WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT
VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE

Initiative pour la Promotion de la Qualité et Epidémiologie dans les Cliniques multidisciplinaires du pied Diabétique IPQED-Pied

Résultats 2008

Institut Scientifique de Santé Publique
Direction Opérationnelle Santé Publique et Surveillance
Service Etude des Soins de Santé

Rue Juliette Wytsman, 14
1050 Bruxelles | Belgique

www.wiv-isp.be

Service Etude des Soins de Santé | Mars 2011 | Bruxelles, Belgique
N° de référence interne : PHS Report/2011-8
N° de dépôt ou ISSN : D/2011/2505/5

Auteurs

M. Claessens, PhD*
F. Nobels, MD, PhD
N. Debacker, MSc
H. Beele, MD, PhD
S. Deweer, MD
I. Dumont, MD
P. Félix, MD
M. Flour, MD
P. Lauwers, MD
G. Matricali, MD, PhD
C. Randon, MD, PhD
A. Spijker, MD, PhD
V. Van Casteren, MD
K. Van Acker, MD, PhD

* Tél. : 02 642 57 63
Fax : 02 642 54 10
E-mail : mandy.claessens@wiv-isp.be

Conseil Scientifique IPQED-Pied
Prof. Dr H. Beele, UZ Gent, Gent; Dr A. Bodson, Polyclinique de la Madeleine, Jumet; Dr J. Boly, membre du Collège des médecins directeurs, INAMI, Bruxelles; Dr M. Claessens, ISP, Bruxelles; Dr C. Daubresse, Clinique Saint-Joseph, Luik; Mme N. Debacker, ISP, Bruxelles; Mme C. Demarre, Intercommunale hospitalière Famenne-Ardenne-Condroz, Marche-En-Famenne; Mr K. Deschamps, UZ KU Leuven – Gasthuisberg, Leuven; Dr S. Deweer, Algemeen Ziekenhuis Sint Elisabeth, Zottegem; Dr I. Dumont, Centre du Pied, Ransart; Dr P.Félix, CHR de la Citadelle, Luik; Dr M. Flour, UZ KU Leuven – Gasthuisberg, Leuven; Dr V. Gendreike, membre du Collège des médecins directeurs, INAMI, Bruxelles; Dr P. Lauwers, UZ Antwerpen, Antwerpen; Prof. Dr G. Matricali, UZ Leuven - Campus Pellenberg, Leuven; Dr F. Nobels, OL Vrouwziekenhuis - Campus Aalst, Aalst; Mr M. Quidousse, C.H.R. De Mouscron, Mouscron; Dr C. Randon, UZ Gent, Gent; Dr A. Spijker, Sint-Jozefkliniek Bornem, Bornem; Dr K. Van Acker, Ziekenhuis Heilige Familie, Reet, Rumst en Centre des Fagnes, Chimay; Dr S. Van Bouwel, UZ Antwerpen, Antwerpen; Dr S. Van Imschoot, AZ Sint-Jan AV, Brugge; Dr B. Winnen, président du Collège des médecins directeurs, INAMI, Bruxelles; Dr A. Wouters, membre du Collège des médecins directeurs, INAMI, Bruxelles

La Science au service de la Santé Publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement.
© Institut Scientifique de Santé Publique | Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Bruxelles 2011.
Ce rapport ne peut être reproduit, publié ou distribué sans l'accord du WIV-ISP.

Table des matières

INTRODUCTION **7**

OBJECTIF **7**

STRUCTURE DE L'ETUDE **8**

CONVENTION IPQED-PIED 8
VARIABLES 8
TRAITEMENT DES DONNEES 9

DESCRIPTION DE LA POPULATION ET DU PROBLEME DU PIED **10**

DESCRIPTION GEOGRAPHIQUE DE LA POPULATION 10
DESCRIPTION DE LA POPULATION GENERALE 11
DESCRIPTION DES LESIONS DU PIED 12
PATIENTS ATTEINTS DE DIABETE DE TYPE 1 OU DE TYPE 2 17
Description de la population *17*
Description des lésions du pied *18*
FUMEURS, EX-FUMEURS ET NON-FUMEURS 19

TRAITEMENT ET EVOLUTION DU PROBLEME DU PIED **20**

OSTEO-ARTHROPATHIE NERVEUSE ACTIVE (PIED DE CHARCOT) 20
LESIONS DU PIED 22
Mise en décharge *22*
Intervention podologique *24*
Examen des vaisseaux et revascularisation *24*
Chirurgie orthopédique *25*
Pression négative *26*
Chaussage préventif *27*
Guérison *28*
Patients décédés *32*

RESUME ET CONCLUSIONS **33**

REFERENCES **35**

ANNEXE 1: CONVENTION D'IPQED-PIED **37**

ANNEXE 2: L'AVENANT SUR LE CONVENTION D'IPQED-PIED **55**

ANNEXE 3 : VARIABLES DEMANDES **59**

Introduction

Entre 1997 et 2008, la prévalence du diabète en Belgique est passée de 2,3 à 3,51% (1). Selon le dernier rapport IPQED, portant sur les données de 10% des patients diabétiques belges recevant au moins 2 injections d'insuline par jour, 32,4% des patients atteints de diabète de type 2 et 13,5% des patients atteints de diabète de type 1 de l'étude IPQED présentaient, en 2008, un risque accru de développer un problème aux pieds (neuropathie périphérique et/ou maladie artérielle périphérique et/ou antécédent de plaies aux pieds) (2). D'après les estimations, 15% des patients diabétiques développeront une plaie au pied au cours de leur vie.

Bien que le diabète soit une affection complexe, qui s'accompagne d'une morbidité et d'une mortalité accrues, il s'est avéré que la majorité des lésions au pied pouvaient être guéries, notamment grâce au développement d'une prise en charge multidisciplinaire du problème du pied diabétique (3-5).

Ces dernières années, le nombre de publications sur le traitement et la prise en charge du pied diabétique a augmenté, même si la plupart de ces études sont réalisées dans une seule clinique du pied. Eurodiale est l'une des plus grandes études européennes sur le pied diabétique et a réuni des données provenant de 14 cliniques du pied spécialisées, réparties dans 10 pays d'Europe. Au total, les données de 1 088 patients ont été collectées, puis analysées en tenant compte de la sévérité de la lésion, du traitement et du résultat après un an (6).

En 2005, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité a introduit l'agrément des cliniques du pied diabétique. À la suite de cet agrément et par analogie avec l'initiative pour la promotion de la qualité – IPQED – une étude spécialement axée sur la promotion de la qualité a été organisée dans des cliniques multidisciplinaires du pied diabétique. Cette étude IPQED-Pied (Initiative pour la Promotion de la Qualité et Épidémiologie dans les cliniques multidisciplinaires du Pied Diabétique) a pour principal objectif de favoriser l'évaluation et l'amélioration des soins prodigués aux patients dans les cliniques du pied diabétique. Seule l'Allemagne a organisé une étude similaire de promotion de la qualité en ce qui concerne le pied diabétique (http://www.ag-fuss-ddg.de).

Le présent rapport décrit et analyse les résultats de la collecte de données concernant l'année civile 2008. Dans la mesure du possible, les résultats de l'étude IPQED-Pied ont été comparés à ceux de l'étude Eurodiale.

Objectif

Le but premier de l'étude IPQED-Pied est de s'assurer que les personnes actives dans le secteur concerné (médecins, podologues, infirmiers...) sont en mesure de repérer les éléments positifs et les points faibles des cliniques curatives du pied, sur la base d'analyses précises. Nous espérons que cette méthode nous permettra d'améliorer la qualité des soins du pied diabétique en Belgique.

Concrètement, cette étude veut fournir un benchmarking à toutes les cliniques du pied diabétique agréées, de manière à ce que celles-ci puissent comparer leurs résultats avec les données anonymes des autres cliniques du pied. De cette façon, chaque clinique du pied a la possibilité d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins qu'elle prodigue.

Les données collectées dans le cadre de cette étude sont également nécessaires à l'INAMI et aux autorités afin de suivre l'évolution de la qualité des soins dans les cliniques du pied.

Structure de l'étude

Convention IPQED-Pied

Lors de la présente étude, des données ont été collectées auprès des cliniques curatives du pied diabétique agréées via l'avenant à la convention de rééducation fonctionnelle concernant les cliniques curatives du pied diabétique de troisième ligne (pour la convention et l'avenant, voir annexes 1 et 2). Afin de bénéficier de cet agrément et du remboursement, une clinique du pied doit travailler de manière multidisciplinaire et prendre en charge chaque année au moins 52 patients différents présentant, au cours de l'année concernée, des lésions au pied liées au diabète (à partir d'un grade 2 de la classification de Wagner) ou une arthropathie neurogène (pied de Charcot). Toute clinique multidisciplinaire du pied doit disposer d'une équipe spécialisée dans le diabète, composée, au minimum, des personnes suivantes :

- Un médecin spécialisé en endocrino-diabétologie
- Un médecin spécialisé en chirurgie, un chirurgien vasculaire et/ou un chirurgien orthopédique et/ou un chirurgien plasticien et/ou un chirurgien général possédant de l'expérience en chirurgie du pied
- Un Podologue
- Un ou deux infirmiers en diabétologie et/ou des infirmiers familiarisés avec les soins des lésions du pied

En outre, les cliniques du pied diabétique agréées doivent participer, chaque année, à une collecte de données à des fins épidémiologiques et de promotion de la qualité.

Variables

L'annexe 3 présente les variables demandées, accompagnées d'une brève explication et des choix possibles. Les données demandées concernent la situation au moment de la prise en charge; la nature, la localisation et la gravité du problème du pied; le traitement; et la situation environ 6 mois après la prise en charge (Annexe 3). La description de la sévérité du problème du pied s'appuie sur la classification de Wagner et la classification PEDIS.

La classification de Wagner comporte 5 grades, à savoir :

- Grade 0 : Pas d'ulcère, mais pied à haut risque
- Grade 1 : Ulcère superficiel
- Grade 2 : Ulcère profond sans atteinte osseuse
- Grade 3 : Abcès avec atteinte osseuse
- Grade 4 : Gangrène locale - des orteils ou du talon, par exemple
- Grade 5 : Gangrène de l'ensemble du pied

Le programme IPQED-Pied exige l'enregistrement de toutes les lésions du pied à partir d'un grade 2 de Wagner.

La classification PEDIS décrit la lésion du pied sur 5 niveaux :

1. **P**erfusion : Degré de perfusion basé sur la palpation des pulsations vasculaires, l'indice cheville-bras (ABI) et la mesure transcutanée de la pression d'oxygène (TcpO2)
    - Grade 1 : Pas de modifications périphériques : pulsations sensibles et/ou ABI 0,9 – 1,1
    - Grade 2 : Ischémie subcritique : pas de pulsations sensibles et/ou ABI < 0,9 et/ou TcpO2 30-60 mmHg

- Grade 3 : Ischémie critique : pas de pulsations sensibles et présence de signes cliniques d'ischémie sévère et/ou pression artérielle systolique de cheville < 50 mmHg et/ou TcpO2 < 30 mmHg

2. **E**xtent (étendue) : Surface mesurée en cm²
3. **D**epth (profondeur) : profondeur de la plaie
   - Grade 1 : Plaie superficielle : pas d'atteinte au-delà du derme
   - Grade 2 : Ulcère profond : atteinte des structures sous-cutanées, y compris les fascias, le muscle ou le tendon
   - Grade 3 : Jusqu'à l'os : implication de toutes les couches plus profondes du pied, y compris l'os et les articulations
4. **I**nfection : Degré d'infection en fonction de l'ampleur de l'érythème et de la présence d'autres facteurs
   - Grade 1 : Pas d'infection : aucun signe ni symptôme d'infection
   - Grade 2 : Infection superficielle : présence d'au moins 2 des critères suivants :
     - Érythème de 0,5 cm à 2 cm autour de l'ulcère
     - Gonflement et durcissement localisés
     - Douleur
     - Échauffement local
     - Sécrétion purulente (en dehors de toute autre cause d'infection telle qu'un traumatisme, un pied de Charcot actif, une fracture, etc.)
   - Grade 3 : Infection profonde : érythème > 2 cm et 1 des critères précités ou infection des structures plus profondes telle qu'un abcès, une ostéomyélite, une arthrite ou une fasciite
   - Grade 4 : Infection systémique : au moins deux des symptômes suivants :
     - Température > 38°C ou < 36°C
     - Rythme cardiaque > 90 battements/minute
     - Leucocytose (> 12 000 ou < 4 000/mm³)
     - PaCO2 < 32 mmHg
5. **S**ensation (sensibilité) : Degré de sensibilité à la pression évalué au moyen d'un test au monofilament de 10 grammes à 2 ou 3 endroits ou à l'aide du test au diapason (128 Hz)
   - Grade 1 : Sensibilité normale : pas de détection de perte de sensibilité à la pression (selon la méthode décrite ci-dessus)
   - Grade 2 : Perte de la sensibilité de protection : Perte de la sensibilité à la pression déterminée par un test au monofilament négatif à 2 des 3 localisations plantaires ou absence de sensibilité aux vibrations lors de l'emploi d'un diapason de 128 Hz ou selon le seuil de perception des vibrations > 25 V, testé au moyen de méthodes semi-quantitatives

Traitement des données

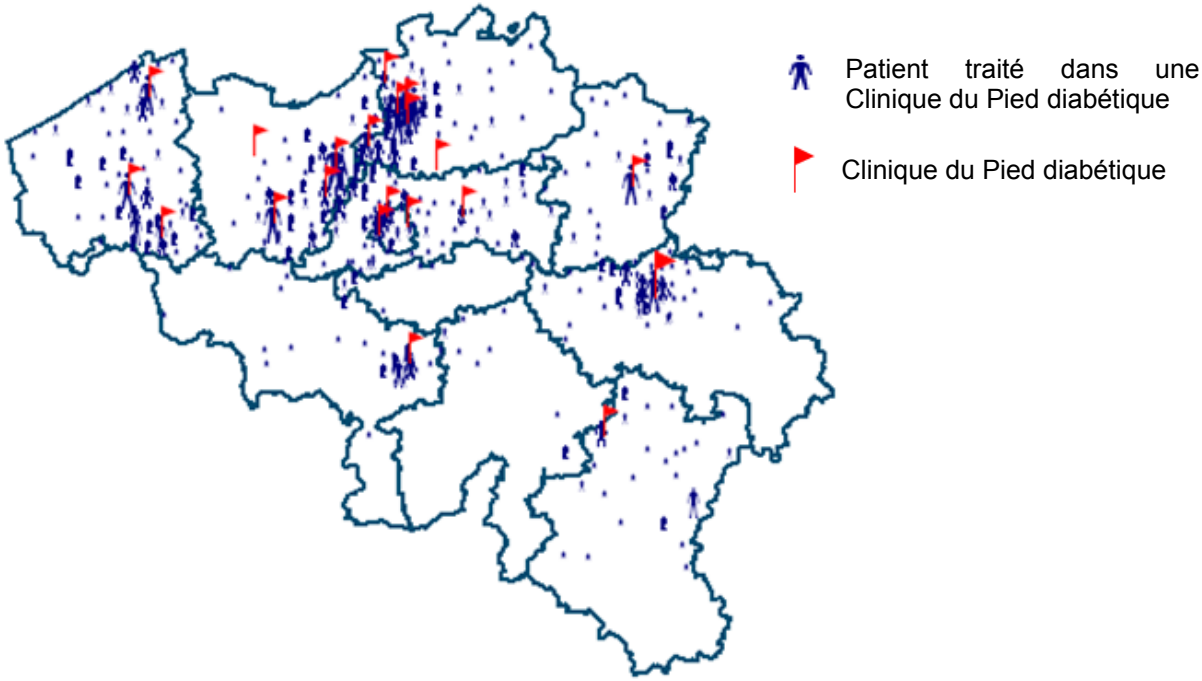
À l'issue de la collecte des données, les informations relatives aux patients ont été exportées et transmises, sous une forme codée, à l'ISP. L'ISP a recherché les doublons éventuels (patients ayant fréquenté 2 cliniques du pied différentes, par exemple) et, dans la mesure du possible, les erreurs. Ces données nettoyées ont, ensuite, fait l'objet d'analyses statistiques au moyen de Stata 9.2.

Description de la population et du problème du pied

Description géographique de la population

En 2008, 21 cliniques du pied diabétique étaient agréées par l'INAMI en tant que cliniques multidisciplinaires du pied diabétique. Des données complètes ont été recueillies auprès de 19 de ces 21 établissements et transmises à l'ISP. L'illustration ci-dessous montre la répartition géographique des patients enregistrés et des cliniques du pied agréées (y compris les cliniques du pied pour lesquelles nous ne disposons pas de données complètes) (taille proportionnelle au nombre de patients/cliniques du pied).

Figure 1 Répartition géographique des cliniques du pied diabétique agréées et des patients enregistrés



Le tableau 1 montre que la moitié des patients habitaient dans les provinces d'Anvers, de Flandre-Orientale et de Flandre-Occidentale (N = 509), c'est-à-dire les provinces où se trouvent également la plupart des cliniques du pied agréées. Les provinces les moins représentées dans cette population étaient le Brabant Wallon, Namur et le Luxembourg, la province du Luxembourg ne comptant qu'une seule clinique du pied agréée.

