

26 Octobre 2023

Update pieds diabétique et podologie



Agenda

1. QualiCCare et le pied diabétique
2. Quelques chiffres
3. Prestations podologiques: qui peut être remboursé pour quel prestations via LaMal?
4. Guide pratique du syndrome du pied diabétique aigu et recommandations pratiques spécifiques à l'indication
5. Triage au soins primaires

1. QualiCCare: qui et quoi

Qui est QualiCCare

- Association à but non-lucratif, interprofessionnelle et indépendante
- Fondée en 2013, issue du projet QualiCCare 2011-2013
- 23 organisations membre représentant tous les acteurs le long du parcours des soins: Sciences/spécialistes, industrie pharmaceutique, logistique, cantons, prestataires de la santé, organisations de patients, assureurs, eHealth

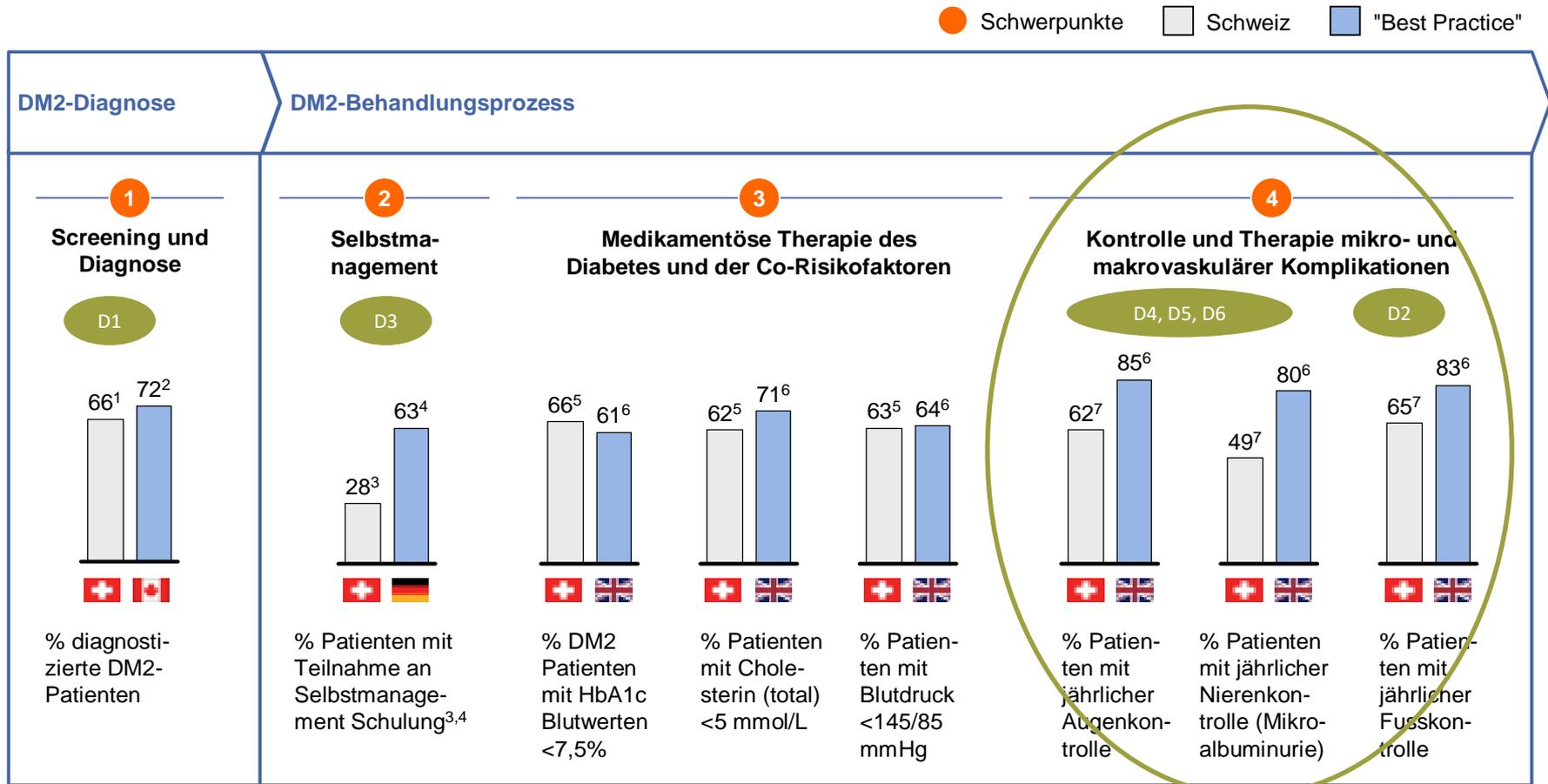
But et objectifs

- Promotion de soins centrés sur le patient, interprofessionnels et coordonnés pour les personnes atteintes de maladies chroniques et multiples
- Réunir les parties prenantes tout au long du parcours de soins afin d'améliorer la qualité des soins pour les personnes souffrant de maladies chroniques et multiples

Les organisations membres de QualiCCare 2023



1. Analyse des «lacunes» par le projet QualiCCare- diabète type 2 (2011)



1 Firmann et al., BMC, 2008

3 Sebo et al., SMW, 2006, Teilnahme an Schulung (nicht spez. Selbstmanagement)

5 Auswertung FIRE Daten, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich, Sept. 2011

7 Bovier et al., SMW 2007

2 Wilson et al., BMC Public Health, 2010

4 Stark et al., Diab/Met Res & Rev, 2011

6 Tahrani, British Journal of GP, 2008

1. Mesure D2: Remboursement des podologues pour les soins des pieds diabétiques via AOS

- Motion Fridez 2012: Remboursement des podologues pour les soins des pieds diabétique par l'AOS
- Etablissement des "valeurs de référence d'une bonne gestion du pied" sur la base de guidelines internationaux :
 - Niveaux de soins selon le risque de syndrome du pied diabétique
 - Prise en charge des pieds des diabétiques en fonction des niveaux de soins
 - Contrôle annuel de la sensibilité des pieds dans le cadre de la "bonne gestion du diabète dans les soins de base "*.

Gestion du pied lors de diabète de type 2 – guide de bonnes pratiques pour la prise en charge médicale de premier recours

1. Examen régulier des pieds et des chaussures

Dès lors que le diagnostic de DT2 est posé, il convient d'examiner et de documenter au moins une fois par an les pieds nus des deux côtés, ainsi que les chaussures les plus fréquemment portées.

I. NP (autonome et sensitive)

- Vérification sur les deux pieds de la sensibilité au toucher avec un monofilament de 10 g et/ou évaluation de la sensibilité vibratoire à l'aide d'un diapason (Rydel/Seiffer 128/64Hz)

Valeurs de référence :

- Monofilament : clairement perçu au niveau de 4 sites prédéfinis, sans callosités (→ Annexe 1)
- Sensibilité vibratoire : en fonction de l'âge, au minimum $\geq 5/8$ (→ Annexe 2)

- Anamnèse ciblée (sensations de brûlure ou douleurs lancinantes, troubles sensoriels, engourdissement, etc.) et inspection soigneuse de la peau des pieds (callosités / hyperkératose pathologique, lésions, sudation réduite, peau sèche, température)

II. Déformations

- Déformations des pieds
- Déformations des orteils (gros orteils rigides, orteils en griffe)
- Modifications des ongles (en particulier mycoses)
- Bilan musculaire et articulaire (mobilité articulaire réduite, hallux rigidus)

Remarque : tenir compte de la perte de mobilité articulaire

III. AOP

Examen minimal :

- Palpation des poulx du pied (A. tibialis posterior et/ou dorsalis pedis)
- En l'absence de poulx pédieux palpables : recherche du poulx poplité et du poulx fémoral

Examen optionnel :

- Mesure de l'index de pression cheville/bras (ABI : Ankle-Brachial-Index) par doppler

En cas de poulx pédieux non palpables, évaluer le statut vasculaire

IV. Chaussage

Évaluation du chaussage : taille, forme, semelles, intérieur capitonné/sans couture ; chaussures adaptées aux activités professionnelles et aux activités de loisir

*<https://www.sgedssed.ch/fr/diabetologie/prise-en-charge-des-pieds>

2. Quelques chiffres:

Complications secondaires selon le IDF Atlas 2019*

Less than one-third of physicians recognise the signs of diabetes-related peripheral neuropathy. The resulting missed diagnoses contribute greatly to these high rates of morbidity and mortality.



