré par le groupe pluriprofessionnel

1. L'examen clinique pratiqué par le MG est ciblé sur les comorbidités et la recherche étiologique.
2. L'examen de la plaie est réalisé par l'IDE qui la décrit par des mesures et des photos ou calques, régulièrement.
3. L'amélioration de l'ulcère est objectivée par les mesures (calque) ou/et photos successives.
4. La douleur du patient doit être estimée par une échelle.
5. La douleur liée aux pansements doit être évaluée, une cause locale recherchée, de façon à la prévenir efficacement.
6. La mobilité du patient doit être évaluée.
7. Le bandage compressif adapté peut être réalisé par le patient, la personne de confiance ou l'IDE, à conditions qu'ils soient formés.
8. Traitement d'un ulcère commence par une douche, puis pose d'un pansement non adhérent approprié.
9. Un examen commun du patient par MG +IDE est souhaitable, si impossible le dossier devrait être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire.
10. La cible tensionnelle est de PAS 14 PAD 9, et chez le diabétique PAS 13 PAD 8.
11. En cas de surpoids ou d'obésité la cible est une perte de poids de 5 pour cent.
12. Surpoids entre 25 et 30, obésité au dessus. Cibler une alimentation variée type régime méditerranéen pour obtenir une IMC en dessous de 25.
13. La cible LDL varie selon l'estimation du risque cardiovasculaire et se situe au dessous de 1,9 g par l.
14. Selon Formule de Cockcroft et Gault en ml par min. 140 moins AGE multiplié par le poids sur la créatininémie, le tout multiplié par K. Âge en années, poids en kg, créatininémie en micro moles par l et K de 1,23 pour les hommes et 1,04 pour les femmes.
15. L'anémie est une cause de retard à la cicatrisation, rechercher l'étiologie et compenser.
16. Retard cicatrisation : tabagisme, anémies, insuffisance vasculaire, déficience cardiaque, Diabète, SEP, AVC, déficit sensoriel, cytoxique, corticoïdes, AINS, cancers, et post chirurgie.
17. L'IPS recherche AOMI associée, il renseigne sur l'étiologie veineuse pure entre 0,9 et 1,3. Ulcère mixte à prédominance veineuse entre 0,7 et 0,9 ; il permet d'adapter la compression.
18. Le but de l'éducation thérapeutique est d'atteindre les objectifs fixés par le patient avec les PS le plus proche possible des recommandations.
19. Le tabac est un facteur de risque de retard de cicatrisation, dont l'arrêt est à négocier prioritairement.
20. L'éducation thérapeutique repose sur 4 objectifs à négocier dans le temps avec le patient : se connaître soi même, avoir confiance en soi, prendre des décisions, résoudre un problème.
21. adresser le patient au spécialiste concerné en fonction des comorbidités susceptibles de retarder la cicatrisation.

## Annexe 12. Actualisation des connaissances : plaie chronique.

Document élaboré par le groupe pluriprofessionnel

1. L'examen clinique pratiqué par le MG est ciblé sur les comorbidités et la recherche étiologique.
2. L'examen de la plaie est réalisé par l'IDE qui la décrit par des mesures et des photos ou calques, régulièrement.
3. L'amélioration de l'ulcère est objectivée par les mesures (calque) ou/et photos successives.
4. La douleur du patient doit être estimée par une échelle.
5. La douleur liée aux pansements doit être évaluée, une cause locale recherchée, de façon à la prévenir efficacement.
6. La mobilité du patient doit être évaluée.
7. Le bandage compressif, en cas d'ulcère veineux, adapté peut être réalisé par le patient, la personne de confiance ou l'IDE, à conditions qu'ils soient formés.
8. Un examen commun du patient par MG +IDE est souhaitable, si impossible le dossier devrait être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire.
9. L'anémie est une cause de retard à la cicatrisation, rechercher l'étiologie et compenser.
10. Causes de retard cicatrisation : tabagisme, anémies, insuffisance vasculaire, déficience cardiaque, Diabète, SEP, AVC, déficit sensoriel, cytoxique, corticoïdes, AINS, cancers, et post chirurgie.
11. En cas d'ulcère veineux, l'IPS recherche une atteinte artérielle (AOMI) associée, il renseigne sur l'étiologie veineuse pure entre 0,9 et 1,3. Ulcère mixte à prédominance veineuse entre 0,7 et 0,9 ; il permet d'adapter la compression.
12. Le but de l'éducation thérapeutique est d'atteindre les objectifs fixés par le patient avec les PS le plus proche possible des recommandations.
13. Le tabac est un facteur de risque de retard à la cicatrisation, dont l'arrêt est à négocier prioritairement.
14. L'éducation thérapeutique repose sur 4 objectifs à négocier dans le temps avec le patient : se connaître soi même, avoir confiance en soi, prendre des décisions, résoudre un problème.
15. Adresser le patient au spécialiste concerné en fonction des comorbidités susceptibles de retarder la cicatrisation.