Tableau 1 Répartition des cliniques du pied diabétique agréées et des patients enregistrés dans les provinces belges

Provinces	Nombre de patients	Nombre de cliniques du pied
Région de Bruxelles-Capitale	54	3
Brabant Wallon	9	0
Brabant Flamand	101	1
Anvers	205	5
Limbourg	56	1
Liège	99	2
Namur	11	0
Hainaut	62	1
Luxembourg	48	1
Flandre Occidentale	161	3
Flandre Orientale	143	4
Inconnue	57	

Description de la population générale

Les données ont été recueillies auprès d'un total de 1 006 patients. Environ deux tiers des patients traités étaient des hommes. L'âge moyen de la population totale était de 68,1 ans; 66 ans pour les hommes (P50 = 66 ans) et 72 ans pour les femmes (P50 = 74 ans). Au total, 86,5% des patients étaient atteints de diabète de type 2 et 11,1% de diabète de type 1. Chez les 2,4% restants, il s'agissait d'une autre forme de diabète ou cette information n'était pas connue. En moyenne, les patients enregistrés étaient atteints de diabète depuis 16,6 ans (P50 = 14 ans) et 72% des patients étaient traités par insuline. Dix-sept pour cent des patients fumaient, 50% n'avaient jamais fumé et 32,9% avaient arrêté de fumer au moins 1 mois avant la première consultation.

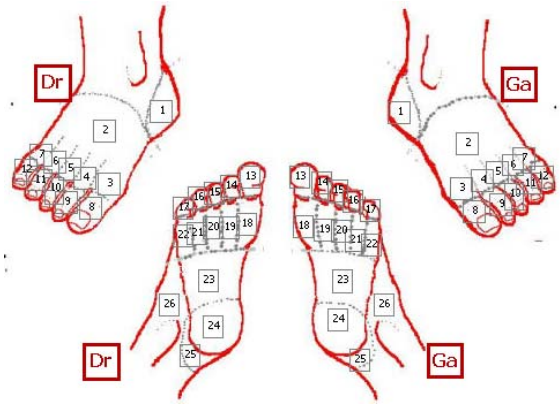
Près d'un tiers des patients se sont rendus dans une clinique du pied de leur propre initiative tandis que 30,3% y ont été envoyés par un médecin de première ligne, 37,3% par un médecin de deuxième ligne et 0,6% par une autre clinique du pied.

Le taux d'HbA1c de 94,9% des patients et le profil lipidique sanguin de 90,6% des patients étaient connus. Parmi tous les patients, 39,4% avaient été victimes d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou d'un infarctus du myocarde ou avaient subi une intervention coronarienne percutanée ou un pontage. En outre, 29,7% des patients avaient subi une revascularisation des membres inférieurs, 31,6% souffraient de troubles rénaux (créatinine > 1,5 mg/dl) et 9,2% étaient traités par dialyse rénale ou avaient subi une transplantation rénale.

Parmi cette population de 1 006 patients, 978 (97,2%) étaient traités pour une ou plusieurs lésions du pied, 14 (1,4%) uniquement pour un pied de Charcot actif et 14 (1,4%) à la fois pour un pied de Charcot actif et une lésion du pied. En moyenne, le problème du pied existait depuis 2 mois (ET : 5,8 mois; P50 = 1 mois) avant que les patients se rendent ou soient envoyés dans une clinique du pied diabétique.

Le tableau 2 fournit une description de patients atteints d'un pied de Charcot actif et d'une lésion du pied à partir d'un grade 2 de Wagner. Compte tenu de l'important déséquilibre entre le nombre de patients traités pour un pied de Charcot actif et ceux traités pour des lésions du pied, une comparaison statistique pertinente entre ces deux populations n'a pu être réalisée. Il est à noter que l'âge des patients traités pour un pied de Charcot actif était sensiblement inférieur à celui des patients atteints de lésions de pied. Ce fait pourrait aussi expliquer la plus faible prévalence des complications.

Description des lésions du pied



Chez les patients traités pour un ulcère (localisation des plaies connue pour 977 patients), la lésion concernait un orteil dans 52,2% des cas (Fig. 2, n° 8 à 17 inclus) (surtout le gros orteil), le milieu du pied dans 29,3% des cas (Fig. 2, n° 2 à 7 inclus et 18 à 23 inclus) et l'arrière du pied dans les 18,5% des cas restants (Fig. 2, n° 1 et n° 24 à 26 inclus). 55,4% des lésions étaient des lésions plantaires (Fig. 2, n°13 à 24 inclus). 53,4% des ulcères étaient de grade 2 de Wagner, 29,6% de grade 3 de Wagner, 16,5% de grade 4 de Wagner et 0,5% de grade 5 de Wagner (Tableau 3). 13,8% des lésions d'orteils évaluables (N = 472, données manquantes pour 38 patients) étaient interdigitales. Dans 39,2% des cas, les lésions débordaient d'une zone à l'autre (données manquantes pour 38 patients). 29,9% des patients présentant une lésion du pied (N = 933, données manquantes pour 59 patients), souffraient de plusieurs lésions au même pied; 20,4% des patients présentaient aussi, au moins, une lésion à l'autre pied (données manquantes pour 69 patients) et 10,2% des patients souffrant de lésions du pied présentaient, à la fois, plusieurs lésions au même pied et une ou plusieurs lésions à l'autre pied (données manquantes pour 915 patients).

Sans tenir compte des données manquantes, le degré de perfusion du pied était normal pour 39% des ulcères traités, subcritique pour 45,1% et critique pour 15,9%.

La taille moyenne de la lésion était de 3 cm² (médiane = 2). Si le groupe total est divisé en 3 catégories égales, nous obtenons les valeurs limites suivantes : ≤ 1 cm², entre 1 et 2,86 cm² et ≥ 2,86 cm². Les plaies petites (≤ 1 cm²) et moyennes (entre 1 et 2,86 cm²) concernaient principalement les orteils (respectivement 66,4% et 58,3%) et, dans une moindre mesure, le milieu du pied (22,6% et 29,4%) ou l'arrière du pied (11% et 12,3%). Les lésions étendues (≥ 2,86 cm²) concernaient les orteils dans 29,6% des cas, le milieu du pied dans 37,6% des cas et l'arrière du pied dans 32,8% des cas (51,1% en zone n° 24; 29,8% en zone n° 26; 12,8% en zone n° 1 et 6,4% en zone n° 25).

59,3% des plaies étaient profondes et 23,1% allaient même jusqu'à l'os.

Chez 26,2% des patients, la plaie n'était pas infectée, tandis que chez 31%, il s'agissait d'une infection superficielle, chez 35,9%, d'une infection profonde et chez 4,8% (N = 47), d'une infection systémique (Tableau 4).

Plus de la moitié des patients atteints d'une infection systémique (N = 25) avaient été envoyés par un médecin de première ligne, 12,8% par un médecin de 2e ligne du même hôpital et du même service et 17% s'étaient rendus à la clinique du pied spontanément. En ce qui concerne les patients venus de leur propre initiative à la clinique du pied, nous ignorons si, avant de se rendre à la clinique du pied, ils avaient déjà consulté un autre médecin (1re ou 2e ligne) qui ne les y avait pas envoyés explicitement ou s'ils ont attendu très longtemps avant de consulter. Soulignons que tous les patients atteints d'une infection systémique, venus à la clinique du pied de leur propre initiative, possédaient des antécédents de lésions du pied. Ce fait pourrait aussi expliquer pourquoi ces patients sont venus directement à la clinique, sans y avoir été envoyés. Par ailleurs, il est plutôt inquiétant de constater qu'ils ne sont venus consulter qu'après avoir développé une infection systémique.

Tabel 2 Beschrijving algemene populatie (weergegeven als% Ja -% Nee, tenzij anders aangegeven)

Variables	Population générale (N = 1006)	Charcot (N = 28) (14+14)	Ulcère (+Charcot) (N = 992: 978+14)
Sexe (%H/F)	63.1 – 36.9	67.9 – 32.1	63.3 – 36.7
Age (en année)	68.1 (60 – 69 – 77)	59.9 (55.5 – 60.5 – 64)	68.2 (60 – 69 – 77)
Type de diabète (1/2/autre/inconnu)	11.1 – 86.5 – 1.2 – 1.2	10.7 – 85.7 – 0 – 3.6	11.0 – 86.7 – 1.2 – 1.1
Durée du diabète§ (en années)	16.6 (8 – 14 – 23)	14 (6 – 12 – 18)	16.6 (8 – 14 – 23)
Fumeur (ON/ex)	17.1 – 50 – 32.9	20.8 – 41.7 – 37.5	17.1 – 50.0 – 32.9
HbA1c connu	94.9 – 5.1	92.9 – 7.1	95.0 – 5.0
Profil lipidique connu	90.6 – 9.4	78.6 – 21.4	90.7 – 9.3
Hypolipidemiants	57.4 – 42.6	39.3 – 60.7	57.7 – 42.3
Antiagrégant	80 – 20	67.9 – 32.1	80.2 – 19.8
Antécédents cardiovasculaires	39.4 – 60.6	33.3 – 66.7	39.8 – 60.2
Revascularisation antérieure des membres inférieurs	29.7 – 70.3	11.1 – 88.9	30.1 – 69.9
Antécédents d'insuffisance renale	31.6– 68.4	25.9 – 74.1	31.8 – 68.2
Transplantation ou dyalise rénale	9.2 – 90.8	9.5 – 90.5	9.2 – 90.8
Antécédents de lésions du pied	62.9 – 37.1	55.6 – 44.4	63.0 – 37.0
Antécédents d'amputation mineure	24.3 – 75.7	17.9 – 82.1	24.6 – 75.4
Antécédents d'amputation majeure	3.7 – 96.3	3.6 – 96.4	3.7 – 96.3
Orientation#	30.3 – 37.3 – 31.8 – 0.6	20 – 48 – 32 – 0	30.6 – 37.2 – 31.5 – 0.6

§ Moyenne (P25-P50-P75)

1ière ligne – 2e ligne – initiative du patient – autre clinique du pied diabétique

La classification PEDIS-P, utilisée afin de déterminer le degré de perfusion, correspond au système de classification des maladies artérielles périphériques (MAP), mis au point par le TransAtlantic interSociety Consensus Group (TASC) (7). Le grade PEDIS-P 1 correspond à l'absence de maladie artérielle périphérique tandis que le grade 2 ou supérieur indique la présence d'une maladie artérielle périphérique (8). Lorsque des patients diabétiques atteints d'une MAP développent une lésion du pied, le pronostic de celle-ci est moins favorable qu'en l'absence de MAP. Une infection de la plaie a également une influence négative sur le processus de guérison. Par ailleurs, l'étude Eurodiale a montré que l'association d'une lésion du pied infectée et d'une MAP chez un patient diabétique aboutit à un pronostic encore plus négatif que dans le cas d'une lésion du pied associée uniquement à une infection ou à une MAP (9). Il convient, toutefois, de préciser que l'étude Eurodiale portait aussi sur les lésions moins graves de grade 1 de Wagner. Dans la population de la présente étude, près de 47% des patients étaient atteints à la fois d'une MAP et d'une infection (MAP+ Inf+), tandis que, dans l'étude Eurodiale, seuls 31% des patients étaient dans ce cas (10). Même si la majorité de ces patients étaient classés Wagner 3 ou supérieur (67%), environ 33% étaient dans la catégorie Wagner 2 (Tableau 5).

Tableau 3 Lésions du pied : classification de Wagner en générale et par type de diabète; et localisation des lésions par grade de Wagner

	Wagner 2	**Wagner 3**	**Wagner 4**	**Wagner 5**
Lésions du pied (N=986)*	53.4% (N=526)	29.6% (N=292)	16.5% (N=163)	0.5% (N=5)
Diabète de type 1	52.3% (N=57)	33% (N=36)	14.7% (N=16)	0% (N=0)
Diabete de Type 2	53.3% (N=455)	29.2% (N=249)	17% (N=145)	0.6% (N=5)
Orteils*	47.3% (N=249)	54.1% (N=158)	61.4% (N=100)	20% (N=1)
Milieu du pied*	30.2% (N=159)	32.9% (N=96)	18.4% (N=30)	20% (N=1)
Arrière du pied*	21.9% (N=115)	11.3% (N=33)	19% (N=31)	0% (N=0)
Inconnu	0.6% (N=3)	1.7% (N=5)	1.2% (N=2)	60% (N=3)

* Classification de Wagner non disponible pour 6 lésions du pied

Tableau 4 Classification PEDIS : en générale et par grade de Wagner

		Général	Wagner 2	Wagner 3	Wagner 4	Wagner 5
Perfusion	Pas de maladie artérielle périphérique	38.2% (N=377)	50.2% (N=264)	33.9% (N=99)	8.0% (N=13)	20.0% (N=1)
	Ischémie subcritique	44.1% (N=435)	40.3% (N=212)	53.4% (N=156)	40.5% (N=66)	20.0 (N=1)
	Ischémie critique	15.4% (N=152)	7.2% (N=38)	10.3% (N=30)	49.7% (N=81)	60% (N=3)
	Inconnue	2.2% (N=22)	2.3% (N=12)	2.4% (N=7)	1.8% (N=3)	0% (N=0)
Taille	Lésion ≤ 1 cm²	29.5% (N=291)	33.7% (N=177)	27.7% (N=81)	20.2% (N=33)	0% (N=0)
	1 cm² > lésion < 2,86 cm²	23.7% (N=234)	24.3% (N=128)	26% (N=76)	18.5% (N=30)	0% (N=0)
	Lésion ≥ 2,86 cm²	29.7% (N=293)	23.2% (N=122)	31.2% (N=91)	46.6% (N=76)	80% (N=4)
	Inconnue	17% (N=168)	18.8% (N=99)	15.1% (N=44)	14.7% (N=24)	20% (N=1)
Profondeur	Superficielle	16.5% (N=163)	20.5% (N=108)	5.8% (N=17)	23.3% (N=38)	0% (N=0)
	Profonde	59.3% (N=585)	77% (N=405)	36.6% (N=107)	44.8% (N=73)	0% (N=0)
	Os ou articulations touchés	23.1% (N=228)	2.1% (N=11)	55.5% (N=162)	30.7% (N=50)	100% (N=5)
	Inconnue	1% (N=10)	0.4% (N=2)	2.1% (N=6)	1.2% (N=2)	0% (N=0)
Infection	Pas d'infection	26.2% (N=258)	35.2% (N=185)	10.6% (N=31)	25.2% (N=41)	20% (N=1)
	Infection superficielle	31.0% (N=306)	42% (N=221)	15.8% (N=46)	23.9% (N=39)	0% (N=0)
	Infection profonde	35.9% (N=354)	18.4% (N=97)	64% (N=187)	41.1% (N=67)	60% (N=3)
	Infection systémique	4.8% (N=47)	2.1% (N=11)	7.5% (N=22)	8% (N=13)	20% (N=1)
	Inconnue	2.1% (N=21)	2.3% (N=12)	2.1% (N=6)	1.8% (N=3)	0% (N=0)
Sensibilité	Sensibilité normale	11.9% (N=117)	13.3% (N=70)	9.6% (N=28)	11.7% (N=19)	0% (N=0)
	Perte de la sensibilité de protection	83.5% (N=824)	81.6% (N=429)	84.9% (N=248)	87.1% (N=142)	100% (N=5)
	Inconnue	4.6% (N=45)	5.1% (N=27)	5.5% (N=16)	1.2% (N=2)	0% (N=0)

La comparaison des classifications de Wagner et PEDIS (et surtout de PEDIS-D dans le cas des lésions de grade 3 de Wagner) (Tableau 4) peut révéler des erreurs d'enregistrement éventuelles. La définition des lésions de grade 3 de Wagner précise est « Abcès avec atteinte osseuse ». Par définition, les lésions de grade 3 de Wagner ne peuvent pas être superficielles et devraient même appartenir à la 3e catégorie de PEDIS-D (à savoir atteinte de l'os ou des articulations). Cependant, chez 5,8% des patients présentant une lésion de grade 3 de Wagner, la plaie a été enregistrée comme étant superficielle dans PEDIS-D. De même, pour 10,6% des patients atteints d'une lésion de grade 3 de Wagner, il a été indiqué que la plaie n'était pas infectée, alors que l'une des définitions du grade 3 de Wagner est « Plaie très profonde avec infection et atteinte des tendons/fascias et/ou de l'os » (11). La définition des lésions de grade 3 de Wagner reprise dans le programme IPQED-Pied, « Abcès avec atteinte de l'os », est sujette à interprétation. Ce fait peut expliquer (en partie) pourquoi il a été indiqué que la plaie n'était pas infectée chez 10,6% des patients atteints d'une lésion de grade 3 de Wagner.

Huit pour cent des patients atteints d'une plaie de grade 4 de Wagner ne souffraient d'aucune maladie artérielle périphérique.

Comme nous l'avons vu plus haut, souvent, la classification de Wagner n'est pas assez précise, ce qui lui vaut de nombreuses critiques. La classification de Wagner est donc de plus en plus remplacée par des classifications plus récentes, telles que PEDIS, qui permettent de décrire les éléments individuels d'une lésion.