Self-management for people with diabetes is an important part of successfully preventing or delaying diabetes complications.



The health costs of treating the complications of diabetes account for over 50% of the direct health costs of diabetes.

Diabetes complications, as frequent causes of disability, premature mortality and absence from work due to sickness, are important drivers of indirect costs.

*https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf

2. Quelques chiffres:

Coûts de la santé concernant la diabète: IDF Atlas 2021

In 2021, huge disparities exist among countries in per person diabetes-related health expenditure. The countries with the highest yearly expenditure per person are Switzerland (USD 12,828), followed by the United States of America (USD 11,779) and Norway (USD 11,166). Countries with the lowest annual expenditure per person are The Democratic Republic of the Congo (USD 94), Pakistan (USD 80) and Bangladesh (USD 77) (Map 3.10).

Of the 10 countries with the highest health expenditure for diabetes per person, nine are from the EUR Region and one is from the NAC Region (Table 3.23).

Table 3.23 Top 10 countries or territories for diabetes-related health expenditure (USD) per person with diabetes (20–79 years) in 2021

Rank	Country or territory	Diabetes-related health expenditure (USD) per person with diabetes (20–79 years)
1	Switzerland	12,828
2	United States of America	11,779
3	Norway	11,166
4	Iceland	8,401
5	Luxembourg	8,193
6	Denmark	7,844
7	Ireland	7,843
8	Sweden	7,675
9	Germany	6,661
10	Austria	6,575



The total diabetes-related health expenditure will reach one trillion USD by 2030

*www.diabetesatlas.org, IDF Atlas 10th edition

2. La Suisse: Diabète en chiffres (IDF Atlas* 2019 und 2021)

2019

Country or territory

Number of adults 20-79 years with diabetes in 1,000s (95% confidence interval)

Diabetes national prevalence (%) in adults 20-79 years (95% confidence interval)

Diabetes age-adjusted comparative prevalence (%) in adults 20-79 years (95% confidence interval)

Switzerland	496.9 (493.3-872.2)	7.7 (7.7-13.5)	5.7 (5.6-9.8)
-------------	---------------------	----------------	---------------

Number of adults 20-79 years with undiagnosed diabetes in 1,000s (95% confidence interval)	Mean diabetes-related expenditure (USD) per person with diabetes (20-79 years)	Mean diabetes-related expenditure (ID) per person with diabetes (20-79 years)	Diabetes-related deaths in adults 20-79 years (95% confidence interval)	Number of children and adolescents 0-19 years with type 1 diabetes
--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

180.4 (179.1-316.7)	11,915.6	9,530.3	1,790.5 (1,781.6-3,028.0)	2,075
---------------------	----------	---------	---------------------------	-------

2021

Country or territory

Number of adults 20-79 years with diabetes in 1,000s (95% confidence interval)

Diabetes prevalence (%) in adults 20-79 years (95% confidence interval)

Age-adjusted comparative diabetes prevalence (%) in adults 20-79 years (95% confidence interval)

Number of adults 20-79 years with undiagnosed diabetes in 1,000s (95% confidence interval)

Diabetes-related expenditure (USD) per person with diabetes (20-79 years)

Switzerland	389.0 (363.6-568.3)	6.0 (5.6-8.7)	4.6 (4.2-6.4)	130.3 (121.8-190.4)	12,828.4
-------------	---------------------	---------------	---------------	---------------------	----------

Diabetes-related health expenditure (ID) per person with diabetes (20-79 years)

Diabetes-related deaths in adults 20-79 years

Prevalence of children and adolescents 0-19 years with type 1 diabetes

Number of people (20-79 years) with impaired glucose tolerance in 1000s (95% confidence interval)

Age-adjusted comparative prevalence (%) of impaired glucose tolerance (20-79 years) (95% confidence interval)

Number of people (20-79 years) with impaired fasting glucose in 1000s (95% confidence interval)

Age-adjusted comparative prevalence (%) of impaired fasting glucose (20-79 years) (95% confidence interval)

10,545.3	7,644	2,092	1,249.7 (1,093.3-1,483.4)	15.8 (14.1-19.2)	379.2 (316.0-455.3)	4.9 (4.1-5.7)
----------	-------	-------	---------------------------	------------------	---------------------	---------------

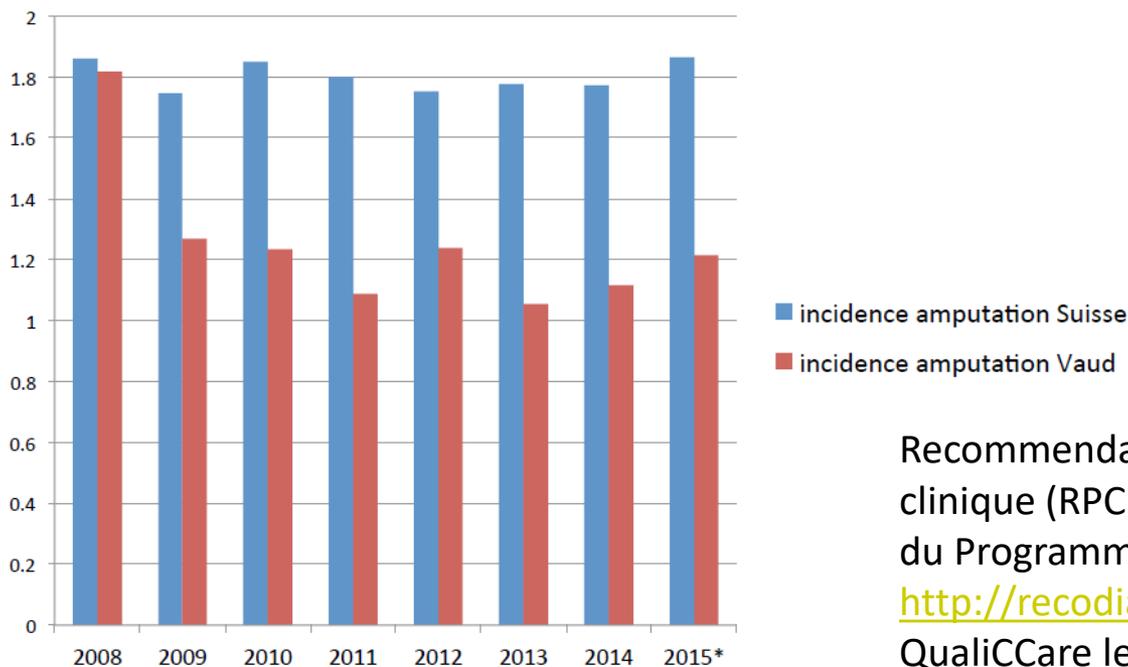
*www.diabetesatlas.org, 8th and 10th edition

2. Programme cantonal Diabète Vaud

Reduction du têt d'amputations dans le canton du Vaud grâce au collaborations structurés et interprofessionnelles



Incidence des amputations chez les diabétiques, pour 10'000 hab.