## Annexe 13. Questionnaire d'acceptabilité- faisabilité

**Le test en temps réel** doit apporter la réponse sur l'acceptabilité du contenu du protocole par les professionnels de santé et sur la faisabilité de la mise en œuvre ultérieure des différents supports informatisés ou papier. Chaque membre du groupe test est sollicité pour remplir ce questionnaire en ligne sur une application Web. Un professionnel de santé référent par structure remplit ce questionnaire en ligne sur une application Web. Chaque réponse est accompagnée d'une zone de commentaires libres. Le type de réponse varie :

- menu déroulant dans les coordonnées : profession, lieu exercice ;
- triple : OUI – NON – NA, modulable : désaccord total (DT), désaccord partiel (DP) accord partiel (AP), accord total ;
- chiffrée.

Rubriques du questionnaire	Question	Cible du support	Modalités de réponse
Effecteur du test	Profession exercée		Menu déroulant
Condition de remplissage du questionnaire	Le test a été effectué	PS	Oui, Non, NA
Nombre de dossiers	Nombre de dossiers testés par PS	PS	Saisir un nombre de 1 à 30
<b>Outils et supports destinés aux professionnels de santé</b>			
Argumentaire	Contient les raisons du choix du thème, <b>et</b> de l'analyse des recommandations retenues, <b>et</b> de la formulation en message clés, <b>et</b> des supports de la mise en œuvre proposés	PS	DT, DP, AP, AT.
Fiche de suivi	Adaptée à la prise en charge pluridisciplinaire	PS	DT, DP, AP, AT.
Messages clés	Pertinence par rapport aux recommandations de référence	PS	DT, DP, AP, AT
Alertes informatisées ( <i>reminder</i> )	Pertinence dans la prise en charge	PS	DT, DP, AP, AT
Annexes de l'argumentaire	Permettent l'actualisation des connaissances des professionnels de santé	PS	DT, DP, AP, AT
Carnet de suivi (1/2)	Favorise l'autonomie du patient dans la prise en charge de sa maladie	P	DT, DP, AP, AT
Carnet de suivi (2/2)	Un recueil de l'avis des patients concernant le carnet de suivi a été organisé	P	Oui, Non, NA
<b>Outils et supports destinés aux patients</b>			
L'onglet question réponses de la fiche de suivi (1/2)	Favorise le dialogue entre professionnels de santé et patients	P et PS	DT, DP, AP, AT
L'onglet question réponses de la fiche de suivi (2/2)	Des réponses ont été apportées au patient	P et PS	Oui, Non, NA
<b>Modalités du test, commentaires libres et appréciation globale</b>			
Modalités du test du protocole (1/4)	Le thème de protocole testé correspond à un besoin exprimé par un professionnel de santé	PS	DT, DP, AP, AT
Modalités du test (2/4)	Nombre de réunions d'information-formation (DPC)	PS	Chiffre entre 0 et 5
Modalités du test (3/4)	Une réunion concernant les résultats a été programmée ou réalisée	PS	Oui, Non, NA
Modalités de mise en œuvre ultérieure	Une demande d'une évolution possible du logiciel par le fournisseur (pour intégrer les supports proposés) a été faite auprès du fournisseur	PS	Oui, Non, Ne sait pas
Commentaires libres (1/4)	Points forts	PS	Texte libre
Commentaires libres (2/4)	Propositions d'amélioration d'un ou plusieurs supports	PS	Texte libre
Commentaires libres (3/4)	Barrières de mise en œuvre en pratique (utilisation à long terme)	PS	Texte libre
Commentaires libres (4/4)	Propositions de thématiques ultérieures	PS	Texte libre
Appréciation globale	Globalement feriez-vous la promotion de ce protocole	PS	DT, DP, AP, AT

## Annexe 13 (suite). Questionnaire d'acceptabilité- faisabilité : copie 1<sup>ère</sup> page du questionnaire mis en ligne sur l'application Web

GRAAL - Administration - Microsoft Internet Explorer

Fichier Édition Affichage Favoris Outils ?