La comparaison entre les classifications de Wagner et PEDIS, pour les lésions de grade 5 de Wagner, n'est pas pertinente avec les données actuelles, étant donné que le nombre de patients atteints d'une lésion de grade 5 de Wagner est trop restreint.

Tableau 5 Wagner-classificatie per PAV/Inf groep

	MAP- Inf-	**MAP- Inf+**	**MAP+ Inf-**	**MAP+ Inf+**	**MAP/Inf inconnu**
Wagner 2	20.1% N = 102	31.0% N = 157	15.8% N = 80	33.1% N = 168	N = 19
Wagner 3	4.3% N = 12	29.5% N = 83	6.8% N = 19	59.4% N = 167	N = 11
Wagner 4	0.6% N = 1	7.6% N = 12	25.3% N = 40	66.5% N = 105	N = 5
Wagner 5	0.0% N = 0	20.0% N = 1	20.0% N = 1	60.0% N = 3	N = 0

Patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2

Description de la population

Si, dans la population générale, seuls les patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2 (N = 982) sont pris en compte, il apparaît que la majorité de ces deux catégories de patients avaient déjà souffert de lésions du pied. Il s'avère également que les patients atteints de diabète de type 1 étaient, en moyenne, plus jeunes que les patients atteints de diabète de type 2, que les patients atteints de diabète de type 1 (DT1) souffraient de diabète depuis plus longtemps, avant que leur ulcère n'apparaisse, que les patients atteints de diabète de type 2 (DT2) (médianes respectives de 31 et 13 ans) et qu'en comparaison avec les patients atteints de diabète de type 2, les patients atteints de diabète de type 1 étaient significativement plus nombreux à être traités par insuline (68% pour le type 2 et 99% pour le type 1). Bien entendu, les différences d'âge et de durée du diabète, entre les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2, peuvent avoir une influence sur les antécédents médicaux des patients. Étant donné que la présente étude n'a pas pour but de comparer ces 2 populations, les antécédents sont fournis uniquement à titre indicatif dans le tableau 6.

Tableau 6 Différences d'antécédents entre patients atteints de diabète de type 1 et de type 2 (% Oui - % Non, sauf indication contraire)

	DT1	**DT2**
Âge (en années) [§]	56.2 (49 – 55 – 63)	69.7 (62 – 71 – 78)
Durée du diabète (en années) [§]	30.8 (21 – 31 – 38)	14.3 (7 – 13 – 20)
Fumeur (O/N/ex/inconnu)	23.8 – 46.5 – 29.7	16.2 – 50.4 – 33.4
HbA1c connu	97.3 – 2.7	94.9 – 5.1
Profil lipidique connu	92.7 – 7.3	90.5 – 9.5
Hypolipidémiants	61.9 – 38.1	57.1 – 42.9
Antiagrégants	76.1 – 23.9	80.5 – 19.5
Antécédents cardiovasculaires	32.4 – 67.6	40.3 – 59.7
Revascularisation antérieure des membres inférieurs	24.5 – 75.5	30.6 – 69.4
Antécédents d'insuffisance rénale	33.0 – 67.0	31.7 – 68.3
Transplantation ou dialyse rénale	20 - 80	7.7 – 92.3
Antécédents de lésions du pied	71.3 – 28.7	61.6 – 38.4
Antécédents d'amputation mineure	28.0 – 72.0	23.8 – 73.2
Antécédents d'amputation majeure	4.8 – 95.2	3.5 – 96.5
Renvoi [#]	26.9 – 35.2 – 37.0 – 0.9	31.0 – 37.3 – 31.1 – 0.6

[#] 1ière ligne – 2e ligne – initiative du patient – autre clinique du pied diabétique

[§] Moyenne (P25-P50-P75)

Description des lésions du pied

Lorsque les lésions du pied traitées chez les patients DT1 ont été comparées avec celles des patients DT2, il est apparu que la population DT1 comptait davantage de patients présentant une bonne perfusion et par conséquent, moins de patients présentant une mauvaise perfusion, par rapport à la population DT2 (PEDIS-P dans le tableau 7). Une même tendance s'observe en ce qui concerne la sensibilité du pied (PEDIS-P : normale ou perte de la sensibilité de protection). Ce fait aussi pourrait être attribué, au moins en partie, aux différences d'âge et de durée du diabète, car même si la durée du diabète était moindre chez les patients DT2 que chez les patients DT1, les patients DT2 souffraient déjà de diabète depuis une durée inconnue avant que la maladie ne soit diagnostiquée. Les autres classifications PEDIS (PEDIS-E - taille de la plaie; PEDIS-D – profondeur de la plaie; et PEDIS-I - sévérité de l'infection) ou la classification de Wagner étaient comparables entre les deux populations (Tableaux 7 et 3).

Tableau 7 Classification PEDIS pour les patients diabétiques de type 1 et de type 2 (pourcentages par élément de la classification PEDIS, calculés séparément pour les patients DT1 et DT2)

		DT1	DT2
Perfusion	Pas de maladie artérielle périphérique	52.7% (N=59)	35.7% (N=311)
	Ischémie subcritique	32.1% (N=36)	45.1% (N=392)
	Ischémie critique	8.0% (N=9)	16.3% (N=142)
	Inconnue	7.1% (N=8)	2.9% (N=25)
Taille	Lésion ≤ 1 cm²	34.8% (N=39)	29% (N=252)
	1 cm² > lésion < 2,86 cm²	23.2% (N=26)	23.3% (N=203)
	Lésion ≥ 2,86 cm²	27.7% (N=31)	29.4% (N=256)
	Inconnue	14.3% (N=16)	18.3% (N=159)
Profondeur	Superficielle	13.4% (N=15)	16.7% (N=145)
	Profonde	61.6% (N=69)	58.3% (N=507)
	Os ou articulations touchés	20.5% (N=23)	23.1% (N=201)
	Inconnue	4.5% (N=5)	1.9% (N=17)
Infection	Pas d'infection	24.1% (N=27)	26.0% (N=226)
	Infection superficielle	26.8% (N=30)	31.7% (N=276)
	Infection profonde	36.6% (N=41)	35.4% (N=308)
	Infection systémique	6.2% (N=7)	4.4% (N=38)
	Inconnue	6.2% (N=7)	2.5% (N=22)
Sensibilité	Sensibilité normale	21.4% (N=24)	10.2% (N=89)
	Perte de la sensibilité de protection	72.3% (N=81)	84.3% (N=733)
	Inconnue	6.3% (N=7)	5.5% (N=48)

Fumeurs, ex-fumeurs et non-fumeurs

Comme nous l'avons dit plus haut, la population de l'étude comptait 17,1% de patients fumeurs et 50% de personnes qui n'avaient jamais fumé, les 32,9% restants ayant arrêté de fumer au moins 1 mois avant la première consultation. Chez les patients présentant un tabagisme connu (N = 904), il existait une tendance significative entre le tabagisme et l'âge, les non-fumeurs étant plus âgés que les ex-fumeurs, eux-mêmes plus âgés que les fumeurs (âge moyen de ± 70,4 [P50 = 72 ans] – ± 67,4 [P50 = 68 ans] – ± 61 [P50 = 60 ans], respectivement pour les non-fumeurs – ex-fumeurs – fumeurs; p = 0,0001). Une tendance similaire, mais non-significative, a été constatée en ce qui concerne la « durée du diabète », les non-fumeurs étant diabétiques depuis 17,4 ans (P50 = 15 ans); les ex-fumeurs depuis 15,8 ans (P50 = 14 ans) et les fumeurs depuis 14,7 ans (P50 = 13 ans) (p = 0,180).

Il n'existait aucune différence d'antécédents entre fumeurs, non-fumeurs ou ex-fumeurs en ce qui concerne les paramètres suivants : traitement par insuline, connaissance du taux d'HbA1c, connaissance du profil lipidique, antécédents cardiovasculaires, insuffisance rénale, transplantation ou dialyse rénale, antécédents de lésions du pied ou d'amputations majeures. Les fumeurs étaient moins souvent traités par hypolipidémiants que les ex-fumeurs. Les fumeurs étaient moins souvent traités par antiagrégants/anticoagulants que les ex-fumeurs et les non-fumeurs. Les fumeurs et les ex-fumeurs présentaient plus souvent des antécédents de revascularisation des membres inférieurs et d'amputation mineure que les non-fumeurs (Tableau 8). Il est très peu probable que la différence entre non-fumeurs et ex-fumeurs s'explique par une différence d'âge, étant donné qu'on s'attendrait à ce que le risque d'antécédents de revascularisation des membres inférieurs ou d'amputation augmente avec l'âge.

Tableau 8 Différences d'antécédents entre non-fumeurs, ex-fumeurs et fumeurs (score positif en% [nombre total de patients pour lesquels ces données sont connues])

	Non-fumeurs	**Ex-fumeurs**	**Fumeurs**
Âge [moyenne (P50)]	70.4 (P50=72 jr)	67.4 (P50=68 jr)	61 (P50=60 jr)
Hypolipidémiants	54.7% [444]	61.8% [296]*	51.3% [152]
Antiagrégants/anticoagulants	80.7% [445]*	83.1% [296]*	65.8% [152]
Revascularisation antérieure des membres inférieurs	26.1% [449]#	33.2% [292]	30.7% [150]
Antécédents d'amputation mineure	20.7% [450]#	28.0% [293]	25.8% [151]

* Différence significative par rapport aux fumeurs (P<0,05)
\# Différence significative par rapport aux ex-fumeurs (P<0,05)

Une explication possible de cette différence de traitement par hypolipidémiants et antiagrégants/anticoagulants est que les non-fumeurs prennent davantage soin de leur santé et consultent, dès lors, plus rapidement et plus fréquemment un médecin que les fumeurs, ce qui permet de dépister et de traiter plus vite un taux de lipides élevé dans le sang. Bien que cet effet n'ait pas été analysé lors de la présente étude, il a été observé parmi la population générale de l'IPQED (2).

Traitement et évolution du problème du pied

Comme la littérature (12) et ce qui précède en attestent, le pied diabétique est une affection compliquée qui survient surtout chez les patients plus âgés, atteints de diabète depuis longtemps et présentant une comorbidité élevée. L'état général du patient et la sévérité de la lésion du pied sont déterminants en ce qui concerne le traitement. Ainsi, un certain état de santé, par exemple des vaisseaux sanguins en très mauvais état ou une maladie cardiovasculaire, constituent des contre-indications à certains traitements tels que la revascularisation ou la décharge de la pression. Pourtant, lorsque l'état du patient le permet, la mise en décharge et, si nécessaire, un traitement efficace de l'infection/ostéomyélite ou une revascularisation rapide sont de la plus grande importance pour le pronostic de la lésion.

Bien que l'étude IPQED-Pied ait tenté d'en tenir compte au maximum, tous ces éléments restent particulièrement difficiles à recenser et il est nécessaire de ne pas l'oublier lors de l'interprétation des chapitres suivants.

Ostéo-arthropathie nerveuse active (pied de Charcot)

Parmi les 28 patients atteints d'un pied de Charcot actif, 27 ont été immobilisés jusqu'au genou, dont 17 au moyen d'un plâtre à contact total, pour une durée d'immobilisation moyenne (connue pour 24 patients) de 4,7 ± 3 mois (P50 = 4 mois). Le plâtre à contact total (PCT) est considéré comme le traitement de référence du pied de Charcot actif (13). Même si aucune durée optimale d'immobilisation par PCT n'a été déterminée, la durée d'immobilisation, dans le cadre de l'étude IPQED-Pied, correspond à la littérature. Un refroidissement des pieds de Charcot actifs a été rapporté après 2,8 ± 3 mois de PCT (14) et après 6,5 ± 3,3 mois d'immobilisation, dont les 4,3 premiers mois par PCT et le reste de la période avec une orthèse de marche amovible (15).

Comme le montre le tableau 9, 15 des 28 patients ont développé une lésion du pied pendant le traitement de leur pied de Charcot actif, même si chez 10 de ces patients, l'inflammation aiguë du pied de Charcot actif a disparu au cours des 6 mois suivant la première consultation. Chez 4 patients ayant développé une lésion durant le traitement, il s'agissait d'une ostéomyélite. Lorsqu'ils se sont présentés à la première consultation, ces 4 patients étaient atteints d'un pied de Charcot actif, mais aussi d'une lésion du pied; 2 ont été traités par PCT et les 2 autres ont été immobilisés d'une autre manière.

Deux patients ont subi une chirurgie du pied de Charcot. Au total, 1 patient a subi une amputation mineure à la suite de la lésion apparue en dehors du point de pression du pied de Charcot. Ce patient avait été immobilisé, même si ce n'était pas au moyen d'un PCT le pied de Charcot actif a bien guéri de l'inflammation aiguë. Trois patients ont subi une amputation majeure en raison d'une lésion apparue. Dans ces 3 cas, la lésion était apparue au point de pression du pied de Charcot; 1 patient n'avait pas été immobilisé tandis que les 2 autres l'avaient été autrement que par un PCT. Comme pour les lésions du pied, une amputation majeure en cas de pied de Charcot signifie, bien entendu, un échec de la guérison. Au total, le pied de Charcot actif a été refroidi dans les 6 mois qui ont suivi la première consultation chez 20 patients, tandis que dans 6 cas, le pied de Charcot n'avait pas (encore) refroidi. Nous ne disposons d'aucune information concernant les 2 autres patients.

Tableau 9 Guérison et apparition de nouvelles lésions pendant le traitement d'un pied de Charcot actif

		Pied de Charcot actif	Pied de Charcot actif et lésion du pied
Pas d'immobilisation (N = 1)	**Pas de lésion (% guéris)**		
	Lésion au point de pression (% guéris)		N = 1 (0%)
	Lésion en dehors du point de pression (% guéris)		
	Informations manquantes concernant la lésion (% guéris)		
Immobilisation jusqu'au genou par PCT (N = 16)	**Pas de lésion (% guéris)**	**N = 7 (85.7%)**	**N = 2 (50%)**
	Lésion au point de pression (% guéris)	N = 2 (100%)	N = 3 (66.7%)
	Lésion en dehors du point de pression (% guéris)	N = 1 (100%)	
	Informations manquantes concernant la lésion (% guéris)	*N = 1 (100%)*	
Immobilisation jusqu'au genou ≠ PCT (N = 10)	**Pas de lésion (% guéris)**		**N = 2 (100%)**
	Lésion au point de pression (% guéris)		N = 3 (33.3%)
	Lésion en dehors du point de pression (% guéris)	N = 2 (100%)	N = 2 (100%)
	Informations manquantes concernant la lésion (% guéris)	*N = 1 (inconnu)*	
Combinaison PCT et autre (N = 1)	**Pas de lésion (% guéris)**		
	Lésion au point de pression (% guéris)		N = 1 (0%)
	Lésion en dehors du point de pression (% guéris)		
	Informations manquantes concernant la lésion (% guéris)		

La durée totale du traitement a été de 5,8 ± 4,6 mois (P50 = 4,9 mois) (N = 28). Lorsqu'une distinction est faite entre la durée du traitement des patients atteints uniquement d'un pied de Charcot actif et celle des patients souffrant également d'une lésion du pied, ce dernier groupe est traité en moyenne plus longtemps (respectivement 7,1 ± 5,6 mois [P50 = 5,1 mois] contre 4,4 ± 2,7 mois [P50 = 4,3 mois, ns]).

Sur les 14 patients atteints à la fois d'un pied de Charcot actif et d'une lésion, la plaie a guéri dans 8 patients pendant le suivi.

Lésions du pied

Au total, les données de 992 patients, présentant une plaie au pied de grade 2 ou supérieur selon la classification de Wagner, ont été enregistrées. Dans 34 cas (3,4%), il s'agissait toutefois d'une visite unique, probablement pour une seconde opinion, à la clinique du pied concernée. Étant donné que ces patients avaient bénéficié d'un premier traitement, ces données ont été reprises dans les analyses relatives au traitement. Néanmoins, les données de ces patients n'ont pas été incluses dans les analyses concernant la guérison et la durée du traitement.

Mise en décharge

Chez 83,7% des patients (795 des 950 patients pour lesquels des informations étaient disponibles), une forme de décharge a été pratiquée. Dans le cadre du programme, plusieurs méthodes de mise en décharge étaient possibles :

- Mise en décharge de la jambe et du pied au moyen d'un PCT (Figure 3)
- Mise en décharge de la jambe et du pied autrement qu'avec un PCT (Figure 4)
- Mise en décharge du pied (par exemple : chaussure de Barouk) (Figure 5)
- Mise en décharge de la plaie

Figure 3: PCT

Figure 4: Orthèse de marche pour diabétique

Figure 5: Chaussure de Barouk

La mise en décharge est un élément très important du traitement des lésions du pied. Même si la mise en décharge de la jambe et du pied permet, en général, d'obtenir un très bon pourcentage de guérison, la mise en décharge au moyen d'un PCT, qui ne peut être retiré que par un médecin, s'avère plus efficace qu'une orthèse de marche pour diabétiques, par exemple, que les patients peuvent enlever eux-mêmes (16, 17). Le respect du traitement joue ici un rôle important. La mise en décharge de la jambe et du pied réduit, en effet, la mobilité du patient (16), ce qui peut gêner les patients qui travaillent encore et faire perdre l'équilibre aux patients plus âgés lors de leurs déplacements. D'autre part, l'emploi d'un PCT est déconseillé chez les patients atteints d'une maladie artérielle périphérique et d'une infection active (18). Bien que la mise en décharge au moyen d'un PCT présente un effet positif sur la guérison et le temps nécessaire à la guérison, cette méthode de mise en décharge ne peut pas être utilisée chez tous les patients.