↘ 150

Amputations
en 3 ans

↘ Coûts humains

↘ Coûts financiers

Recommandations pour la pratique clinique (RPC) sont été développés au sein du Programme cantonal Diabète :

http://recodiab.ch/RPC_diabete.php

QualiCCare les a traduit et validé au niveau national

Source: Office fédéral de la Statistique
* données provisoires pour 2015

Risque d'amputations: il faut un soin des pieds professionnel!

- 25% des diabétiques souffrent d'un ulcère au cours de leur maladie
- > Complications : infection, amputation
- 85% des amputations sont précédées d'un ulcère.
- Toutes les 20 secondes, une jambe est perdue dans le monde à cause du diabète.
- Risque de mortalité à 5 ans jusqu'à 70% après amputation

Mais : jusqu'à 85% des amputations peuvent être évitées grâce à des mesures préventives appropriées et au soutien d'institutions interdisciplinaires.

Boulton AJM et al., NEJM 2004, Sigh N et al, JAMA 2005, Armstrong et al., NEJM 2017, Zhang P et al., Ann Med 2017, IDF Position Statement 2005

3. Pourquoi davantage de fournisseurs de prestations pour le soins des pieds diabétiques ?

- Le nombre de personnes atteintes de diabète augmente également en Suisse : selon l'enquête suisse. Enquête sur la santé 2017, 4% de la population >15 ans étaient atteints de diabète (11% chez les >65 ans)*.
- Selon l'étude INFRAS**, les différents professionnels de la santé ont effectué en 2018 le nombre suivant de traitements chez des personnes diabétiques :
 - Podologues diplom.: 105'000 traitements (environ 90% de tous les traitements),
 - Centres régionaux de conseil en diabétologie : 10'000 traitements (env. 10% de tous les traitements),
 - Personnes titulaires d'un titre de l'ancien droit avec autorisation d'exercer une profession indépendante (p. ex. podologues ASP) : aucune donnée disponible, mais nombre plutôt faible,
 - Personnel soignant en institution ou indépendant : aucune donnée disponible,
 - Spitex : pratiquement aucun traitement.

*<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/diabetes.html>

**Auswirkungen der Aufnahme von Podologinnen und Podologen als Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), Schlussbericht, Zürich, 30. November 2018

3. Admission des podologues en tant que fournisseurs de prestations selon l'art. 50d OAMal

Art. 50d Podologues

Les podologues sont admis s'ils remplissent les conditions suivantes:

- a. ils sont titulaires d'une autorisation cantonale de pratiquer en tant que podologues;
- b. ils sont titulaires d'un diplôme d'une école supérieure selon le plan d'études cadre Podologie du 12 novembre 2010³, dans la version du 12 décembre 2014, ou d'une formation reconnue équivalente selon le chiffre 7.1 du plan d'études cadre;
- c. ils ont exercé pendant deux ans une activité pratique après avoir obtenu leur diplôme:
 1. auprès d'un podologue admis en vertu de la présente ordonnance,
 2. auprès d'une organisation de podologie admise en vertu de la présente ordonnance, ou
 3. dans un hôpital, dans une organisation de soins et d'aide à domicile ou dans un établissement médico-social, sous la direction d'un podologue qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance.

3. Niveaux de soins selon les niveaux de risque du syndrome du pied diabétique : "Valeurs de référence d'une bonne gestion des pieds".

Classe de risque selon l'IWGDF	Définition	Points à aborder dans l'éducation du patient → détails selon la recommandation	Mesures de prévention	Niveau de prise en charge
0	DS <u>sans</u> NP, <u>sans</u> AOP, <u>sans</u> déformation du pied	Inspection, hygiène et soins réguliers des pieds et des ongles	1x par an : <ul style="list-style-type: none"> Examen des pieds/de la peau/des ongles (NP, déformations, AOP, chaussage) Education (rappel) du patient Ev. soins complémentaires en présence d'autres facteurs de risque*	Niveau 1 de prise en charge [†]
1	DS <u>avec</u> NP, <u>sans</u> AOP, <u>sans</u> déformation du pied	Idem que pour le grade 0 + prise de conscience de la perte de sensibilité et des risques en résultant, auto-examen/soins quotidiens des pieds (y compris chaussures), conduite à tenir dans des situations spécifiques	Au moins 2x par an : <ul style="list-style-type: none"> Examen des pieds/de la peau/des ongles (NP, déformations, AOP, chaussage) Education (rappel) du patient : pieds/ongles/peau et chaussage Soins de pédicurie visant à prévenir les risques (gestes atraumatiques pour l'ablation de l'hyperkératose et le soins des ongles) Evaluation du chaussage, resp. évaluer la nécessité de chaussures orthopédiques (en particulier besoin de décharge ; év. consulter un maître bottier-orthopédiste (OSM)) ‡ Inscription à l'AI pour la prise en charge de chaussures de prévention du pied diabétique chez patient <65 ans (sexe masc.)/ <64 ans (sexe fém.) 	Niveau 1 de prise en charge [†]
Pru- dence !	A partir du grade 1, en cas d' <u>ulcère aigu</u> , de <u>pied de Charcot</u> ou de <u>nécrose ischémique / gangrène</u>		<ul style="list-style-type: none"> Orientation vers un centre spécialisé correspondant au niveau 3 de prise en charge[†] La <u>nécrose ischémique / gangrène</u> représente une urgence 	Niveau 3 de prise en charge [†]
2a	DS <u>avec</u> NP, <u>sans</u> AOP, <u>avec</u> déformation du pied	Idem que pour le grade 1 + importance d'un chaussage et de conseils orthopédiques adaptés	Au moins 2x par an : <ul style="list-style-type: none"> Examen des pieds/de la peau/des ongles (NP, déformations, AOP, chaussage) Education (rappel) du patient : pieds/ongles/peau et chaussage Soins de pédicurie visant à prévenir les risques (gestes atraumatiques pour l'ablation de l'hyperkératose et le soins des ongles) Evaluation du chaussage et conseils orthopédiques adaptés (en particulier concernant besoin de décharge, corrections orthopédiques) 	Niveau 1 de prise en charge [†]
2b	DS <u>avec</u> NP, <u>avec</u> AOP, <u>avec</u> ou <u>sans</u> déformation du pied	Idem que pour le grade 1 + impact de l'AOP + avantages/risques des mesures chirurgicales	Au moins 4x par an : <ul style="list-style-type: none"> Examen des pieds/de la peau/des ongles (NP, déformations, AOP, chaussage) Education (rappel) du patient: pieds/ongles/peau et chaussage Soins de pédicurie visant à prévenir les risques (gestes atraumatiques pour l'ablation de l'hyperkératose et le soins des ongles) Evaluation du chaussage et conseils orthopédiques adaptés (décharge et si nécessaire corrections orthopédiques) En complément : discuter de l'indication d'une revascularisation	Niveau 2 de prise en charge [†]
3a	Antécédent d'ulcération du pied	Idem que pour les grades 2a/2b	Au moins 4x par an : <ul style="list-style-type: none"> Examen des pieds/de la peau/des ongles (NP, déformations, AOP, chaussage) Education (rappel) du patient : pieds/ongles/peau et chaussage Soins de pédicurie visant à prévenir les risques (gestes atraumatiques pour l'ablation de l'hyperkératose et le soins des ongles) Evaluation du chaussage (et si nécessaire orthèses) 	Niveau 2 de prise en charge [†]
3b	Antécédent d'amputation (y compris d'orteils isolés)	+ impact de l'ulcère (risque accru de récurrence)		Bilan complet au moins 1x par an dans un centre de niveau 3 de

https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/65_Fussversorgung/Fuss-Managements_bei_DM2_FR_2013.pdf