Précédente Recherche Favoris Adresse [https://www.graal.has-sante.fr/graal/jsp/admin/plugins/graal/projet/questionnaire/element/ConsultationElements.jsp?nid\\_projet=](https://www.graal.has-sante.fr/graal/jsp/admin/plugins/graal/projet/questionnaire/element/ConsultationElements.jsp?nid_projet=) OK

Liens archiCLASS Back office GRAAL PRE PROD Bienvenue sur l'annuaire interne de la HAS Front office GRAAL PRE PROD Google GRAAL - Back office GRAAL Front office HAS Hotmail MAGE

Créer/consulter des projets

Liste des éléments du questionnaire : Acceptabilité Faisabilité Protocole Ulcères de jambe

Ce questionnaire comprend 21 questions et sous-questions.

Nombre de questions par page : 30 Modifier

Ajouter un élément Question (ajoute un élément à la fin de la liste)

Prévisualiser Supprimer la sélection Déplacer la sélection Fusionner la sélection Dupliquer la sélection Rendre obligatoire la sélection

Renommer les questions

Numéro	Mode de réponse	Zone de commentaire	Obligatoire	Actions
1	ILP Professions	Oui	Non	
	Profession exercée			
2	ILP - OUI NON NA	Oui	Non	
	Le test a été effectué.			
3	Champ de saisie nombre	Oui	Non	
	Nombre de dossiers testés.			
	Questions concernant les outils destinés aux professionnels de santé			
	Argumentaire			

Terminé

Page 32 Sec 7 32/35 À 3,8 cm Li 5 Col 1 ENR REV EXT RFP Français (Fr)

Démarrer GRAAL - Administrati... Argumentaire\_ulcère vei... 16:38

## Participants

### Groupe pilote des Protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire

Dr Pierre de Haas; généraliste, maison de santé, Pont-d'Ain  
Dr Claudie Locquet, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine  
Dr Jean-Michel Mazué, généraliste, maison de santé, Bletterans  
Dr Michel Serin, généraliste, maison de santé, Saint Amand-en-Puisaye

### Groupe de travail

Dr Pascal Bonnet, généraliste maison de santé, Cessieu  
Mr Henri Bruno, kinésithérapeute, pôle de santé, Pesmes  
Dr Pierre de Haas, généraliste, maison de santé, Pont d'Ain  
Dr Philippe Despierre généraliste, pôle de santé, Malestroit  
Mme Michèle Dumon, infirmière, maison de santé, Pont d'Ain  
Dr Catherine Elsass, généraliste, centre de santé, Belfort  
Mr Frédéric Garnier, pharmacien, maison de santé, Pont d'Ain  
Mme Sabine Guillerault, diététicienne, maison de santé, Saint-Amand-en-Puisaye  
Mme Céline Jandard, infirmière, maison de santé, Villefranche-sur-Saone

Mr Jean-Paul Kerjean, kinésithérapeute, pôle de santé, Sauve  
Mme Mirelle Locicero, infirmière, maison de santé de Sauve  
Dr Claudie Locquet, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine  
Dr Jean-Michel Mazué, Généraliste, maison de santé, Bletterans  
Mme Nathalie Morel, infirmière, maison de santé, Bletterans  
Dr José-Philippe Moréno, généraliste, centre de santé, Belfort  
Dr Anne Moulin, généraliste, centre de santé, Orly  
Dr Michel Serin, maison de santé, Saint-Amand-en-Puisaye  
Mme Fabienne Thibault, sage-femme, maison de santé, Besançon

### Remerciements

Le comité de pilotage tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont les noms suivent, pour leur implication particulière.

- Le Pr Jean-Michel Chabot, conseiller médical du directeur de la HAS, Saint-Denis La Plaine, pour son soutien tout au long du projet.
- Le Dr Claudie Locquet, chef de projet HAS, pour son aide méthodologique et la contribution à l'élaboration des outils de la mise en oeuvre.
- M<sup>lle</sup> Gersende Georg, chef de projet HAS, pour la contribution à l'élaboration des outils informatisés de la mise en oeuvre.
- M<sup>lle</sup> Isabelle Le Puil pour la gestion des questionnaires-acceptabilité-faisabilité sur l'application web de la HAS GRaAL.
- M<sup>me</sup> Catherine Solomon, assistante HAS, pour l'aide à la mise en forme des documents.