Dans le cadre de l'étude IPQED-Pied, 83,7% des lésions ont été traitées par une forme quelconque de mise en décharge. Chez 5,7% des patients, la jambe a été immobilisée jusqu'au genou au moyen d'un PCT, tandis que 16% des patients ont bénéficié d'un autre traitement que le PCT. Chez environ un tiers des patients dont la jambe a été mise en décharge au moyen d'un PCT et un sixième des patients dont la jambe a été mise en décharge autrement que par un PCT, plus d'une méthode de mise en décharge a été utilisée.

Lors de l'étude Eurodiale, qui a collecté les données de 14 centres d'excellence européens (6), 78% des lésions ont été traitées par une forme de mise en décharge. Dans le sous-groupe de patients présentant une lésion neuropathique à l'avant ou au milieu de la plante du pied, 18% ont bénéficié d'un PCT (19). L'analyse de la mise en décharge au sein d'un même sous-groupe de la population de l'étude IPQED-Pied (pas de maladie artérielle périphérique et perte de la sensibilité de protection), la jambe a été mise en décharge jusqu'au genou au moyen d'un PCT dans 13% des cas et d'une autre manière dans 14,3% des cas.

Tableau 9: Mise en décharge en général et par groupe MAP/Inf.

	Général (N = 918)*	**MAP- Inf- (N = 110)**	**MAP- Inf + (N = 250)**	**MAP+ Inf- (N = 134)**	**MAP+ Inf+ (N = 424)**
Mise en décharge	83.7% (N = 768)	86.4% (N = 95)	84.8% (N = 212)	82.8% (N = 111)	82.6% (N = 350)
Jambe via PCT[#, §]	5.7% (N = 44)	6.3% (N = 6)	9% (N = 19)	3.6% (N = 4)	4.3% (N = 15)
Jambe sans PCT[#, §]	16% (N = 121)	8.4% (N = 8)	14.1% (N = 30)	7.2% (N = 8)	21.4% (N = 75)
Pied[#, §]	50.3% (N = 388)	49.5% (N = 47)	46.2% (N = 98)	57.7% (N = 64)	51.1% (N = 179)
Ulcère[#, §]	28% (N = 215)	35.8% (N = 34)	30.7% (N = 65)	31.5% (N = 35)	23.1% (N = 81)

* Seuls les patients, dont les données traitées dans ce tableau étaient complètes, ont été repris dans ce tableau

[#] Pourcentage par rapport à la totalité des patients ayant bénéficié d'une forme quelconque de mise en décharge

[§] Lorsque plusieurs méthodes de mise en décharge ont été utilisées, seule la méthode la plus détaillée a été indiquée (ulcère < pied < jambe)

Intervention podologique

Une intervention podologique a été enregistrée pour 882 patients. Parmi ceux-ci, 19,4% ont subi un examen podologique biomécanique. Ce terme n'a, cependant, pas été défini de manière précise dans le programme, ce qui a pu entraîner un nombre d'enregistrements inférieur à la réalité. Chez 13,6% des patients, une orthoplastie a été mise en place. Une orthoplastie est une orthèse podologique fabriquée sur mesure, à base de silicone, qui permet de placer les orteils dans leur position naturelle et/ou de protéger un orteil en tout ou en partie. Cette technique est donc utilisée à titre plutôt préventif que curatif, par exemple, afin d'empêcher une récidive ou l'apparition d'une nouvelle lésion après la guérison. C'est également une technique qui ne doit pas être utilisée pour toutes les lésions. Cependant, comme il n'existe aucune nomenclature relative à l'orthoplastie et que ce type de petite intervention n'est pas toujours consigné avec soin dans le dossier des patients, il se peut qu'ici aussi, tous les cas n'aient pas été rapportés. Même si les podologues d'une clinique du pied sont impliqués dans un plus grand nombre d'actes que l'orthoplastie et les examens biomécaniques, il s'agissait des seuls choix proposés dans le programme d'enregistrement. Par conséquent, les présentes données ne donnent pas une idée exacte de la fonction du podologue au sein d'une clinique multidisciplinaire du pied.

Examen des vaisseaux et revascularisation

Au total, une insuffisance artérielle a été recherchée chez 60% des patients. Chez 19,8% de ces patients, un duplex artériel a été réalisé pour ce faire, tandis que chez 30,8%, il s'agissait d'une angiographie (chez 9,1% des patients, une angiographie de moins de 6 mois était disponible). Plus les lésions étaient graves, plus une mise au point vasculaire était réalisée fréquemment : 68,3% W3 - 83,8% W4 (nombres trop petits pour W5). Conformément aux attentes, un examen vasculaire était plus souvent réalisé en cas de classification PEDIS plus élevée en ce qui concerne la maladie artérielle périphérique (31,3% P1 – 73,5% P2 – 89,4% P3). Au total, un examen par imagerie vasculaire a été pratiqué chez 77,8% des patients souffrant d'une maladie vasculaire (P2 + P3).

Sur les 910 patients pour lesquels ces données ont été enregistrées, 24,6% ont subi une revascularisation qui, chez la grande majorité (94%), a été précédée d'un examen vasculaire. À l'instar de l'examen vasculaire, le nombre de revascularisations augmentait avec la gravité des lésions (13,9% W2 – 28,6% W3 – 53,1% W4) et la classification PEDIS des maladies vasculaires (3,4% P1 – 29,2% P2 – 65,7% P3). En comparaison avec l'étude Eurodiale, lors de l'étude IPQED-Pied, un pourcentage plus élevé de patients souffrant d'ischémie critique a été revascularisé (65,7% IPQED-Pied ↔ 43% Eurodiale) (19).

Chez les patients revascularisés, l'intervention a eu lieu par voie aorto-iliaque chez 4,4%, fémoro-poplitée chez 51,9% et infra-poplitée chez 33,3%. Chez les 10,4% de patients restants, la revascularisation a eu lieu au niveau aorto-iliaque et fémoro-poplité ou au niveau fémoro-poplité et infra-poplité (respectivement 1,1% et 9,3%).

Au sein du groupe des patients atteints d'ischémie critique qui n'ont pas été revascularisés, davantage de patients sont décédés au cours des 6 mois suivant la première consultation, par rapport au groupe de patients atteints d'ischémie critique ayant subi une revascularisation (19,1% [9 des 47 patients] contre 6,7% [6 des 90 patients]; p = 0,026).

Tableau 10 Perfusion PEDIS et revascularisation

	Pas de revascularisation (N = 686)	**Revascularisation (N = 224)**		
		Traitement endovasculaire	Chirurgie ouverte (pontage ou endartériectomie)	Traitement endovasculaire et chirurgie ouverte
Général (N = 910)	75.4% (N=686)	19.7% (N=179)	4.1% (N=37)	0.9% (N=8)
Pas de maladie vasculaire périphérique	49.8%* (N = 342)	5.4%# (N = 12)		
		N = 12	N = 0	N = 0
Ischémie subcritique	41.7%* (N = 286)	52.7%# (N = 118)		
		N = 89	N = 24	N = 5
Ischémie critique	6.9%* (N = 47)	40.2%# (N =90)		
		N = 74	N = 13	N =3
Inconnu	1.6%* (N = 11)	1.8%# (N = 4)		
		N = 4	N = 0	N = 0

* Pourcentage par rapport au nombre total de patients n'ayant pas subi de revascularisation
\# Pourcentage par rapport au nombre total de patients ayant subi une revascularisation

Chirurgie orthopédique

Pour 857 des 992 patients (86,4%), il a été consigné s'ils ont été traités par chirurgie orthopédique ou non. Chez 41,7% (N = 357) de ces patients, une chirurgie orthopédique a été pratiquée. Les différents types de chirurgie orthopédique repris dans le programme d'enregistrement sont les suivants : correction d'une pression excessive; débridement; amputation mineure; amputation majeure; combinaisons de ce qui précède.

Une amputation mineure a été pratiquée sur environ 38,5% des patients, un débridement sur 27%, une amputation majeure sur 7,3% et une correction de la pression excessive sur 3,9%. Les 23,5% de patients restants ont bénéficié d'une combinaison de différents types de chirurgie orthopédique. Dans 58% des cas, il s'agissait d'une correction de la pression excessive et d'un débridement; chez 22%, d'un débridement et d'une amputation mineure; chez 8%, à la fois d'une correction de la pression excessive, d'un débridement et d'une amputation mineure.

Chez les patients atteints d'une lésion de grade 3 ou 4 de Wagner, la chirurgie orthopédique était significativement plus fréquente que chez les patients atteints d'une lésion de grade 2 de Wagner (dans les deux cas, $p < 0,001$) (Tableau 11). Par ailleurs, il apparaît que les patients atteints de lésions de grade 2 de Wagner ont été plus nombreux à subir un débridement, mais que le nombre d'amputations mineures est resté limité par rapport aux lésions de grade 3 ou 4 de Wagner. Il est possible que, pour les lésions de grade 3 ou 4 de Wagner, un débridement ait souvent été insuffisant et qu'une amputation mineure ait dû être pratiquée. Il existait cependant une grande différence entre les centres en ce qui concerne l'enregistrement des débridements, surtout pour les lésions de grade 2

de Wagner. Dès lors, il est possible qu'ici encore, les débridements non chirurgicaux n'aient pas été enregistrés.

Si nous prenons en considération la classification PEDIS, la chirurgie orthopédique a essentiellement été pratiquée sur des patients qui présentaient une lésion assez étendue (> 1 cm²), profonde (jusqu'à l'os) et infectée (à partir d'une infection profonde).

En ce qui concerne les amputations mineures, elles concernaient surtout des lésions des orteils (77,5%), généralement profondes (46% profondes et 44% jusqu'à l'os) et infectées (15,6% d'infections superficielles et 71,3% d'infections profondes ou systémiques).

Tableau 11 Chirurgie orthopédique en fonction de la classification de Wagner

	Général (N=854)	Wagner 2 (N=450)	Wagner 3 (N=253)	Wagner 4 (N=146)	Wagner 5 (N=5)
Pas de chirurgie orthopédique	58.3%	74.9%	41.5%	39%	0%
Chirurgie orthopédique	41.7% (N=357)	25.1% (N=113)	58.5% (N=148)	61% (N=89)	100% (N=5)
Correction d'une pression excessive	3.9%	9.7%	2%	0%	0%
Débridement	26.8%	38%	22.3%	21.3%	0%
Amputation mineure	38.3%	23%	48.6%	42.7%	0%
Amputation majeure	7.3%	5.3%	4%	12.4%	60%
Combinaison	23.7%	24%	23.1%	23.6%	40%

Pression négative

Sur les 934 patients pour lesquels ces données ont été enregistrées, 5,1% (N = 48) ont été traités par pression négative. Ce groupe se composait essentiellement de patients présentant une grande (> 2,86 cm²) plaie infectée et une ischémie critique. Dans 25% des cas, il s'agissait d'une lésion de l'orteil (75% avec MAP), dans 52% des cas, d'une lésion du milieu du pied (72% avec MAP) et dans 23% des cas, d'une lésion de l'arrière du pied (81,8% avec MAP). Chez les patients atteints d'une maladie vasculaire critique, traités pour des lésions étendues (≥ 2,86 cm²) situées ailleurs que sur les orteils (N = 29, dont 1 patient pour lequel les données sont incomplètes), 21% (N = 6) ont bénéficié d'un traitement par pression négative. Ce nombre peu élevé peut s'expliquer par le fait que (a) le coût du traitement par pression négative n'est pas remboursé et que (b) les praticiens cliniques se montrent prudents vis-à-vis de ce traitement ou qu'il existe des contre-indications absolues. Des directives récentes basées sur un consensus stipulent que le traitement par pression négative peut être utilisé en cas de lésions diabétiques complexes ou stagnantes du pied, chez des patients qui ne sont pas en état ou désireux de subir d'autres procédures chirurgicales ou interventionnelles, à condition que (a) l'infection et/ou l'ostéomyélite sous-jacente soit traitée; (b) qu'il n'y ait pas de saignement; et (c) que le tissu nécrotique soit éliminé entièrement par débridement (chirurgical ou non). En cas d'ischémie (sub)critique, la plus grande prudence reste de mise, ce qui implique que l'évolution de la lésion doit faire l'objet d'un suivi fréquent. Si, après une période d'essai de 1 à 2 semaines, aucune amélioration ne se manifeste, il est recommandé d'interrompre le traitement par pression négative (20, 21).

Chaussage préventif

Le port de bonnes chaussures est extrêmement important afin d'éviter les récidives chez les patients qui ont souffert d'une lésion du pied (17).

Chez 71,5% des patients, des chaussures spéciales, à porter à l'extérieur, ont été prescrites ou recommandées (données manquantes pour 61 patients) et chez 57,5% des patients, des chaussures d'intérieur ont été recommandées (données manquantes pour 70 patients). Tant pour l'intérieur que pour l'extérieur, ce sont essentiellement des chaussures orthopédiques qui ont été proposées, suivies par des chaussures semi-orthopédiques et des chaussures de confection appropriées (Tableau 12). Le programme d'enregistrement permettait de consigner plusieurs types de chaussage préventif. Pour les chaussures d'extérieur, les semelles ont été combinées, par ordre décroissant, avec des chaussures semi-orthopédiques, orthopédiques et de confection (respectivement 44,2%, 33,8% et 21,2% des combinaisons). Pour l'intérieur, les combinaisons les plus fréquentes sont identiques (respectivement 50,3%, 16,1% et 28,4%). La combinaison de chaussures orthopédiques et de semelles est étonnante, étant donné que les chaussures orthopédiques sont automatiquement pourvues d'orthèses spéciales, ce qui rend inutile l'emploi de semelles supplémentaires. Ce fait peut signifier que ces patients se sont vu prescrire à la fois des chaussures orthopédiques et des semelles à porter dans d'autres chaussures. Une autre possibilité est qu'en raison d'une confusion terminologique, les orthèses spéciales, faisant partie d'une paire de chaussures orthopédiques, ont été enregistrées comme des semelles séparées. En principe, les chaussures semi-orthopédiques doivent toujours être portées avec des semelles. Même si 102 patients se sont vu prescrire/recommander à la fois des chaussures semi-orthopédiques et des semelles pour l'extérieur, il a été indiqué pour 118 patients, que seules des chaussures semi-orthopédiques avaient été conseillées. Il existe donc un risque réel que ces données ne soient pas exactes, parce que la combinaison de chaussures semi-orthopédiques et de semelles a été considérée comme allant de soi.

Les analyses montrent également que les chaussures recommandées/prescrites pour l'intérieur étaient souvent identiques à celles recommandées/prescrites pour l'extérieur. Même si le but était de ne procéder à un enregistrement double pour les chaussures d'intérieur et d'extérieur que lorsque deux paires de chaussures étaient effectivement recommandées/prescrites, il est probable que les choses ne se soient pas toujours déroulées de la sorte. Quoi qu'il en soit, il ressort de ce qui précède qu'il est nécessaire de prévoir des chaussures adaptées pour l'intérieur et pour l'extérieur, même si, actuellement, seule une paire de chaussures est remboursée.

Tableau 12 Types de chaussures prescrites pour l'extérieur et pour l'intérieur

	Extérieur (N=931)	**Intérieur (N=922)**
Général	71.5% (N=666)	57.5% (N=530)
Semelle	7.2%	10.2%
Chaussures de confection appropriées	11.7%	15.3%
Chaussures/sandales semi-orthopédiques	17.7%	19.8%
Chaussures/sandales orthopédiques	28.6%	25.3%
Combinaisons	34.7%	29.3%

Guérison

La guérison d'une lésion du pied est définie comme « l'épithélisation complète de la lésion, soit primaire, soit par amputation mineure (limitée au pied) ». Pour la définition de la guérison, une période de suivi maximale de 9 mois a été arrêtée de manière arbitraire. Autrement dit, si une lésion guérissait à l'issue d'un suivi plus long, elle n'était pas comptabilisée parmi les guérisons.

Pour 47 des 958 patients (4,9%) suivis plus d'une fois dans la même clinique du pied, nous ignorons si la plaie était guérie lors de la dernière consultation (patients perdus au cours du suivi). Cette information est, en revanche, disponible pour 911 patients (95,1%); chez 485 (53,1%) d'entre eux, la plaie avait guéri dans les 9 mois. La durée du suivi était de 4,4 ± 3,1 mois (= durée de la guérison). Chez 330 patients (68,2%), il s'agissait d'une guérison primaire, tandis que chez 104 patients (21,5%), la guérison est apparue après une amputation mineure (Figure 6).