3. Soins de pieds par des podologues

Selon l'art. 11c OPAS, l'assurance prend en charge les coûts des prestations fournies **sur prescription médicale** par des podologues agréés ou par des organisations de podologie agréées, **pour autant que**

a. les prestations soient effectuées chez des **personnes souffrant de diabète et présentant l'un des facteurs de risque suivants pour un syndrome du pied diabétique** :

1. polyneuropathie, avec ou sans maladie artérielle occlusive périphérique (MAOP),
2. antécédents d'ulcère diabétique,
3. amputation liée au diabète, indépendamment de la présence d'une neuro- ou d'une angiopathie

et

b. Qu'il s'agisse des prestations suivantes :

1. **contrôle** des pieds, de la peau et des ongles,
2. mesures de protection, **notamment l'élimination atraumatique des callosités et le soin atraumatique des ongles,**
3. **Instruction et conseil** aux patient(e)s concernant **les soins des pieds, des ongles et de la peau et le choix des chaussures et des appareils orthopédiques,**
4. **Contrôle de l'adaptation** des chaussures.

4. Soins du syndrome de pied diabétique

GT interprofessionnel de QualiCCare AG du syndrome de pied diabétique sous le lead du GT pied diabétique de la SSEd (12 professions)

Développement des recommandations pour la pratique clinique au niveau national pour le management du syndrome de pied diabétique (SPD)*:

- ✓ **Guides spécialisés** : diagnose / traitement du SPD avec focalisation sur l'artériopathie, la neuropathie/Charcot et l'infection
- ✓ **Guide pratique** : "Best Practice" dans la gestion d'un SPD, y compris le parcours de soins et le niveau de compétence (aperçu)
- ✓ **Primary Care Guidelines** : recommandations pour la diagnose / le traitement et la triage par les premiers intervenants (médicaux, non-médicaux) : Algorithme (procédure), check-list

*Basé sur les lignes directrices du IWGDF (International Working Group Diabetic Foot)

4. Guide pratique du syndrome du pied diabétique (SPD) aigu et recommandations pratiques spécifiques à l'indication

- Aperçu du parcours de soins par niveau de compétence
- **Élaboré et utilisable de manière interprofessionnelle !**



Groupe de travail syndrome du pied diabétique
Bettina Peter-Riesch, présidente [8] – Ulf Benecke [6] – Lucia Blal [6] – Thomas Böni [13] – Bernard Choppuis [8] – Angela Cottier [1] – Emanuel Christ [8] – Astrid Czock [4] – Marc Egli [8] – Sandro Fraternali [14] – Christian Frei [12] – Isabelle Hagon-Traub [8] – Axel Haine [7] – Mario Malgaroli [2] – Dieter Mayer [5] – Salah Qanadli [10] – Christina Ruob [3] – Katrin Schimke [8] – Claude Schoenenweid [8] – Philippe Stirnimann [14] – Ilker Uckay [9] – Véronique Urbaniak [11]

Organisations

- [1] *Medécins de Famille et de l'Enfance Suisse*
- [2] *Organisation Podologie Suisse*
- [3] *pharmaSuisse*
- [4] *QualiCCare*
- [5] *Société Suisse de Chirurgie Vasculaire (SSCV)*
- [6] *Association Suisse pour les Soins de Plaies (SAfW)*
- [7] *Société Suisse d'Angiologie (SSA)*
- [8] *Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie (SSED)*
- [9] *Société Suisse d'Infectiologie (SSI)*
- [10] *Société Suisse de Radiologie Vasculaire et Interventionnelle (SSVIR)*
- [11] *Groupe d'intérêts communs Suisse des infirmières/iers-conseil en diabétologie (GICID)*
- [12] *Swica Assurances*
- [13] *Swiss orthopaedics*
- [14] *Association Pieds et Chaussures*

*<https://qualiccare.ch/projekt/aktuelle-projekte/diabetisches-fussyndrom-praxisempfehlungen>

4. Guide pratique du syndrome du pied diabétique (SPD) aigu et recommandations pratiques spécifiques à l'indication

Syndrome du pied diabétique aigu (SPD) – Management de première ligne par niveau de risque

Évaluation des antécédents pertinents (voir annexe)

<p>Évaluation clinique : stratification des risques</p> <p>→ Signes de neuropathie? Si oui : un pied de Charcot aigu/une neuro-ostéoarthropathie diabétique sont-ils possibles? → suivre la recommandation Charcot/mise en décharge et demander l'avis d'un expert (prise en charge niveau 2/3)</p> <p>→ Présence d'un ou de plusieurs ulcères? Si oui : évaluer la sévérité en fonction de la profondeur et de la taille (voir annexe), prise en charge selon le niveau de risque et documentation photographique requise</p> <p>→ Suspicion d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)? → suivre la recommandation AOMI</p> <p>→ Signes d'infection/d'inflammation? → suivre la recommandation sur l'infection</p>		
<p>«SIMPEL» risque faible</p>	<p>Tous les critères remplis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blessure superficielle (1^{er} degré) • Pas d'infection • Pas d'artériopathie significative (AOMI) • Pas de neuropathie et pas de déformation 	<p>Niveau 1 : soins de base</p>
<p>«COMPLEXE» risque modéré</p>	<p>Au moins 1 critère rempli :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaies profondes (≥ 2^e degré) • Détérioration ou amélioration insuffisante • Signes d'infection • Artériopathie (AOMI) • Neuropathie avec déformation • Ulcère ou amputation 	<p>Niveau 2 : réseau spécialistes SPD</p>
<p>«URGENCE» risque élevé</p>	<p>Au moins 1 critère rempli :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cellulite • Gangrène • Infection systémique • Ischémie aiguë • Pied de Charcot aigu 	<p>Niveau 3 : équipe interprofessionnelle de soins des pieds</p>
<p>Sévérité incertaine Incertitude dans l'évaluation des plaies</p>		<p>Orienter vers Niveau 2/3</p>

Syndrome du pied diabétique aigu (SPD) – Management de première ligne par niveau de risque

<p>«SIMPEL» risque faible</p>	<p>Niveau 1 : soins de base</p> <p>1 A : Pharmacien/ne, assistant/e médical/e, podologue ES, infirmier/ière 1 B : Médecin de famille</p>	<p>Possibilité de traitement standard des plaies</p>
<p>«COMPLEXE» risque modéré</p>	<p>Niveau 2 : réseau de spécialistes SPD</p> <p>Médecine de famille, angiologie, diabétologie, infectiologie, radiologie interventionnelle, technique orthopédique de chaussures et cordonnerie, chirurgie orthopédique, podologie ES, médecine des plaies, chirurgie vasculaire et autres selon les besoins</p>	<p>Nécessité de prise en charge structurée des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan diagnostique • Mise en décharge efficace • Prise en charge appropriée de → Soins des plaies → l'artériopathie (AOMI) → l'infection
<p>«URGENCE» risque élevé</p>	<p>Niveau 3 : équipe interprofessionnelle de soins des pieds</p> <p>Equipe pluridisciplinaire sur place assurant les soins liés au pied diabétique pour les patients hospitalisés et ambulatoires</p>	<p>Nécessité de prise en charge en urgence :</p> <p>Analogue au niveau 2, plus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revascularisation rapide • Chirurgie orthopédique (si pas d'AOMI) • Antibiotiques iv • Mise en décharge stricte
<p>Incertitude sur le niveau de risque Difficile à évaluer</p>		<p>Orientation vers niveau 2/3</p>