Chez 427 patients, la lésion du pied n'était pas guérie au bout de 9 mois. Parmi ces patients, 35 (8,2%) avaient subi une amputation majeure et 36 (8,4%) étaient décédés pendant le suivi – d'une durée moyenne de 2,2 ± 1,9 mois. 320 patients (75%) présentaient une lésion qui persistait, tandis que pour les 44 autres patients, aucune donnée n'a été enregistrée afin de nous permettre de savoir si le patient avait subi une amputation majeure ou si la lésion persistait (Figure 6).

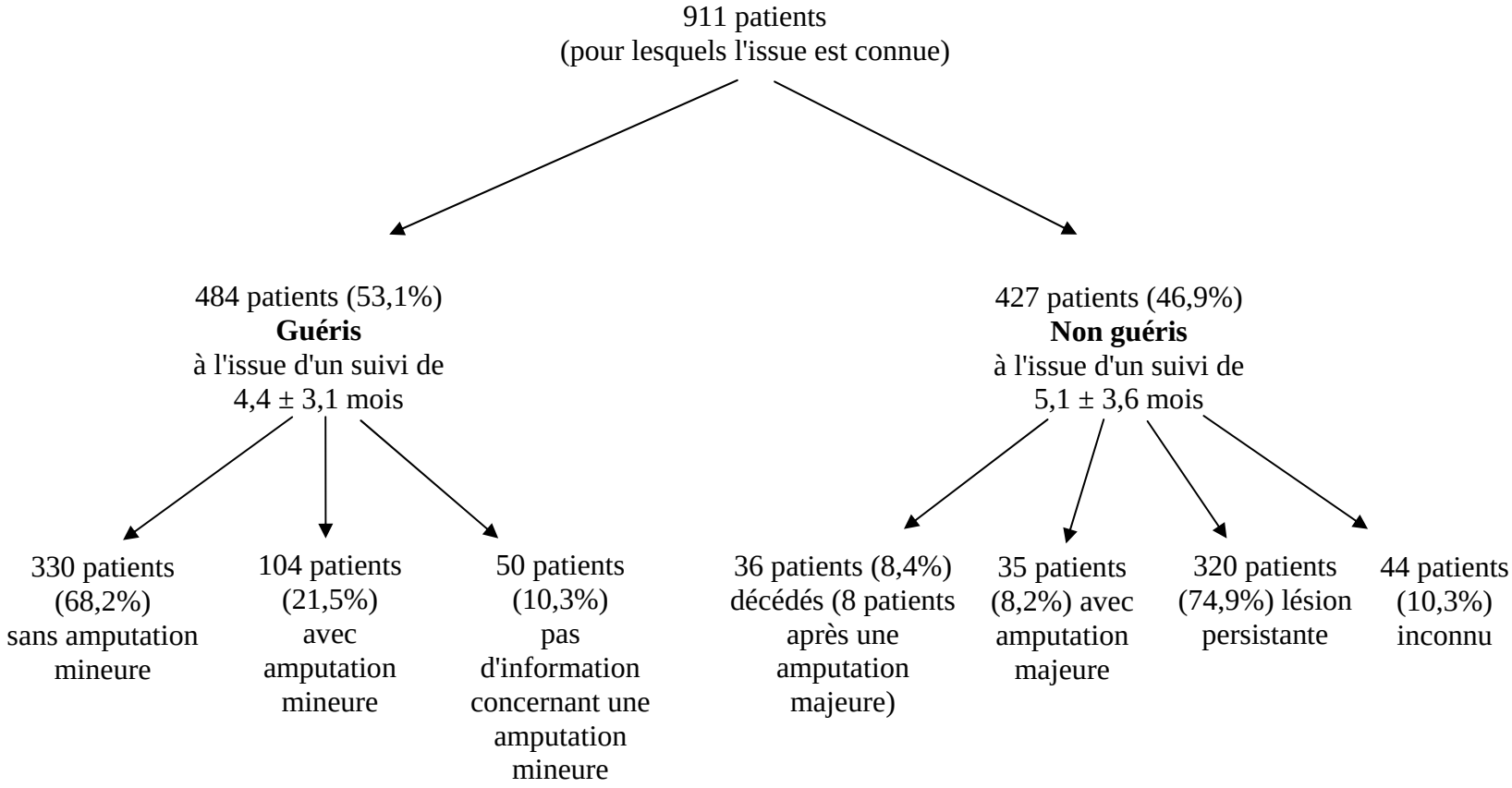
Par rapport à l'étude Eurodiale, où les patients étaient suivis plus longtemps (1 an) et où les lésions de grade 1 de Wagner étaient prises en compte, le pourcentage de guérison, dans le cadre de l'étude IPQED-Pied, est inférieur (77% pour Eurodiale contre 53% pour IPQED-Pied) (9). Le nombre de patients décédés (6%) et de patients ayant subi une amputation majeure (5%) était aussi plus faible. Même si l'étude Eurodiale ne précisait pas combien de patients souffraient d'une lésion de grade 1 dans la classification de Wagner, il était indiqué que 47% des patients présentaient une lésion superficielle. Ce pourcentage est nettement plus élevé que dans l'étude IPQED-Pied (16,5%) et peut fournir une indication quant au nombre de patients présentant une lésion de grade 1 de Wagner.

Lorsque la classification de Wagner était prise en considération, le pourcentage de guérison diminuait, comme prévu, à mesure que l'on montait dans la classification de Wagner ($p = 0,068$), malgré une faible différence entre les grades 2 et 3 de Wagner (± 55,6% contre ± 54%, ns). Le nombre d'amputations majeures et de décès augmentait avec la classification de Wagner. Comme le montre le tableau 13, le pourcentage de guérison était généralement meilleur pour les lésions des orteils que pour les lésions localisées à d'autres endroits. Les lésions plantaires et non plantaires affichaient un pourcentage de guérison similaire (50,8% contre 56,1%).

Tableau 13 Pourcentage de guérison en fonction de la classification de Wagner en général et séparément pour les lésions des orteils et les lésions localisées à un autre endroit

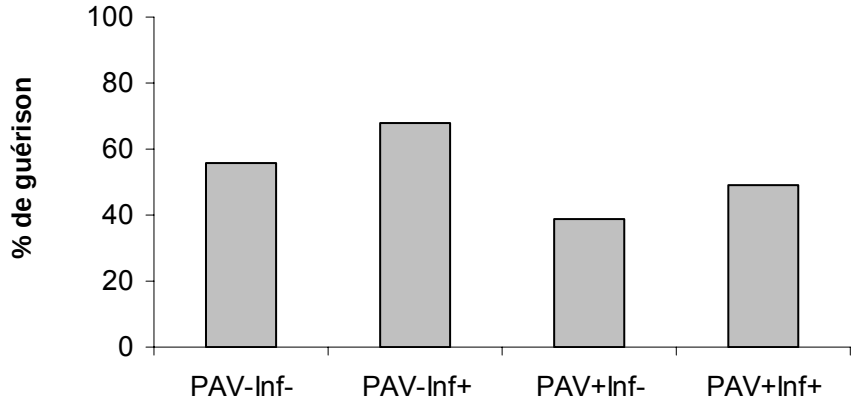
	Guéris	Lésion d'un orteil/localisée ailleurs	Valeur p
En général	53% (N=484)	59,8% lésions orteil 46% lésions pas orteil	0.000
Wagner 2	55.6% (N=269)	62% lésions orteil 50% lésions pas orteil	0.008
Wagner 3	54% (N=147)	61% lésions orteil 44,3% lésions pas orteil	0.006
Wagner 4	45.2% (N=66)	52,8% lésions orteil 32,7% lésions pas orteil	0.019
Wagner 5	20% (N=1)	0% lésions orteil 100% lésions pas orteil	
Wagner inconnu	25% (N=1)	50% lésions orteil 0% lésions pas orteil	

Figure 6


911 patients
(pour lesquels l'issue est connue)
484 patients (53,1%)
Guéris
à l'issue d'un suivi de
4,4 ± 3,1 mois
427 patients (46,9%)
Non guéris
à l'issue d'un suivi de
5,1 ± 3,6 mois
330 patients
(68,2%)
sans amputation
mineure
104 patients
(21,5%)
avec
amputation
mineure
50 patients
(10,3%)
pas
d'information
concernant une
amputation
mineure
36 patients (8,4%)
décédés (8 patients
après une
amputation
majeure)
35 patients
(8,2%) avec
amputation
majeure
320 patients
(74,9%) lésion
persistante
44 patients
(10,3%)
inconnu

Lorsqu'une distinction a été faite entre les patients avec ou sans maladie artérielle périphérique, combinée à la présence ou l'absence de plaie infectée, il est apparu que les patients MAP+Inf- présentaient le pourcentage de guérison le plus faible (Figure 7) et ce, alors qu'il était prévu que la combinaison MAP+Inf+ aboutisse au moins bon pronostic (9). Même si le pourcentage de guérison des patients MAP+Inf+ (48,5%) était inférieur à celui des patients MAP-Inf- (56%) et MAP-Inf+ (68,1%), il était considérablement plus élevé que celui des patients MAP+Inf- (38,6%) (Figure 7).

Figure 7 Pourcentage de guérison par groupe MAP/inf



Cette subdivision n'a pas fait apparaître de différence significative entre les lésions superficielles et profondes. Tant dans le groupe de patients avec MAP que dans celui sans MAP, les lésions infectées présentaient un pourcentage de guérison supérieur aux lésions non infectées. Toutefois, cela ne signifie pas que les lésions infectées guérissent mieux, mais plutôt que les lésions plus sévères font l'objet d'un traitement plus intensif (prise en charge plus rapide, suivi plus précis, etc.).

Tableau 14 Pourcentage de guérison par groupe MAP/Inf en général et séparément pour les lésions profondes et superficielles

	Guéris	**Lésions profondes/superficielles**	
MAP-Inf- (N=109)	56% (N=61)	54,9% lésions profondes 59,3% lésions superficielles	0.691
MAP-Inf+ (N=234)	68.1% (N=160)	68,8% lésions profondes 65,6% lésions superficielles	0.719
MAP+inf- (N=127)	38.6% (N=49)	39,4% lésions profondes 36,4% lésions superficielles	0.761
MAP+Inf+ (N=408)	48.3% (N=197)	46,6% lésions profondes 62,2% lésions superficielles	0.047
MAP/Inf inconnu (N=28)	50% (N=14)	47,6% lésions profondes 66,7% lésions superficielles	0.410

Patients décédés

Cinquante patients enregistrés (± 5%) sont décédés au cours des 9 mois qui ont suivi la première consultation. Chez 10% d'entre eux, la lésion avait guéri, tandis que 16% avaient subi une amputation majeure avant leur décès.

Par rapport aux patients non décédés, les patients décédés étaient plus nombreux à être atteints d'ischémie critique (34,7% contre 15,4%) et relativement plus nombreux à souffrir de lésions plus étendues (> 2,86 cm²) (35,1% contre 29,2; Tableaux 15 et 4).

Tableau 15 Description du sexe, du grade de Wagner et de la classification PEDIS pour le groupe des patients décédés

Variables	**Patients décédés**	
Sexe (Homme/Femme)	68%H – 32%F	
Wagner (inconnu pour 2 patients)	39.6% W2 – 22.9% W3 – 37.5 W4	
PEDIS-P (inconnu pour 1 patient)	Pas de maladie artérielle périphérique	20.4%
	Ischémie subcritique	44.9%
	Ischémie critique	34.7%
PEDIS-E (inconnu pour 13 patients)	Lésion ≤ 1 cm²	43.2%
	1 cm² > lésion < 2,86 cm²	21.6%
	Lésion ≥ 2,86 cm²	35.1%
PEDIS-D (inconnu pour 1 patient)	Superficielle	14.3%
	Profonde	61.2%
	Os ou articulations touchés	24.5%
PEDIS-I (inconnu pour 1 patient)	Pas d'infection	28.6%
	Infection superficielle	38.8%
	Infection profonde	30.6%
	Infection systémique	2.0%
PEDIS-S (inconnu pour 2 patients)	Sensibilité normale	12.5%
	Perte de proprioception	87.5%

Résumé et conclusions

À la suite de l'agrément par l'INAMI des cliniques multidisciplinaires du pied diabétique, IPQED-Pied, un programme structuré d'évaluation et de promotion de la qualité dans les cliniques multidisciplinaires du pied diabétique, a été mis en place.

Le présent rapport rassemble les données collectées dans chaque clinique du pied diabétique au sujet de 52 patients traités dans la clinique du pied concernée au cours de l'année civile 2008 pour une lésion du pied de grade 2 dans la classification de Wagner ou souffrant d'une arthropathie neurogène (pied de Charcot). Des données complètes ont été recueillies auprès de 19 des 21 établissements agréés et transmises à l'ISP. Les données de 1 006 patients ont été analysées. Au total, 978 patients ont été traités pour une lésion du pied (W ≥ 2), 14 patients pour une arthropathie neurogène et 14 patients pour ces deux affections simultanément. L'âge moyen de la population totale était de 68 ans, les patients étaient diabétiques depuis 16,6 ans en moyenne et environ deux tiers des patients étaient des hommes. Par rapport à la population IPQED(2), l'étude IPQED-Pied porte sur une population présentant une comorbidité plus grave.

Les lésions des pied des patients correspondaient pour 53,4% au grade 2 de Wagner, pour 29,6% au grade 3 de Wagner, pour 16,5% au grade 4 de Wagner et pour 0,5% au grade 5 de Wagner. En ce qui concerne la classification PEDIS, la majorité des patients souffraient d'ischémie (sub)critique (59,5%), la plupart des lésions étaient profondes et infectées et 83,5% des patients avaient perdu la sensibilité de protection.

Parmi les 28 patients traités pour une arthropathie neurogène, 27 ont été immobilisés jusqu'au genou, dont 17 au moyen d'un PCT. Au total, 20 patients atteints d'une arthropathie neurogène se sont remis d'une inflammation aiguë dans les 6 mois qui ont suivi la prise en charge.

Parmi les patients traités pour une ou plusieurs lésions du pied, près de 84% ont bénéficié d'une forme de mise en décharge. Dans la majorité des cas, il s'agissait d'une mise en décharge du pied et pour près de 22%, de la jambe (jusqu'au genou). Chez 60% des patients, une insuffisance artérielle avait été recherchée et le nombre d'examens vasculaires augmentait avec la classification PEDIS de la maladie artérielle périphérique. Près d'un quart des patients ont été traités par revascularisation, une procédure précédée, dans la grande majorité des cas (94%), par un examen vasculaire. Comme l'examen vasculaire, la revascularisation était plus fréquente à mesure que les lésions se faisaient plus graves et que l'on montait dans la classification PEDIS de la maladie vasculaire. Par rapport à l'étude Eurodiale, l'étude IPQED-Pied a recensé un pourcentage plus élevé de patients atteints d'ischémie critique revascularisés (65,7% IPQED-Pied ↔ 43% Eurodiale).

Des chaussures spéciales pour l'extérieur ont été prescrites ou recommandées à 71,5% des patients et des chaussures pour l'intérieur ont été recommandées à 57,5% des patients. Même si, pour l'instant, une seule paire de chaussures est remboursée, il s'avère que des chaussures adaptées sont nécessaires, pour l'intérieur comme pour l'extérieur.

Chez 53,1% des patients, la lésion a guéri en 9 mois au maximum. Cependant, chez 1 patient sur 5, cette guérison a été précédée d'une amputation mineure. Même si le pourcentage de guérison était plus élevé dans l'étude Eurodiale (77%) que dans l'étude IPQED-Pied, il faut tenir compte de la différence de durée du suivi (1 an pour Eurodiale contre 9 mois pour IPQED-Pied) et de l'inclusion des lésions de grade 1 de Wagner dans l'étude Eurodiale. La différence de la gravité des lésions ressort également de la différence du pourcentage de patients MAP+Inf+ entre la population de l'étude Eurodiale et celle de l'étude IPQED-Pied, à savoir 31% contre 46,6%. Compte tenu de ces

différences, nous pouvons conclure que le pourcentage de guérison observé lors de l'étude IPQED-Pied est satisfaisant. En ce qui concerne le nombre d'amputations majeures et de décès aussi, les résultats de l'étude IPQED-Pied sont satisfaisants. Alors que l'étude Eurodiale rapportait une amputation majeure chez 5% de la population totale et le décès de 6% des patients, ces chiffres sont respectivement de 3,8% et 3,9% parmi la population de l'étude IPQED-Pied (dans les deux cas, ± 8% des patients non guéris). Le nombre de plaies persistantes dans l'étude IPQED-Pied (35% de la population totale) était, cependant, considérablement plus élevé que dans l'étude Eurodiale (12% de la population totale). Cette différence s'explique, au moins en partie, par la période de suivi plus courte et la plus grande proportion de patients MAP+Inf+.

Même si la présente collecte de données exigeait de nombreuses informations au sujet de chaque patient, ces données ont été réunies afin de favoriser l'évaluation et l'amélioration des soins au sein des cliniques du pied diabétique. La structure de l'étude ne permet donc pas de comparer les traitements, étant donné que la population étudiée est complexe et présente une comorbidité élevée. Certaines comorbidités peuvent donc constituer des contre-indications à certains traitements, ce qui ne permet pas de tirer des conclusions. En revanche, les données révèlent que, malgré la grande proportion de lésions sévères, l'étude IPQED-Pied présente un pourcentage relativement bon de guérison, notamment grâce au caractère multidisciplinaire des cliniques du pied.