Un suivi étroit est indispensable à chaque niveau (au moins une fois par semaine)! Si aucune amélioration n'est constatée lors d'une nouvelle évaluation ou si des

*<https://qualiccare.ch/projekt/aktuelle-projekte/diabetisches-fussyndrom-praxisempfehlungen>

4. Guide pratique du syndrome du pied diabétique (SPD) aigu et recommandations pratiques spécifiques à l'indication

Niveau 1A – SPD Management

Critères pour un traitement standard (1 à 2 semaines):

- **Ulcère de stade 1** (voir annexe)
- Durée < 1 semaine
- Localisation **non** exposée à la pression (non plantaire)
- **Pas de neuropathie** (monofilament = 4/4, pallesthésie > 4/8)
- **Pas d'AOMI** significative (= 2 pulsations palpables au pied, ABI ≥ 0.9)
- **Pas d'infection** (IDSA* stade 1)

1. Anamnèse et examen approfondis
2. Traitement standard des plaies
3. Suivi dans un délai d'une semaine obligatoire

- **Signe d'une infection légère** (rougeur 0.5 – 2 cm; IDSA 2)
- **Durée de l'ulcère > 1 semaine, mais < 4 semaines**

- **Amputation précédente/UPD**
- **Déformation**
- **Suspicion d'AOMI** (< 2 pulsations palpables au pied), ABI < 0.9)
- **Durée de l'ulcère > 4 semaines**
- **Plusieurs ulcères**
- **Ulcère profond** (≥ stade 2) **et/ou ulcère plantaire** (exposé à la pression)
- **Détérioration des résultats ou amélioration insuffisante** (réduction des plaies < 10 %/semaine)
- (Rappel: si amputation/déformation antérieure, Charcot chronique; ulcère de stade 3)

SIGNAUX D'ALARME

- **Infection locale avec symptômes systémiques ou progression rapide** (fièvre, IDSA 4)
- **Suspicion d'ischémie critique** d'urgence**
- À envisager si **ulcère de grade 3** (voir annexe).
- **Aggravation des résultats ou absence de progrès adéquats** (Réduction de la taille de la plaie < 50 % en 4 semaines)
- **Suspicion de nécrose** (plaie noire)
- **Déformation grave nécessitant une correction chirurgicale**
- **Charcot suspecté**
- **Neuropathie douloureuse aiguë**
- **Insuffisance rénale au stade terminal** (dialyse)

Niveau 1B

Niveau 2 (informer le niveau 1B)

Niveau 3

Niveau 1B – SPD Management

Critères autorisant un traitement standard (max. 3 à 4 semaines):

- **Ulcère de stade 1** (voir classification en annexe)
- Durée > 4 semaines
- Localisation **non** exposée à la pression (non plantaire)
- **Pas de neuropathie** (monofilament = 4/4, pallesthésie > 4/8)
- **Pas d'AOMI** significative (= 2 pulsations palpables au pied, ABI ≥ 0.9)
- **Pas d'infection ou infection légère** (IDSA* stade 1 et 2)

1. Anamnèse et examen approfondis
2. Traitement standard des plaies
3. Mise en décharge ciblée et efficace
4. Suivi obligatoire au moins 1 fois par semaine

- **Amputation précédente/UPD**
- **Déformation**
- **Suspicion d'AOMI** (< 2 pulsations palpables au pied, ABI < 0.9)
- **Durée de l'ulcère < 4 semaines**
- **Plusieurs ulcères**
- **Ulcère profond** (≥ stade 2) **et/ou ulcère plantaire** (exposé à la pression)
- **Détérioration des résultats ou amélioration insuffisante** (réduction des plaies < 10 %/semaine)
- (Rappel : si amputation/déformation antérieure, Charcot chronique; ulcère de stade 3)

SIGNAUX D'ALARME

- **Infection locale avec symptômes systémiques ou progression rapide** (fièvre, IDSA 4)
- **Suspicion d'ischémie critique** d'urgence**
- À envisager si **ulcère de grade 3** (voir annexe).
- **Aggravation des résultats ou absence de progrès adéquats** (Réduction de la taille de la plaie < 50 % en 4 semaines)
- **Suspicion de nécrose** (plaie noire)
- **Déformation grave nécessitant une correction chirurgicale**
- **Charcot suspecté**
- **Neuropathie douloureuse aiguë**
- **Insuffisance rénale au stade terminal** (dialyse)

Niveau 2

Niveau 3

*<https://qualiccare.ch/projekt/aktuelle-projekte/diabetisches-fussyndrom-praxisempfehlungen>

4. Guide pratique du syndrome du pied diabétique (SPD) aigu et recommandations pratiques spécifiques à l'indication

Niveau 2 – SPD Management

Critères pour une prise en charge structurée des soins :

- **Amputation précédente/UPD**
- **Déformation**
- **Ulcère de stade ≥ 2** (voir annexe) **et/ou ulcère plantaire** (exposé à la pression)
- **Aucune amélioration après 4 semaines de prise en charge optimale de niveau 1**
- **Signes d'infection modérée** (rougeur > 2 cm, IDSA* stade 3)
- **L'intervention nécessite une imagerie vasculaire**

1. Anamnèse et examen approfondis :
2. Traitement standard des plaies
3. Mise en décharge ciblée et efficace
4. Examen médical vasculaire approfondi
5. Suivi obligatoire au moins 1 fois par semaine

SIGNAUX D'ALARME

- **Infection locale avec symptômes systémiques ou progression rapide** (fièvre, IDSA 4)
- **Suspicion d'ischémie critique** d'urgence**
- **À envisager si ulcère de grade 3** (voir annexe).
- **Aggravation des résultats ou absence de progrès adéquats** (Réduction de la taille de la plaie < 50 % en 4 semaines)
- **Suspicion de nécrose** (plaie noire)
- **Déformation grave nécessitant une correction chirurgicale**
- **Charcot suspecté**
- **Neuropathie douloureuse aiguë**
- **Insuffisance rénale au stade terminal** (dialyse)

Niveau de soins 3

Annexe Evaluation de la sévérité* d'un ulcère

→ **Ulcère de stade 1 :**

superficiel, profondeur totale de la lésion ne dépassant pas le derme (= épiderme à derme)

→ **Ulcère de stade 2 :**

pénétration dans les structures sous-cutanées, atteinte des fascias, des muscles, des tendons et des capsules articulaires

→ **Ulcère de stade 3 :**

touche les os/les articulations

Recueil d'anamnèse

- **Diabète :**
type, durée, statut du contrôle, traitement, complications
- **Co-morbidité :**
maladies cardiovasculaires, y compris AOMI, revascularisation, fonction rénale, déficience visuelle, tabagisme, obésité
- **Antécédents d'ulcère :**
ulcères précédents, amputations, localisation, nombre d'ulcères, cause, durée, traitement
- **Situation sociale :**
condition de logement, mobilité, accompagnement

*<https://qualiccare.ch/projekt/aktuelle-projekte/diabetisches-fussyndrom-praxisempfehlungen>