Références

1. Demarest S, Drieskens S, Gisle L, et al. Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008. Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health Brussels Belgium. 2010. Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium. Health Interview Survey Interactive Analysis.
2. Debacker N, Krzentowski G, Mathieu C, et al. Initiatief voor Kwaliteitsbevordering en Epidemiologie bij Diabetes - IKED - Rapport resultaten 2009. WIV-ISP. D/2011/2505/6 - PHS Report/2011-4. 2011. Brussels, WIV-ISP.
3. van BP, Schaper N, Prompers L, et al. Differences in minor amputation rate in diabetic foot disease throughout Europe are in part explained by differences in disease severity at presentation. Diabet Med 2011; 28(2): 199-205
4. Moulik PK, Mtonga R, Gill GV. Amputation and mortality in new-onset diabetic foot ulcers stratified by etiology. Diabetes Care 2003; 26(2): 491-4
5. Hamonet J, Verdie-Kessler C, Daviet JC, et al. Evaluation of a multidisciplinary consultation of diabetic foot. Ann Phys Rehabil Med 2010;
6. Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, et al. Optimal organization of health care in diabetic foot disease: introduction to the Eurodiale study. Int J Low Extrem Wounds 2007; 6(1): 11-7
7. Management of peripheral arterial disease (PAD). TransAtlantic Inter- Society Consensus (TASC). European Journal of Vascular and Endovascular Surgery 2000; 19(Supplement 1): S1-S250
8. Schaper NC. Diabetic foot ulcer classification system for research purposes: a progress report on criteria for including patients in research studies. Diabetes Metab Res Rev 2004; 20 Suppl 1: S90-S95
9. Prompers L, Schaper N, Apelqvist J, et al. Prediction of outcome in individuals with diabetic foot ulcers: focus on the differences between individuals with and without peripheral arterial disease. The EURODIALE Study. Diabetologia 2008;
10. Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, et al. High prevalence of ischaemia, infection and serious comorbidity in patients with diabetic foot disease in Europe. Baseline results from the Eurodiale study. Diabetologia 2006;
11. Van Acker K, Vandeleene B, Vermassen F, et al. Diabetes voet, management in gespecialiseerde centra. Albe De Coker; 2008
12. Apelqvist J. The foot in perspective. Diabetes Metab Res Rev 2008; 24 Suppl 1: S110-S115
13. Crews RT, Wrobel JS. Physical management of the Charcot foot. Clin Podiatr Med Surg 2008; 25(1): 71-9, vii
14. Sinacore DR. Acute Charcot arthropathy in patients with diabetes mellitus: healing times by foot location. J Diabetes Complications 1998; 12(5): 287-93

15. Armstrong DG, Todd WF, Lavery LA, et al. The natural history of acute Charcot's arthropathy in a diabetic foot specialty clinic. Diabet Med 1997; 14(5): 357-63

16. Armstrong DG, Nguyen HC, Lavery LA, et al. Off-loading the diabetic foot wound: a randomized clinical trial. Diabetes Care 2001; 24(6): 1019-22

17. Bus SA, Valk GD, van Deursen RW, et al. The effectiveness of footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers and reduce plantar pressure in diabetes: a systematic review. Diabetes Metab Res Rev 2008; 24 Suppl 1: S162-S180

18. McGuire J. Transitional off-loading: an evidence-based approach to pressure redistribution in the diabetic foot. Adv Skin Wound Care 2010; 23(4): 175-88

19. Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, et al. Delivery of care to diabetic patients with foot ulcers in daily practice: results of the Eurodiale Study, a prospective cohort study. Diabet Med 2008; 25(6): 700-7

20. Andros G, Armstrong DG, Attinger CE, et al. Consensus statement on negative pressure wound therapy (V.A.C. Therapy) for the management of diabetic foot wounds. Ostomy Wound Manage 2006; Suppl: 1-32

21. Armstrong DG, Attinger CE, Boulton AJ, et al. Guidelines regarding negative wound therapy (NPWT) in the diabetic foot. Ostomy Wound Manage 2004; 50(4B Suppl): 3S-27S

Annexe 1: Convention d'IPQED-Pied

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUEREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE RELATIVE AUX CLINIQUES CURATIVES DU PIED DIABETIQUE DE TROISIEME LIGNE

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6°, et 23, § 3 ;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;

Il est conclu entre,

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

et d'autre part,

..... dont dépend la clinique du pied de ..... à ……., service désigné dans la présente convention par le terme « établissement »,

la présente convention de rééducation fonctionnelle.

OBJET ET BUT DE LA PRESENTE CONVENTION

Article 1.

§ 1. La présente convention définit en premier lieu les rapports entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, définis à l'article 3 de la présente convention, de même que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs. Elle définit en outre le programme de rééducation, les prestations remboursables, les moyens mis en œuvre pour réaliser ces prestations ainsi que les prix et honoraires de ces dernières.

§ 2. Elle établit ensuite une série de structures et de procédures qui permettent entre autres la réalisation du but spécifique défini à l'article 2 de la présente convention.

Article 2.

Le but de la présente convention de rééducation fonctionnelle est d'offrir à des bénéficiaires présentant des plaies au pied liées à leur diabète et aggravées par cette maladie, un programme de qualité de prise en charge de leurs plaies au pied ayant pour but:

- de guérir ces plaies ;
- d'éviter des amputations ;
- de prévenir de nouvelles plaies à l'avenir ;

«identificatienummer_voetkliniek» - «erkenningsnr_ZH»

- de remédier le plus rapidement possible aux nouvelles plaies.

BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3.

§ 1. Les bénéficiaires des prestations dispensées par la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne sont des bénéficiaires diabétiques ambulatoires présentant des plaies au pied ou une arthropatie neurogène (Charcot). Les patients ayant présentés de telles plaies (*pour lesquelles ils ont déjà été suivis par l'établissement*) qui sont en rémission, à l'heure actuelle, mais qui nécessitent cependant encore un suivi afin de prévenir de nouvelle plaie font également partie des bénéficiaires visés par la présente convention.

§ 2. Les bénéficiaires qui sont pris en charge dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré et qui répondent aux conditions mentionnées à ce présent article au §1, peuvent être considérés comme bénéficiaire au sens de la présente convention. Néanmoins, les patients qui ne sont pas pris en charge dans ce cadre (c'est-à-dire qui ne correspondent pas au public cible visé par la convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré) peuvent également être considérés comme étant des bénéficiaires au sens de la présente convention s'ils répondent aux conditions mentionnées à ce présent article au § 1 et si ces derniers sont en possession d'un passeport du diabète.

§ 3. Les patients hospitalisés ne sont pas visés par la présente convention pendant toute la durée de leur hospitalisation.

DEFINITION DE L'ETABLISSEMENT

Article 4.

§ 1. La présente convention ne peut être conclue qu'avec des établissements hospitaliers ayant déjà conclu une convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré et qui répondent à toutes les conditions mentionnées dans le cadre de la présente convention (notamment en ce qui concerne l'expertise et le nombre de patients à prendre en charge tels que visés à l'article 5 de la présente convention ainsi que l'équipe requise définie à l'article 10 de la présente convention).

§ 2. Comme visé dans la présente convention, une clinique du pied est une équipe de diabétologie (cf. article 10 de la présente convention), dont les membres sont tous présents et/ou disponibles pour les bénéficiaires visés à l'article 3 de la présente convention pendant les heures d'ouverture de la clinique du pied (cf. les articles 6 et 17 de la présente convention), et peuvent intervenir simultanément et/ou consécutivement dans les traitements de ces bénéficiaires.

Article 5.

§ 1. Afin de pouvoir conclure la présente convention et pour pouvoir faire mention d'une expérience et d'une expertise suffisantes, chaque établissement hospitalier candidat à la conclusion de la présente convention doit avoir pris en charge, dans l'année précédant la date d'introduction de la demande de convention, au moins 52 patients différents présentant, au cours de cette année, des plaies au pied du degré Wagner 2 au minimum ou une arthropatie neurogène (Charcot) liées à leur diabète. Dans la comptabilisation de ce nombre de patients, l'établissement hospitalier demandeur peut également prendre en compte les patients présentant dans l'année considérée des plaies au pied du degré Wagner 2 au minimum ou une arthropathie neurogène (Charcot) qu'il a renvoyé vers des cliniques du pied ayant déjà signé une convention de rééducation fonctionnelle avec l'INAMI en cette matière.

§ 2. Lorsque l'établissement remplit toutes les conditions et que la présente convention a été conclue, à partir de la première année entière durant laquelle la présente convention est d'application et au cours de toute année civile entière que celle-ci était d'application, l'établissement doit prendre en charge 52 patients différents par année présentant dans l'année considérée des plaies au pied du degré Wagner 2 au minimum ou une arthropatie neurogène (Charcot) liées à leur diabète afin de pouvoir continuer les activités prévues dans le cadre de la présente convention.

§ 3. La présente convention cesse ses effets, par décision du Comité de l'assurance, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, le 1er juillet de l'année qui suit la première période de 2 années civiles consécutives au cours de laquelle le nombre minimum de bénéficiaires différents n'a pas été atteint. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège des médecins-directeurs et du Comité de l'assurance, l'établissement doit avoir l'occasion d'expliquer par écrit les raisons pour lesquelles il n'a pu atteindre ce quota.

Article 6.

Les heures d'ouverture de la clinique du pied telle qu'elle est définie à l'article 4 §§ 1 et 2 de la présente convention sont d'au moins une demi-journée (minimum 4 heures) par semaine pendant au moins 48 semaines par an. Pendant les heures d'ouverture de la clinique du pied, les différents membres de l'équipe doivent être tous présents et/ou disponibles pour les bénéficiaires visés à l'article 3 de la présente convention, conformément aux dispositions mentionnées dans cette convention à l'article 10 § 4.

Un nombre d'heures d'ouverture plus élevé n'est toutefois pas exclu, à condition que l'établissement fonctionne durant toutes ces heures d'ouverture conformément aux dispositions de l'article 10 § 4 de la présente convention. Cette extension du nombre d'heures d'ouverture implique que le temps de travail imparti aux différents membres de l'équipe consacré aux activités de la clinique du pied, doit être augmenté d'une façon proportionnelle (cf. article 10 de la présente convention).

Etant donné que la capacité maximale pour laquelle cette convention est conclue (cf. l'article 17 de la présente convention), est liée au nombre d'heures d'ouverture de la clinique du pied, l'article 17 de la présente convention mentionne le nombre d'heures d'ouverture de la clinique du pied sur base de laquelle la présente convention est conclue ainsi que la capacité de la clinique du pied qui en est déduite.

PROGRAMME DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

Article 7.

§ 1. Chaque programme curatif de soins de pied tel que visé dans la présente convention implique l'engagement effectif d'autres prestataires de soins concernés par les soins aux patients, notamment son médecin généraliste, son podologue traitant et son praticien de l'art infirmier à domicile. Le podologue traitant peut être le podologue qui suit le patient dans le cadre de la clinique du pied.

§ 2. Chaque programme curatif de soins de pied est individuel et est inscrit le cas échéant dans le passeport du diabète du bénéficiaire.

§ 3. Chaque programme curatif de soins de pied comporte au minimum une prestation telle que définie à l'article 14 § 2 de la présente convention (consultation interdisciplinaire).

§ 4. Chaque programme curatif de soins de pied s'inscrit dans une politique générale de soins en matière de diabète ayant pour but de prévenir ou de retarder toutes les complications spécifiques liées à la maladie.

Article 8.

Afin de pouvoir offrir des programmes de rééducation fonctionnelle de qualité à ses patients, l'établissement organisera ses activités de manière à satisfaire aux exigences suivantes :

Réunions d'équipe

L'équipe de diabétologie doit se réunir au moins 6 fois par an.

Chaque réunion fait l'objet d'un rapport qui comporte la liste des participants.

Dossiers individuels

Un dossier individuel est tenu pour chaque patient, qui mentionne au moins les éléments suivants :

- les contacts avec les patients (dates, membres de l'équipe concernés) ;
- les soins effectués ;
- l'évolution des patients au fur et à mesure des interventions de l'équipe de diabétologie étayées par des éventuelles photographies du pied et/ou radiographies du pied et éventuellement les résultats d'examen spécifiques réalisés.

Ces dossiers doivent être accessibles aux différents membres de l'équipe de diabétologie qui ont des contacts avec le patient ainsi que, le cas échéant, avec les collaborateurs du service d'urgences.

Ils peuvent être intégrés au dossier des bénéficiaires tenus dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré.

Infrastructure et équipement

L'établissement dispose de ses propres espaces de consultation pour les membres du personnel paramédicaux spécialisés de l'équipe. Ces locaux peuvent également être les locaux disponibles dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré.

Continuité de l'accompagnement en cas d'hospitalisation

Dans le cas où un bénéficiaire de la présente convention est hospitalisé dans l'établissement hospitalier auquel l'établissement conventionné est attaché, il sera suivi pour son problème de pied diabétique par l'équipe de la clinique du pied et ce, malgré les dispositions de l'article 3 § 3 mentionnées dans le cadre de la présente convention. Aucune prestation prévue dans le cadre de la présente convention ne sera due pour ces patients hospitalisés.

Intégration à la première ligne

Le médecin généraliste est informé, quand il y a lésion, de l'état du patient par le biais d'un rapport complet. L'équipe de diabétologie doit pouvoir répondre aux questions éventuelles liées à la problématique du pied diabétique posées par des médecins généralistes avec lesquels elle collabore ainsi que par des podologues ou des praticiens de l'art infirmier à domicile prenant en charge le patient dans un autre contexte que le contexte hospitalier.

Consultants

Si indiqué, l'établissement peut toujours impliquer, dans les soins au patient et pour les bénéficiaires visés par la présente convention, tous les membres de l'équipe prévus dans le cadre de la

convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré ainsi que les consultants prévus dans la dite convention. Les consultants visés ici sont un assistant social ou praticien de l'art infirmier social familiarisés avec la problématique sociale du diabète sucré, un psychologue et un diététicien. Par ailleurs, la fonction de technicien chausseur cq bandagiste cq orthopédiste doit également faire partie des consultants auxquels l'équipe de la clinique du pied peut faire appel.

Accessibilité-Disponibilité

La clinique du pied est organisée de telle manière, au sein de l'hôpital auquel elle est liée, qu'une « garde diabétique » est en permanence à disposition des bénéficiaires concernés, de leurs référents et autres dispensateurs de soins. L'équipe de diabétologie doit organiser elle-même pendant les heures de travail normales mais aussi en dehors des heures de consultation, une permanence téléphonique au moyen de suffisamment de lignes téléphoniques directes connues par tous les intéressés pour répondre aux appels des patients, de leurs proches, de prestataires de première ligne, en ce compris le pharmacien.

L'équipe de diabétologie doit prendre, au moins au niveau du service des urgences de l'hôpital auquel elle est attachée, les mesures organisationnelles nécessaires afin de garantir une disponibilité permanente (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) de médecin en vue de garantir la continuité de l'accueil des bénéficiaires. Cela implique que 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, un endocrino-diabétologue ou autre médecin ayant des « droits acquis » (selon les dispositions de l'article 10 § 1er) ayant de l'expérience doit pouvoir être consulté.

PROGRAMMATION

Article 9.

Au 1er juillet 2008, la présente convention peut être conclue avec les 22 établissements hospitaliers ayant signés en 2005 l'avenant à la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré réglant la matière des cliniques du pied.

A partir de l'année 2009, la présente convention pourra être conclue avec davantage d'établissements hospitaliers (jusqu'à maximum 40 conventions au total) répondant aux critères de la convention et ce, si le budget nécessaire à cette extension du nombre de centres conventionnés est disponible.

Lors de la sélection des nouveaux établissements hospitaliers, tant l'expertise des candidats que la répartition géographique équilibrée (nécessaire pour garantir une bonne accessibilité des soins) seront examinées.

EQUIPE DE DIABETOLOGIE ET SON FONCTIONNEMENT

Article 10.

§ 1. L'établissement qui a conclu la présente convention est une équipe de diabétologie attachée à l'hôpital, qui comprend au moins :

- Un médecin spécialiste en endocrino-diabétologie ou, dans le cadre des « droits acquis », un médecin qui, avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention, était déjà responsable d'un service de diabétologie ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré et/ou de la prescription des programmes de rééducation fonctionnelle dans le cadre de ladite convention, et dont le

curriculum professionnel spécifique avait déjà été transmis au Collège des médecins-directeurs. Par ailleurs, un autre médecin spécialiste ayant une qualification spéciale en matière de prise en charge du pied diabétique peut également faire partie de l'équipe de la clinique du pied.

- Un médecin spécialiste en chirurgie, chirurgien vasculaire et/ou chirurgien orthopédique et/ou chirurgien plastique et/ou chirurgien général expérimenté en matière de chirurgie du pied qui peut présenter des lettres de créance en matière d'expérience et d'expertise.

- Un podologue familiarisé avec la problématique du diabète et pouvant justifier d'une expérience en matière de diabète sucré.

- Deux praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie et/ou familiarisés avec les soins de plaies au pied. Ces praticiens de l'art infirmier doivent quant à eux être membres de l'équipe de diabétologie active dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré. Leur compétence régulièrement actualisée doit être objectivée par un curriculum vitæ et être garantie par l'établissement et par le médecin responsable visé au § 2 du présent article. Au 1er juillet 2011 au plus tard, il est exigé de ces praticiens de l'art infirmier qu'ils fournissent la preuve qu'ils ont suivi une formation spécialisée d'éducateur en diabétologie. Dans le cas où un nouveau praticien de l'art infirmier ne peut fournir la preuve lors de son entrée en service, qu'il a suivi une formation spécialisée d'éducateur en diabétologie, cette preuve doit être fournie endéans les trois ans qui suivent son entrée en service.

§ 2. Un des médecins visés au § 1er du présent article dirige l'équipe et est responsable de son fonctionnement et de son organisation ainsi que de la qualité des soins prodigués aux bénéficiaires visés par la présente convention. Ce médecin responsable est compétent pour donner aux autres membres de l'équipe les missions nécessaires pour la réalisation du programme de rééducation fonctionnelle. Il est également associé à la sélection et au recrutement des membres de l'équipe, pour lesquels son avis favorable est requis.

Le médecin qui dirige l'équipe est désigné dans la suite du texte de la présente convention de rééducation fonctionnelle comme le « médecin responsable ».

Le médecin responsable, dans le cas où l'établissement hospitalier a conclu d'autres types de rééducation fonctionnelle relatives aux patients diabétiques, peut être désigné pour chaque convention séparément ou peut être désigné comme étant responsable de toutes les conventions en matière de diabète. Dans le premier cas (plusieurs médecins responsables), une concertation doit être néanmoins envisagée.

§ 3. Le médecin responsable de l'équipe constitue avec les autres médecins visés au § 1er du présent article, le « cadre médical » de l'établissement.

§ 4. L'équipe mentionnée au § 1er du présent article doit fonctionner de manière à ce que pendant toutes les heures d'ouverture de la clinique du pied (cf. les articles 6 et 17 de la présente convention) les disciplines suivantes soient disponibles pour les bénéficiaires visés à l'article 3 de la présente convention et peuvent intervenir simultanément et/ou consécutivement dans les traitements de ces bénéficiaires :

- le diabétologue (ou un autre médecin ayant des « droits acquis ») tel que définit au § 1er du présent article ;

- la « fonction » de chirurgien telle que définie au § 1er du présent article ;

- le podologue telle que définit au § 1er du présent article ;

- un ou deux praticiens de l'art infirmier diabétologique tel que définit au § 1er du présent article ;

Toutes ces disciplines doivent être présentes simultanément dans la clinique du pied durant les heures d'ouverture. Cependant, la présence permanente du chirurgien durant les heures d'ouverture de la clinique du pied n'est pas requise. Il est toutefois obligatoire qu'il soit constamment disponible pendant toutes les heures d'ouverture de la clinique du pied. Il est donc impératif que, pendant les heures d'ouverture de la clinique du pied, l'équipe puisse faire appel à lui à tout moment lorsque la situation l'exige ; des éventuelles opérations à effectuer par le chirurgien, ne peuvent dès lors pas être programmées pendant les heures d'ouverture de la clinique du pied afin de garantir sa disponibilité.

Pendant les heures d'ouverture de la clinique du pied (cf. les articles 6 et 17 de la présente convention), le podologue et les praticiens de l'art infirmier ne peuvent réaliser que les prestations remboursables en vertu de la présente convention (la consultation interdisciplinaire et la séance de soutien, cf. article 14 de la présente convention). Pendant les heures d'ouverture de la clinique du pied, ils ne peuvent donc traiter dans le cadre de la présente convention que les bénéficiaires visés à l'article 3 de cette même convention. Pendant les heures d'ouverture de la clinique du pied et durant le temps où ils sont employés dans la clinique du pied, ils ne peuvent dès lors jamais réaliser des prestations remboursables dans le cadre de la nomenclature et ce, même s'il s'agit de patients qui ne sont pas visés par la présente convention.

Par ailleurs, pendant les heures d'ouverture de la clinique du pied, les médecins qui font partie du cadre médical de la clinique du pied peuvent encore effectuer des prestations prévues par la nomenclature des prestations de santé et ce, uniquement pour les bénéficiaires visés à l'article 3 de la présente convention (*sauf pour le chirurgien qui, pendant les heures d'ouverture de la clinique du pied, peut également traiter d'autres patients que ceux visés par la présente convention, moyennant le fait qu'il soit suffisamment disponible pour les bénéficiaires de la clinique du pied*).

Etant donné les tâches multiples des praticiens de l'art infirmier dans le cadre de la clinique du pied et les besoins importants des patients dans ce domaine (éducation du patient, soins de plaie, etc.), l'établissement est obligé d'employer dans la clinique du pied (*pendant ses heures d'ouverture*) en moyenne (*sur base annuelle*) au moins 6 heures de praticiens de l'art infirmier et ce pour une clinique du pied qui est ouverte pendant 4 heures par semaine. Dès lors, pendant une partie des heures d'ouverture de la clinique du pied, deux praticiens de l'art infirmier doivent être simultanément présents dans la clinique du pied et n'effectuer que des prestations prévues dans le cadre de la présente convention (*le temps d'emploi requis des praticiens de l'art infirmier qui dépasse le nombre d'heures d'ouverture de la clinique du pied, ne peut jamais être presté en dehors des heures d'ouverture de la clinique du pied*). Dans le cas où une clinique du pied est ouverte pendant plus de 4 heures par semaine (*cf. les articles 6 et 17 de la présente* convention), le temps de travail requis des praticiens de l'art infirmier (*au moins 6 heures temps d'emploi pendant 4 heures d'ouverture*) doit être augmenté d'une façon proportionnelle.

§ 5. Pour l'endocrino-diabétologue (et/ou un autre médecin ayant des « droits acquis ») et les praticiens de l'art infirmier (*disciplines prévues tant dans la présente convention que dans le cadre de la convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré*), le temps de travail prévu par la présente convention doit s'ajouter au temps de travail prévu dans le cadre de la convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré.

§ 6. Pour les patients pour lesquels un contact avec certains consultants mentionnés à l'article 8 de la présente convention est indiqué, l'établissement est censé – dans les cas où un contact immédiat n'est pas faisable – pouvoir organiser et réaliser ce contact dans le cadre de la consultation suivante convenue avec le patient. Le cas échéant, lors de cette consultation suivante, il doit être possible d'avoir des contacts tant avec les différentes disciplines médicales et paramédicales prévues au §1er du présent article qu'avec certains consultants mentionnés à l'article 8 de la présente convention.

§ 7. L'établissement doit tenir en permanence un relevé des membres de l'équipe qu'il occupe réellement dans le cadre de la clinique du pied. Cet aperçu doit à tout moment indiquer qui fait partie de l'équipe de l'établissement à n'importe quel moment, pour quel nombre d'heures par semaine et

avec quel horaire de travail. Il doit également pouvoir être présenté immédiatement lors de chaque visite de contrôle d'un représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs.

APPLICATION DE LA CONVENTION - CONSEQUENCES POUR LA CONVENTION EN CAS DE FUSION OU DEFUSION

Article 11.

§ 1. L'établissement ne peut réaliser ses activités dans le cadre de la présente convention que sur un site de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie.

§ 2. La présente convention ne peut être conclue qu'une seule fois avec un même établissement hospitalier (hôpital). La convention concerne exclusivement les activités d'un même établissement hospitalier, jamais les activités de plusieurs établissements hospitaliers différents.

Chaque convention conclue se voit attribuer un seul et unique numéro d'identification.

§ 3. Si l'établissement hospitalier avec lequel cette convention a été conclue fusionne, après conclusion de la présente convention, avec un autre établissement hospitalier avec lequel cette convention a également été conclue, les activités prévues dans le cadre de cette convention peuvent être proposées sur 2 sites de l'hôpital fusionné mais peuvent également être regroupées sur un seul site de l'hôpital fusionné. Cependant, le nombre maximum de prestations pouvant être porté en compte doit être respecté et il ne sera pas tenu compte d'un élargissement du nombre maximum de prestations possible qui peut être porté en compte suite à cette fusion.

Si l'établissement hospitalier avec lequel cette convention a été conclue fusionne, après conclusion de la présente convention, avec un autre établissement hospitalier qui n'a pas conclu cette convention, les activités prévues dans le cadre de cette convention doivent être exercées sur un seul site de l'hôpital fusionné.

§ 4. Si l'établissement hospitalier avec lequel a été conclue la présente convention est, dans le cadre d'une défusion d'hôpitaux, scindé en plusieurs établissements hospitaliers séparés, la présente convention peut (dans le cadre de l'accord de défusion) être automatiquement reprise par un des deux établissements hospitaliers apparus après la défusion, à condition que ce nouvel établissement hospitalier (défusionné) reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention. Il appartient aux responsables de l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention a été conclue et du nouvel établissement hospitalier qui reprend les droits et obligations de la convention d'informer par écrit (par une lettre recommandée commune, adressée au Service des soins de santé de l'INAMI) quel établissement hospitalier (dans le cadre de l'accord de défusion) poursuivra les activités de la convention et reprendra à cette fin les droits et obligations de la convention.

Si les deux établissements hospitaliers apparus après la défusion d'hôpitaux souhaitent offrir à leurs patients les activités de rééducation fonctionnelle que prévoit la convention, la présente convention (en ce compris les périodes de prise en charge individuelles autorisées visées à l'article 12 de la présente convention) expire automatiquement à la date de prise d'effet de la défusion et les deux établissements hospitaliers doivent introduire au moins quatre mois avant que la défusion ne prenne effet une demande en vue de conclure une nouvelle convention avec le Comité de l'assurance. Dans leur dossier de demande, les établissements hospitaliers intéressés doivent démontrer que même après la défusion, ils satisfont chacun séparément à toutes les conditions de la convention. Les nouvelles conventions pourront alors entrer en vigueur au plus tôt à la date à laquelle la défusion prend effet. Pour les patients qui seront suivis dans le cadre des nouvelles conventions conclues avec les établissements hospitaliers défusionnés, une nouvelle demande individuelle de prise en charge de la rééducation fonctionnelle doit être introduite à partir de la date de prise d'effet de la nouvelle convention, conformément à la procédure prévue aux articles 12 et 13 de la présente convention.

LA PRESCRIPTION DU PROGRAMME INDIVIDUEL DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ET LA DEMANDE PAR LE BENEFICIAIRE D'UNE INTERVENTION DANS LE COUT DU PROGRAMME DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

Article 12.

La rééducation d'un bénéficiaire ne peut être prise en considération pour le remboursement par l'assurance-soins de santé que lorsque le Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé ou le médecin-conseil – dans le cas où celui-ci est compétent - a émis un avis favorable au sujet de la prise en charge de la rééducation du bénéficiaire.

La période de prise en charge accordée par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – dans le cas où celui-ci est compétent - sur la base d'une seule demande individuelle de prise en charge ne peut excéder 12 mois. Au terme de cette période accordée, la prise en charge peut toutefois toujours être prolongée, éventuellement pour une nouvelle période de 12 mois, à condition que le bénéficiaire remplisse encore les conditions de l'article 3 de la présente convention.

Seules sont prises en considération les prestations telles qu'elles sont définies dans la présente convention, qui ont effectivement lieu dans la période de rééducation accordée par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – dans le cas où celui-ci est compétent - et dont, le cas échéant, les modalités supplémentaires fixées par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil sont respectées.

Article 13.

§ 1. Une demande de prise en charge de la rééducation par l'assurance obligatoire soins de santé doit être introduite par le bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'établissement s'engage à assister le bénéficiaire lors de l'introduction des demandes.

§ 2. L'arrêté royal cité au § 1er prévoit, entre autres, que le bénéficiaire doit introduire la demande de prise en charge au moyen du modèle approuvé par le Comité de l'assurance. Le formulaire de demande joint ***en annexe 1*** de la présente convention peut être modifié à tout moment par le Comité de l'assurance (après avis du Collège des médecins-directeurs et en concertation avec le Conseil d'accord visé à l'article 19 de la présente convention).

Le formulaire à utiliser en vertu de cet article pour les demandes d'intervention contiennent une prescription médicale qui doit être signée par un des médecins faisant partie de l'équipe de la clinique du pied visée à l'article 10 § 1 de la présente convention.

§ 3. Dans le cas où l'établissement a pris sur lui la responsabilité d'introduire la demande d'intervention pour le bénéficiaire, il s'engage à ne pas lui porter en compte les frais qui ne sont pas remboursés par l'organisme assureur pour cause d'introduction tardive de la demande (après le délai légal).

§ 4. L'intervention pour le programme individuel au sujet duquel le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – dans le cas où celui-ci est compétent - a pris une décision favorable prend fin :

- dès que le bénéficiaire est rééduqué dans le cadre d'une convention clinique du pied conclue avec un autre établissement hospitalier. Si le bénéficiaire s'adresse à nouveau par la suite à l'établissement, il appartient au bénéficiaire d'informer l'établissement qu'il a été suivi dans une autre clinique du pied.

Afin d'éviter et/ou de limiter au maximum les problèmes au bénéficiaire, le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – dans le cas où celui-ci est compétent - avertira l'établissement si un bénéficiaire – pour lequel un accord pour la prise en charge dans l'établissement est encore en cours ou pour lequel l'accord est arrivé à échéance depuis 2 mois au maximum - introduit une demande de prise en charge pour un programme de rééducation dans un autre service hospitalier conventionné. Le Collège, l'INAMI, l'organisme assureur et son médecin-conseil ne peuvent toutefois pas être tenus responsables si des prestations prévues dans la présente convention ne sont pas remboursées (pour un patient), si le Collège ou le médecin-conseil – dans le cas où celui-ci est compétent - a oublié d'avertir l'établissement qu'un bénéficiaire a introduit une demande de prise en charge pour un programme de rééducation fonctionnelle dans un autre service hospitalier.

- lorsque l'établissement décide de ne plus admettre un bénéficiaire en rééducation. Cette décision doit être notifiée en temps voulu au bénéficiaire.

§ 5. L'établissement s'engage à fournir au Collège des médecins-directeurs, ou au médecin conseil - dans le cas où celui-ci est compétent - toutes les informations qu'il juge utile afin de pouvoir se prononcer sur la prise en charge du programme de rééducation du bénéficiaire.

§ 6. La présente convention doit être considérée pour tous les hôpitaux qui y adhèrent comme la continuation des avenants à la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré réglant la matière des cliniques du pied qui produisaient leurs effets à partir du 1er juillet 2005. Par rapport à l'avenant que la présente convention remplace, elle ne comporte cependant pas de grandes modifications au niveau du contenu des critères pour qu'un patient puisse être pris en compte comme bénéficiaire pour une intervention ou au niveau des programmes de rééducation fonctionnelle.

Pour ces motifs, les deux parties signataires de la présente convention conviennent de la considérer comme une convention qui est perçue en ce qui concerne les demandes d'intervention dans les prestations de rééducation qu'elle prévoit, comme la poursuite des avenants mentionnés ci-avant. Ainsi, elle ressort de l'article 138, 2°, g) de l'AR du 3 juillet 1996 et le médecin conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire est compétent pour prendre les décisions sur ces demandes d'intervention.

PRESTATIONS REMBOURSABLES

Article 14.

§ 1. Les prestations remboursables entrant en ligne de compte pour une intervention sur la base de la présente convention sont la consultation interdisciplinaire et la séance de soutien.

§ 2. Par consultation interdisciplinaire, il faut entendre chaque intervention auprès du bénéficiaire concerné d'au moins deux disciplines de l'équipe de diabétologie visée à l'article 10 § 4 de la présente convention et effectuée durant les heures d'ouverture de la clinique du pied (cf. article 6 de la présente convention).

§ 3. Par séance de soutien, il faut entendre chaque intervention exercée par soit un podologue de la clinique du pied ou soit un praticien de l'art infirmier de la clinique du pied auprès du bénéficiaire et effectuée sous la supervision d'un médecin de la clinique du pied. L'intervention du médecin n'est cependant pas requise lors des séances de soutien mais sa disponibilité pendant ces heures doit être garantie. Les séances de soutien ne peuvent être effectuées que pendant les heures d'ouverture de la clinique du pied.

En outre, les séances de soutien ne peuvent être effectuées que pour les bénéficiaires ayant déjà bénéficié auparavant d'une consultation interdisciplinaire (visée au § 2 du présent article) dans la clinique du pied.

Le but des séances de soutien est d'une part, le suivi de l'évolution du traitement, la réalisation de soins des plaies et l'adaptation éventuelle de la prise en charge et d'autre part, le suivi des patients « guéris » (prévention de nouveaux problèmes de pied).

PRIX ET HONORAIRES DES PRESTATIONS REMBOURSABLES

Article 15.

§ 1. Les honoraires fixés par cette convention concernant la consultation interdisciplinaire sont, comme le montre ***l'annexe 2*** de la présente convention, de 30,91 euros.