4. Recommandations pratiques spécifiques aux indications - Infections

Version 2023

Infection du pied diabétique

Problématiques et actions clés dans la prise en charge initiale du syndrome et des ulcères aigus du pied diabétique (SPD/UPD)



INFECTION DU PIED DIABÉTIQUE

Organisation

Niveau

Triage pour l'orientation vers le niveau supérieur

Niveau 1 A

Prestataires ayant une expérience dans le traitement du syndrome du pied diabétique

- Tout signe clinique d'infection (IDSA ≥ 2)
- Infection grave (réaction systémique, IDSA 4) → Niveau 3

Niveau 1 B

Médecin généraliste avec expérience dans le traitement des infections du pied diabétique

- Infection légère (IDSA 2) et absence de signes de guérison des plaies dans les 14 jours malgré des soins adéquats des plaies et un traitement antibiotique → Niveau 2 ou 3
- Infection modérée (rougeur > 2 cm, IDSA 3) → Niveau 2 ou 3
- Infection grave (réaction systémique, IDSA 4) → Niveau 3

Niveau 2

Spécialistes des infections du pied diabétique

- Infection grave (réaction systémique, IDSA 4)

Niveau 3

Equipe interdisciplinaire de soins du pied

Diagnostic

Problématique

Action

1. Evaluation clinique

- Anamnèse du patient et antécédents d'ulcère
- Ulcère aigu ou chronique (plaie non cicatrisée après 4 semaines)
- Symptômes et signes d'inflammation (locaux et/ou systémiques)
- Evaluation de l'étendue et de la profondeur de l'infection et de la réaction systémique d'après la classification PEDIS/IDSA* par ex. (voir annexe classification PEDIS des infections/IDSA)
- Ostéomyélite: Evaluation clinique, introduction d'une sonde boutonnée dans la plaie («probe-to-bone»)

2. Tests sanguins

- Généralement non nécessaires pour le diagnostic d'une infection du pied diabétique
- Mesure des marqueurs de l'inflammation en cas de réaction systémique

3. Radiographie simple

- Recommandée en première évaluation chez tous les patients atteints d'une infection du pied diabétique, principalement si l'ulcère est:
- plus profond que la peau et les tissus sous-cutanés = PEDIS 3 (ostéomyélite?)
 - chronique (ostéomyélite?)
 - traumatique (fracture? Charcot?)

4. IRM

- Généralement non indiquée pour l'infection du pied diabétique
- Doit être envisagée:
 - si la situation reste incertaine (pilon? ostéomyélite? Charcot?)
 - avant une intervention chirurgicale chirurgien traitant

5. Culture microbiologique

- Faire une culture afin de guider le traitement, si possible, et en particulier pour les cas de plaies profondes ou chroniques et/ou de réaction systémique récente
- Pas de prélèvement superficiel à l'exception de plaies superficielles
- Biopsie tissulaire après débridement (ou pus)
- Biopsie osseuse (culture et histologie si possible) en cas de forte suspicion d'ostéomyélite et si aucune intervention chirurgicale n'est prévue, afin de guider le traitement antibiotique

*<https://qualiccare.ch/projekt/aktuelle-projekte/diabetisches-fussyndrom-praxisempfehlungen>

4. recommandations pratiques spécifiques aux indications - AOMI



Qualité d'une prise en charge interprofessionnelle pour les personnes souffrant de maladies chroniques et multiples

Version 2023

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

Problématiques et actions clés dans la prise en charge du syndrome et des ulcères aigus du pied diabétique (SPD/UPD)



Pied diabétique ischémique – organisation du soin

Niveau	Triage pour l'orientation vers le niveau supérieur
Niveau 1a Prestataires avec une expérience dans l'évaluation de la perfusion artérielle périphérique	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'une AOMI (ABI < 0,9 – ≥ 1,4) → Niveau 2 Absence de pouls pédieux lors de la palpation → Niveau 2 Présence de nécrose → Niveau 3 AOMI et infection modérée ou grave (IDSA 3/4) → Niveau 3
Niveau 1b Médecin généraliste avec une expérience dans l'évaluation de la perfusion artérielle périphérique	<ul style="list-style-type: none"> Non cicatrisation (définie par une diminution de la taille de l'ulcération de <50% en 4 semaines malgré une prise en charge optimale) → Niveau 2 AOMI et infection modérée ou grave (IDSA 3/4) → Niveau 3
Niveau 2 Spécialistes des bilans vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> Nécrose → Niveau 3 AOMI et infection modérée ou grave (IDSA 3/4) → Niveau 3
Niveau 3 Equipe interprofessionnelle de soins du pied	

Faits importants

- Jusqu'à 50 % des patients atteints de syndrome du pied diabétique ont une AOMI.*⁽¹⁾
- L'AOMI est l'un des principaux facteurs de risque des événements indésirables au niveau des membres chez les diabétiques.⁽²⁾
- L'origine ischémique d'une ulcération doit toujours être suspectée, si la taille de l'ulcération diminue <50 % en 4 semaines malgré la présence de pouls palpables, l'examen clinique sera à compléter par la mesure de l'ABI **, TBI et par Echo-Doppler.^(3,4)
- En cas d'AOMI, un bilan vasculaire est obligatoire et une revascularisation doit toujours être envisagée.^(3,4)
- L'AOMI est à suspecter en cas d'ulcères non plantaires, d'ulcères multiples sur le même pied (≥ 3) si la taille de l'ulcération diminue < 50 % en 4 semaines ou en présence d'une autre atteinte athérosclérotique (cardiovasculaire et cérébro-vasculaire) ou chez les patients hémodialysés.
- Avant toute amputation, un bilan vasculaire est nécessaire.



L'UPD avec signes d'INFECTION ET AOMI est une urgence médicale
 → «fast track»: orienter immédiatement vers des soins de niveau 3 («time is tissue»)

Diagnostic

Problématique

1. Evaluation clinique de l'AOMI

Action

- Vérifier le pouls pédieux dorsal et tibial postérieur.
 → Une occlusion, une médiacalcinose et une anomalie anatomique peuvent limiter la palpation des pouls au niveau du pied.⁽¹⁾
- En cas de doute: considérer qu'il n'y a pas de pouls palpable.
- Evaluer le pouls capillaire au niveau des orteils et du talon.⁽⁶⁾
 Note: Au niveau de l'ulcère, le temps de remplissage peut être normal (< 3s) en raison d'une inflammation locale.
- Vérifier la température et la couleur de la peau, rechercher des signes de diminution de la trophicité et de la perfusion artérielle.
 → Perte des poils, faible croissance des ongles.
- Les signes et symptômes de l'AOMI ne sont pas fiables en raison de la perte de la sensibilité protectrice et de l'obstruction artérielle distale chez les diabétiques.^(2,4)

2. Test diagnostique de l'AOMI

- Vérifier l'indice Bras-Cheville (ABI), la pression à l'orteil, l'indice Bras-Gros orteil (TBI), la TcpO2[®] et les ondes artérielles à L'Echo-Doppler.
- Il existe un risque de surestimation de la pression de perfusion artérielle en cas d'une médiacalcinose, présente chez 30 % des patients (artères incompressibles, ABI ≥ 1,4).
- Note: Aucun test en lui seul n'est optimal pour écarter l'AOMI.^(2,3,4)

ARTÉRIOPATHIE OBLITÉRANTE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Localisation caractéristique des ulcères ischémiques

A prendre en compte dans chaque ulcère du pied diabétique d'origine neuropathique et artérielle.



Les patients présentant des signes d'AOMI et une infection du pied courent un risque particulièrement élevé d'amputation d'un membre majeur et nécessitent un traitement d'urgence.⁽¹⁾

Références
 European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardiovascular Imaging (EACVI) 2017

* <https://qualiccare.ch/projekt/aktuelle-projekte/diabetisches-fussyndrom-praxisempfehlungen>

4. recommandations pratiques spécifiques aux indications - Charcot



Qualité d'une prise en charge interprofessionnelle pour les personnes souffrant de maladies chroniques et multiples

Version 2023

Pied de Charcot

Neuro-Ostéoarthropathie

Problématiques et actions clés dans la prise en charge initiale du syndrome et des ulcères aigus du pied diabétique (SPD/UPD)



Pied de Charcot



Pied
 - Erythème léger
 - Pied plus chaud que l'autre
 - Tuméfaction
 - Indolore ou douleur légère
 - Pas de plaie au départ
 - Présence de neuropathie impérative

Pied de Charcot aigu
 jusqu'à preuve du contraire

Urgence médicale !
 Orientation vers niveau 2 ou 3
 fortement recommandée



Pied
 Comme à gauche, avec plaie

N'exclut PAS le pied de Charcot aigu
 (diagnostic différentiel = ulcère avec infection profonde ou cellulite)

Urgence médicale dans tous les cas

Prémises de bases – Pied de Charcot

Aspect	Action
Preuves disponibles	Des études d'intervention à plus grande échelle dans le domaine du pied de Charcot resteront probablement difficiles à réaliser. La pratique clinique continuera donc de s'appuyer sur de petites études ou des études observationnelles, sur l'expertise clinique et sur des preuves indirectes. Ces limitations soulignent la nécessité d'une approche interdisciplinaire en équipe ou en réseau pour les soins aux patients atteints de pied de Charcot, ainsi que d'une prise de décision concertée dans les cas difficiles.
Classification	<ul style="list-style-type: none"> Eichenholtz: trois stades basés sur les caractéristiques radiologiques et la présentation du pied: développement (I), coalescence (II), reconstruction/consolidation (III) Proposition d'ajout du stade prodromique 0: négatif aux rayons X, positif à l'IRM (micro-fractures, œdème de la moelle osseuse, ecchymoses osseuses) Chantelau: approche par stades basée sur l'activité de la maladie telle que reflétée par l'IRM (maladie active [A] ou inactive [B]) et la présence d'une déformation (présente [1] ou absente [0]) → Maladie active sans déformation (A0): équivalent du «stade 0», stade souhaitable pour l'identification de la maladie, meilleure chance de guérison sans déformation → Maladie inactive sans déformation (B0): résultat final souhaitable du traitement → Maladie active avec déformation (A1): Eichenholtz stades I/II → Maladie inactive avec déformation (B1): stade final stable avec augmentation du risque d'ulcération (Eichenholtz stade III) Sanders and Frykberg: cinq zones anatomiques: <ul style="list-style-type: none"> zone I – articulations métatarso/interphalangiennes zone II – articulations tarso-métatarsiennes (articulations de Lisfranc) zone III – articulations médio-tarsiennes (articulations de Chopart) zone IV – articulation de la cheville et articulation subtalaire zone V – calcanéum

*<https://qualiccare.ch/projekt/aktuelle-projekte/diabetisches-fussyndrom-praxisempfehlungen>

4. recommandations pratiques spécifiques aux indications - Offloading



Qualité d'une prise en charge interprofessionnelle pour les personnes souffrant de maladies chroniques et multiples

Version 2023

Mise en décharge dans le traitement des complications aiguës du pied diabétique

Mesures et aspects pertinents pour traiter et prévenir la rechute des ulcères du pied diabétique



1. Principes de base – Tous niveaux de soins

- Choisir une stratégie de mise en décharge en consultation avec le patient, en tenant compte de sa situation individuelle, afin d'obtenir la meilleure observance possible du traitement
→ p. ex. âge, stabilité, équilibre, vision, dextérité, situation de logement, soutien social, activité professionnelle, mobilité
- Le choix de l'aide/de l'appareil approprié dépend directement de l'emplacement de l'UPD (ulcère du pied diabétique) et ses effets sur le côté opposé doivent être évalués (p. ex. compensation de hauteur)
- Une solution immédiate et provisoire de mise en décharge (plâtre, orthèse, chaussures thérapeutiques) est généralement mise en place lors des premiers soins, tant qu'il y a un volume important de pansements et/ou que la forme du pied n'est pas stable (p. ex. gonflement)
- Si des dispositifs non amovibles sont utilisés, une prophylaxie de la thrombose est recommandée, en tenant compte des contre-indications éventuelles
- Composante essentielle de la prévention secondaire, la mise en place d'une chaussure orthopédique n'a généralement lieu qu'après la guérison d'un UPD/pied de Charcot
- Le type de dispositif choisi dépend directement du niveau d'activité de l'individu (à l'intérieur/à l'extérieur), de l'emplacement de l'ancien ulcère/problème ainsi que de considérations de couverture par l'assurance maladie

* Consulter la définition dans le [glossier_infection](#)

† Consulter la définition dans le [glossier_AQMI](#)

** Envisager cette option thérapeutique – si le patient est un candidat potentiel, l'orienter vers des soins de niveau 2/3 pour la mise en place.

*** Si aucune infection ou infection légère seulement → Consulter la définition dans le [glossier_infection](#) sans ischémie critique → Consulter la définition dans le [glossier_AQMI](#) ni déformation grave
Orientation vers le niveau 2/3 si pas d'amélioration dans les 4 semaines.

2. A) Les aides et appareils orthopédiques pour décharger les ulcères du pied diabétique

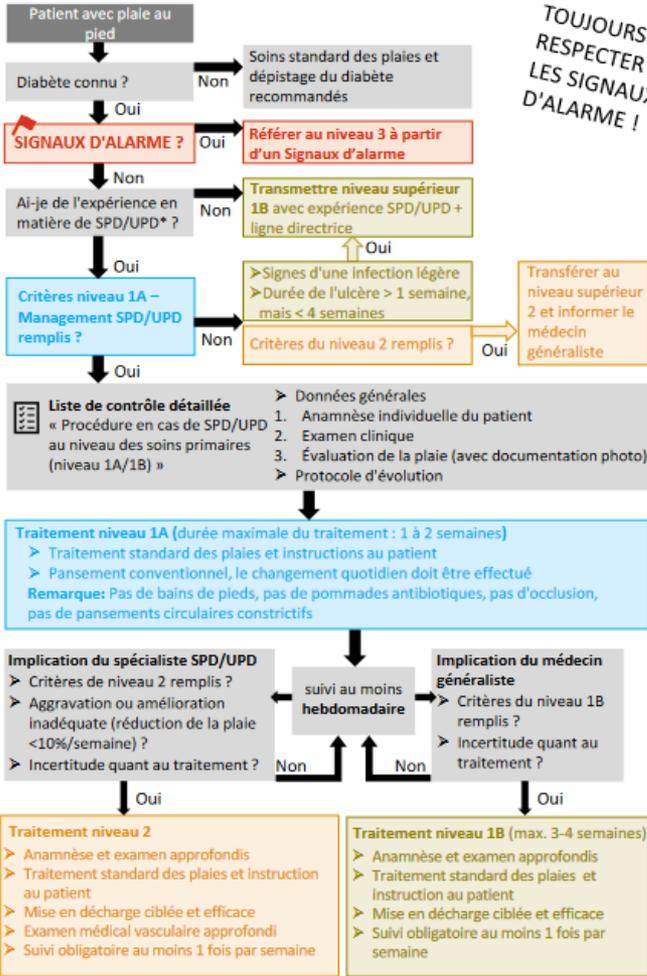
MISE EN DÉCHARGE

Problématique	Action	Compétence & responsabilité
<p>Ulcères plantaires +/- déformation sans infection non contrôlée* ni ischémie critique* (à l'exclusion des ulcères du bout des orteils ou du talon)</p>	<p>A) Gold standard: Botte plâtrée inamovible, orthèse préfabriquée inamovible maintenant le pied et la cheville (jusqu'au genou) avec personnalisation de l'interface orthèse/pied, si indiqué</p>	<p>Niveau 1** Niveau 2/3</p>
<p>Contre-indications et MISES EN GARDE  Ne pas utiliser de dispositifs inamovibles pour les ulcères fortement exsudatifs et les infections non contrôlées nécessitant des soins fréquents ou une inspection et pour les membres gravement ischémiques.</p>		
<p>Alternatives si A) n'est pas possible (p. ex. le patient refuse le dispositif inamovible, déformation grave, plie infectée exsudant abondamment ou non contrôlée)</p>	<p>B) 2^e choix: Botte plâtrée amovible ou orthèse préfabriquée maintenant le pied et la cheville (jusqu'au genou) avec personnalisation de l'interface orthèse/pied, si indiqué</p> <p>C) 3^e choix: mise en décharge ciblée de l'ulcère avec une solution provisoire: chaussures thérapeutiques avec mise en décharge ciblée des zones problématiques, en utilisant des produits préfabriqués +/- modifications personnalisées, si indiqué</p> <p>Eviter le type «chaussures de décharge de l'avant-pied» → Risque de fractures du médiopied, compensation de hauteur difficile, problèmes d'équilibre</p>	<p>Niveau 1*** Niveau 2/3</p>
<p>Options supplémentaires</p>	<p>D) Envisager des pansements en feutre avec rembourrage en mousse</p> <p>E) Envisager des béquilles (en s'assurant de leur utilisation correcte), un fauteuil roulant, etc.</p>	<p>Niveau 1*** Niveau 2/3</p>

*<https://qualiccare.ch/projekt/aktuelle-projekte/diabetisches-fussyndrom-praxisempfehlungen>

5. Triage in der Grundversorgung

Aide à l'application du guide pratique niveau 1A (professionnels de la santé non-médecins)



*Syndrome du pied diabétique et ulcère du pied

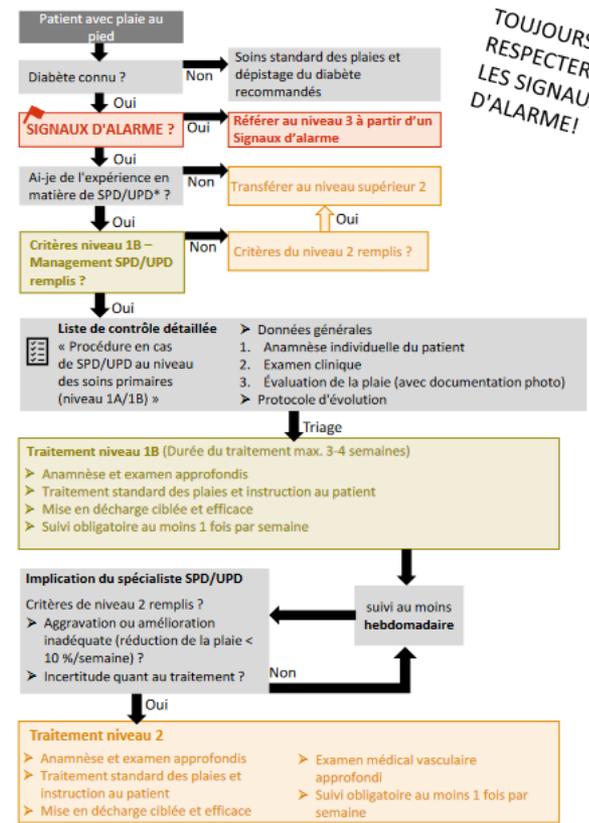
1

https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/DFS/23-04-17_Aide_a_l_application_du_guide_pratique_niveau-1A.pdf

Algorithme et Checklist* pour les médecins primaires, MPA/MPC, pharmaciens, soins à domiciles, infirmières diabète, podologues, maître cordonnier orthopédique

*https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/DFS/230419_QCARE_Checkliste_DFS-Triage_FR.pdf

Aide à l'application du guide pratique niveau 1B (professionnels de la santé)



*Syndrome du pied diabétique et ulcère du pied

1

https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/DFS/23-04-17_Aide_a_l_application_du_guide_pratique_niveau-1B.pdf

Explications dans l'algorithme

SIGNAUX D'ALARME

- Infection locale avec symptômes systémiques ou progression rapide (fièvre, IDSA* 4)
- Suspicion d'ischémie critique** d'urgence
- À envisager si ulcère de grade 3
- Aggravation des résultats ou absence de progrès adéquats (Réduction de la taille de la plaie < 50 % en 4 semaines)
- Suspicion de nécrose (plaie noire)
- Déformation grave nécessitant une correction chirurgicale
- Charcot suspecté
- Neuropathie douloureuse aiguë
- Insuffisance rénale au stade terminal (dialyse)

Niveau 3 :

équipe interprofessionnelle de soins des pieds

Niveau 2 – SPD Management

Critères pour une prise en charge structurée des soins :

- Amputation précédente/UPD
- Déformation
- Ulcère de stade ≥ 2 (voir annexe) et/ou ulcère plantaire (exposé à la pression)
- Aucune amélioration après 4 semaines de prise en charge optimale de niveau 1
- Signes d'infection modérée (rougeur > 2 cm, IDSA stade 3)
- L'intervention nécessite une imagerie vasculaire

Niveau 2 :

réseau de spécialistes SPD

Médecine de famille, angiologie, diabétologie, infectiologie, radiologie interventionnelle, technique orthopédique de chaussures et cordonnerie, chirurgie orthopédique, podologie HES, médecine des plaies, chirurgie vasculaire et autres selon les besoins

Niveau 1B – SPD Management

Critères autorisant un traitement standard (max. 3 à 4 semaines) :

- Ulcère de stade 1 (voir classification en annexe)
- Durée > 4 semaines
- Localisation non exposée à la pression (non plantaire)
- Pas de neuropathie (monofilament = 4/4, pallesthésie > 4/8)
- Pas d'AOMI significative (= 2 pulsations palpables au pied, ABI ≥ 0.9)
- Pas d'infection ou infection légère (IDSA stade 1 et 2)

Niveau 1B :

Médecin de famille

Niveau 1A – SPD Management

Critères pour un traitement standard (1 à 2 semaines)

- Ulcère de stade 1 (voir annexe)
- Durée < 1 semaine
- Localisation non exposée à la pression (non plantaire)
- Pas de neuropathie (monofilament = 4/4, pallesthésie > 4/8)
- Pas d'AOMI significative (= 2 pulsations palpables au pied, ABI ≥ 0.9)
- Pas d'infection (IDSA* stade 1)

Niveau 1A :

Pharmacien/ne, assistant/e médical/e, podologue ES, infirmier/ière

* Infectious Diseases Society of America (IDSA)

** ABI < 0.5, tcPO2 < 25 mmHg, pression à l'orteil < 30 mmHg



Questions?

Contact

czock@qualicare.ch

Tel: 056 552 12 01

Merci pour votre attention