§ 2. Les honoraires fixés par cette convention concernant les séances de soutien correspondent à 50% du prix de la prestation mentionné au § 1 du présent article.

§ 3. Les honoraires mentionnés au § 1er sont liés à l'indice-pivot 108,34 au 01-05-2008 (base 2004) des prix à la consommation. Ils sont adaptés selon les dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume pour certaines dépenses dans le secteur public.

§ 4. Pour les prestations effectuées dans le cadre des heures d'ouverture de la clinique du pied, aucun supplément d'honoraires ne sera demandé au bénéficiaire concerné ni par l'établissement, ni par un quelconque dispensateur de soins intervenant dans le cadre de la présente convention et qui est aussi rémunéré par ces honoraires.

§ 5. Le prix des prestations de rééducation fonctionnelle remboursable dans le cadre de la présente convention couvre le travail presté par le podologue (4 heures*) et le praticien de l'art infirmier (6 heures*) dans le cadre de la clinique du pied et le temps de supervision et de concertation des médecins de l'équipe (0,5 heures* pour l'endocrino-diabétologue - et/ou un autre médecin ayant des « droits acquis » - et 0,5 heures* pour le chirurgien).

Le prix des prestations de rééducation fonctionnelle remboursable dans le cadre de la présente convention ne couvre pas :

- pour les médecins, le prix et honoraires des prestations prévues dans le cadre de la nomenclature. Il est toutefois interdit de porter en compte des suppléments pour les prestations réalisées pendant les heures d'ouverture de la clinique du pied ;
- les prestations effectuées par les consultants (cf. article 8 de la présente convention) ;
- les prestations effectuées par un podologue ou un praticien de l'art infirmier en dehors des heures d'ouverture de la clinique du pied (de préférence pour des patients non visés par la convention)

§ 6. Le montant de l'intervention de l'assurance est facturé par l'établissement à l'organisme assureur du bénéficiaire sur la base du support magnétique de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie (facturation électronique obligatoire sur support magnétique). Au moins une fois par année civile, le bénéficiaire reçoit un récapitulatif de ce que l'établissement a porté en compte pour lui à l'organisme assureur.

REGLE DE CUMUL

Article 16.

§ 1. Par jour d'ouverture de la clinique du pied et par bénéficiaire, une seule prestation peut être por-

* Le temps de travail mentionné et inclus dans le prix des prestations de rééducation fonctionnelle est valable pour une clinique du pied ouverte pendant 4 heures par semaine. Dans le cas où la clinique du pied est ouverte pendant un nombre d'heures plus élevé, le temps de travail mentionné doit être augmenté d'une façon proportionnelle.

tée en compte, soit une consultation interdisciplinaire, soit une séance de soutien.

§ 2. Il n'est pas possible de porter en compte pour un même bénéficiaire et durant le même jour une prestation définie dans le cadre de la présente convention et une prestation de podologie prévue dans le cadre de la nomenclature de rééducation fonctionnelle d'une part et une prestation de soins infirmiers prévue dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé d'autre part, dans le cas où cette prestation de podologie et/ou cette prestation de soins infirmiers ont été réalisées au sein de l'hôpital qui a conclu la présente convention.

§ 3. Il est possible de porter en compte une des prestations prévues dans le cadre de cette convention pour un même bénéficiaire et pour le même jour avec une prestation prévue dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré ou la convention relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable.

CAPACITE MAXIMALE

Article 17.

§ 1. La capacité maximale pour l'établissement, qui peut être définie comme le total maximum de prestations de rééducation fonctionnelle comme décrites à l'article 14 de la présente convention réalisées au cours d'une même année civile et remboursables par les organismes assureurs, s'élève à 768 prestations par an. Cette capacité maximale a été calculée sur base du nombre d'heures d'ouverture de la clinique du pied pour laquelle cette convention a été conclue (notamment **### 4 ###** heures d'ouverture par semaine) et en supposant d'une part, que chaque clinique du pied peut effectuer 4 prestations par heure d'ouverture et d'autre part, qu'elle est ouverte pendant 48 semaines par an. L'établissement s'engage à ouvrir sa clinique du pied pendant au moins toutes les heures d'ouverture mentionnées ci-dessus pour lesquelles la présente convention a été conclue.

L'établissement s'engage à ne pas dépasser dans sa facturation à tous les organismes assureurs confondus, ladite capacité maximale.

Dans la comptabilisation du nombre de prestations déjà effectuées, il y a lieu de tenir compte du fait qu'une consultation interdisciplinaire (telle que définie à l'article 14 § 2 de la présente convention) vaut pour une prestation et qu'une séance de soutien (telle que définie à l'article 14 § 3 de la présente convention) vaut pour 0,5 prestation.

Au maximum 20% de la capacité maximale peut être réservée aux séances de soutien définies à l'article 14 § 3 de la présente convention. L'établissement s'engage également à ne pas dépasser dans sa facturation à tous les organismes assureurs confondus, ce quota maximum de séances de soutien.

§ 2. Pour les années civiles d'entrée en vigueur et de cessation de vigueur de la présente convention, les capacités de facturation sont réduites proportionnellement à la durée de la période de validité de la convention durant ces années civiles.

§ 3. L'établissement s'engage à traiter les bénéficiaires visés (cf. article 3 de la présente convention) autant que possible dans le cadre de la présente convention et donc durant les heures d'ouverture de la clinique du pied, afin de leur offrir un programme de qualité et d'éviter au maximum de porter en compte aux bénéficiaires des prestations supplémentaires réalisées par un podologue en dehors des heures d'ouverture de la clinique du pied.

Dans le cas où les besoins des patients dépassent la capacité prévue par la présente convention et moyennant que l'établissement sait élargir ses heures d'ouverture en respectant toutes les conditions de la présente convention (*notamment les dispositions de l'article 10 § 4 relative à la présence et/ou*

disponibilité simultanée des différents membres de l'équipe), l'établissement peut introduire auprès de l'INAMI une demande de conclusion d'une nouvelle convention afin d'augmenter ses heures d'ouverture et sa capacité de facturation maximale. Dans le cas où l'établissement répond à toutes les conditions de la présente convention et qu'il est budgétairement possible pour l'assurance soins de santé d'augmenter la capacité (*en tenant compte d'une part, du budget réservé pour les cliniques du pied dans le cadre des objectifs budgétaires de l'assurance soins de santé et d'autre part, des demandes similaires d'augmentation de la capacité introduites par d'autres cliniques du pied*), le Comité de l'assurance peut conclure une nouvelle convention avec l'établissement, et ce, sur proposition du Collège des médecins-directeurs et après avis budgétaire de la Commission de contrôle budgétaire. Les modalités concrètes y afférentes sont détaillées dans un protocole (cf. l' ***annexe 3*** de la présente convention).

§ 4. Il n'est pas exclu que la clinique du pied travaille, pendant ses heures d'ouverture, avec deux équipes de diabétologie simultanément. Dans ce cas, l'établissement doit fonctionner pendant ces heures d'ouverture avec le double des effectifs du personnel prévus à l'article 10 § 4 de la présente convention et les disciplines suivantes doivent donc être simultanément présentes dans la clinique du pied ou être disponible (pour la fonction du chirurgien) :

- 2 diabétologues (ou autres médecins ayant des « droits acquis ») tels que définis à l'article 10, § 1er ;
- au moins un chirurgien tel que défini à l'article 10 § 1er ;
- 2 podologues tels que définis à l'article 10 § 1er ;
- 3 praticiens de l'art infirmier diabétologique tels que définis à l'article 10 § 1er . Cependant, un des trois praticiens de l'art infirmier diabétologique peut être remplacé par un podologue supplémentaire par rapport à ce qui est prévu ci-dessus.

Pour une clinique du pied qui fonctionne avec une telle double équipe, les heures d'ouverture de la clinique du pied pendant lesquelles la clinique du pied fonctionne avec une telle double équipe, peuvent être comptées deux fois lors de la fixation du nombre d'heures d'ouverture par semaine et la capacité annuelle visées à l'article 17 § 1er.

CONTROLE DE QUALITE

Article 18.

§ 1. Chaque établissement participe à une initiative, approuvée par le Conseil d'accord (tel que visé à l'article 19 de la présente convention), de collecte de données à des fins épidémiologiques et de promotion de la qualité.

§ 2. L'initiative visée au § 1er à laquelle participe l'établissement répond aux conditions suivantes :

- elle est financée partiellement par les prix et honoraires fixés dans l'article 15 de la présente convention à raison de 0,25 EUR par forfait ;
- tout apport financier extérieur, en particulier celui d'entreprises actives sur le plan du diagnostic et du traitement du diabète ou de fondations créées par lesdites entreprises doit être rendu public ;
- le président du Collège des médecins-directeurs est membre de l'organe de gestion, dont aucun membre n'est rémunéré. Aucun mandat de l'organe de gestion ne peut être assuré par des personnes directement ou indirectement liées aux entreprises ou aux fondations visées ci-dessus ;
- les résultats globaux de la collecte de données sont transmis périodiquement pour information et avis au Conseil d'accord défini plus loin et au Comité de l'assurance du Service des soins de

santé ;

- afin de promouvoir la qualité des programmes de rééducation fonctionnelle, chaque établissement conventionné se verra offrir la possibilité de comparer son propre profil et ses propres résultats avec les résultats anonymisés des autres établissements conventionnés (*benchmarking*).

§ 3. L'établissement fournit au Collège des médecins-directeurs toutes les données utiles à la gestion de la convention type de rééducation fonctionnelle en matière de pied diabétique et plus précisément:

- la liste avec noms et qualifications des membres de l'équipe, avec mention de la durée de leur activité spécifique dans le cadre de la présente convention. Ces données doivent pouvoir être objectivées en détail pour chaque membre de l'équipe au moyen des carnets de rendez-vous, de journaux de bord ... ;

Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer des modèles suivant lesquels les données susvisées doivent être transmises.

Les données visées doivent en tout cas être transmises au Service des soins de santé avant la fin du mois de juin qui suit chaque année civile.

§ 4. L'établissement s'engage à autoriser tous les délégués du Service des soins de santé de l'INAMI, du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites utiles en ce qui concerne le contrôle de l'exécution de la présente convention.

CONSEIL D'ACCORD

Article 19.

§ 1. Le Conseil d'accord en matière de pied diabétique est un organe fonctionnel composé, d'une part, des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'INAMI et, d'autre part, des médecins responsables de tous les établissements conventionnés ou des endocrino-diabétologues - ou un autre médecin ayant des « droits acquis » - désignés par eux en matière de pied diabétique. Le Conseil d'accord est présidé par le Président du Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Ce Conseil d'accord en matière de pied diabétique constitue une section distincte du Conseil d'accord prévu dans le cadre de la convention générale de rééducation en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré.

§ 3. Le Conseil d'accord en matière de pied diabétique a pour mission de veiller à ce que les objectifs mentionnés à l'article 2 de la présente convention de rééducation soient réalisés, de contribuer au contrôle de la qualité, aussi bien au niveau du patient individuel et des établissements conventionnés qu'en ce qui concerne le système même d'intervention dans les frais des prestations de rééducation, dans le strict respect, évidemment, de la vie privée à tous les niveaux.

En outre, le Conseil d'accord a une tâche en ce qui concerne l'analyse de l'évolution des effectifs des bénéficiaires visés par la présente convention.

§ 4. Le Conseil d'accord en matière de pied diabétique est convoqué sur demande du Président ou de 3 membres du Conseil d'accord. Le Président convoque en tout cas le Conseil d'accord à la demande du Comité de l'assurance.

CHIFFRES DE PRODUCTION ET COMPTABILITE

Article 20.

§ 1. L'établissement tient un relevé exhaustif des prestations de rééducation fonctionnelle réalisées au sens de la présente convention.

§ 2. Sur la base des données du registre mentionné à l'alinéa précédent, l'établissement établit ses chiffres de production (soit le nombre de prestations effectuées, par type, multiplié par leurs prix respectifs). Avant la fin du mois suivant la fin de chaque trimestre, il transmet les chiffres de production relatifs à ce trimestre au moyen de l'application informatique que le Service des soins de santé a fait parvenir à cet effet. Chaque prestation effectuée ne peut figurer qu'une seule fois dans les chiffres de production. Les prestations dont il apparaît d'avance qu'elles ne sont pas remboursables (p.ex. parce qu'elles ne répondent pas aux conditions de la présente convention ou parce que le bénéficiaire est assuré en dehors du cadre de l'assurance obligatoire soins de santé) ne doivent pas figurer dans les chiffres de production.

L'établissement s'engage à présenter, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, tous les documents nécessaires à l'appui des chiffres de production communiqués. La communication volontaire de chiffres de production erronés entraînera une suspension de paiement par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

Si les chiffres de production ne sont pas envoyés avant la fin du deuxième mois qui suit la fin d'un trimestre, l'établissement sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production n'ont toujours pas été communiqués 30 jours civils après l'envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans les liens de la convention entre l'INAMI et l'établissement) sont suspendus d'office tant qu'il n'est pas satisfait à cet engagement.

Article 21.

§ 1. L'établissement hospitalier avec lequel la présente convention est conclue tient la comptabilité des prestations visées dans la présente convention, qui se compose d'une part des frais salariaux spécifiques de l'équipe de diabétologie définie à l'article 10 de la présente convention (coûts salariaux limités à la charge salariale de leurs activités dans le cadre de la convention) et, d'autre part, des factures adressées aux organismes assureurs (qui doivent aussi être regroupées clairement dans la comptabilité).

§ 2. A la demande explicite du Service des soins de santé, un récapitulatif de ces recettes et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention doit être transmis au Service des soins de santé suivant le modèle établi par celui-ci.

DISPOSITIONS SPECIALES

Article 22.

La personne morale (pouvoir organisateur) avec laquelle a été conclue la présente convention et qui gère l'établissement hospitalier dont fait partie l'établissement s'engage à veiller à ce que les fonds provenant de cette convention ne puissent être utilisés que pour son fonctionnement dans le cadre de la convention. L'affectation de ces moyens pour d'autres buts constitue un motif pour la dénonciation de la présente convention.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 23.

§ 1. Les accords individuels de prise en charge de la rééducation donnés avant l'entrée en vigueur de la présente convention (dans le cadre de l'avenant à la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré réglant la matière des cliniques du pied) restent valables pour la durée restante de la rééducation fonctionnelle accordée. A partir du 1er août 2008, tant des consultations interdisciplinaires que des séances de soutien peuvent être effectuées pour les patients concernés.

§ 2. Les demandes individuelles rédigées avant le 1er juillet 2008 doivent être traitées sur la base des critères qui étaient d'application dans l'ancienne réglementation (avenant à la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré réglant la matière des cliniques du pied).

§ 3. Pour la période allant du 1er juillet 2008 jusqu'au 31 juillet 2008, l'établissement ne peut porter en compte aux organismes assureurs que la consultation interdisciplinaire (telle qu'elle a été définie à l'article 14 § 2 de la présente convention). Pour ladite période, le prix de ladite consultation interdisciplinaire s'élève à 23,84 €.

Par conséquent, les prix des prestations remboursables fixés à l'article 15 ne peuvent être portés en compte qu'à partir du 1er août 2008 et la séance de soutien (telle qu'elle a été définie à l'article 14 § 3) ne peut être effectuée qu'à partir du 1er août 2008.

§ 4. L'augmentation du temps de travail du praticien de l'art infirmier prévu par l'article 10 § 4 de la présente convention (6 heures de praticien de l'art infirmier pendant 4 heures d'ouverture de la clinique du pied au lieu de 4 heures prévues antérieurement dans le cadre de l'avenant à la convention d'autogestion d'application jusqu'au 30 juin 2008) n'est obligatoire qu'à partir du 1er octobre 2008.

§ 5. L'interdiction de cumul (*prévue à l'article 16 § 2 de la présente convention*) entre d'une part, une prestation remboursable dans le cadre de la présente convention et d'autre part, une prestation de podologie (*prévue dans le cadre de la nomenclature de rééducation fonctionnelle*) et/ou une prestation de soins infirmiers (*prévue dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé*), n'entre en vigueur qu'à partir du 1er août 2008.

§ 6. En dérogation des dispositions de l'article 15 § 6, jusqu'au 1er octobre 2008, l'établissement n'est pas obligé de facturer aux organismes assureurs, au moyen de la bande magnétique de l'hôpital, les prestations remboursables dans le cadre de la présente convention. Le cas échéant, jusqu'au 1er octobre 2008, l'hôpital peut donc continuer à facturer ces prestations au moyen des anciens modèles de facture.

§ 7. L'ancien formulaire de demande de prise en charge du programme de rééducation peut être utilisé jusqu'au 30 septembre 2008 (cette date correspond à la date de réception de la demande auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur concerné). L'utilisation du nouveau formulaire (annexé à la présente convention) est toutefois souhaitée dès que l'établissement l'a en sa possession.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 24.

L'établissement s'engage à rémunérer les membres de l'équipe de diabétologie au moins selon les mêmes échelles salariales que celles du personnel de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie.

Le coût de l'occupation des praticiens de l'art infirmier et des podologues requis en vertu de l'article 10 de la présente convention, est supposé être supporté entièrement par l'établissement sur la base des ressources que l'établissement peut puiser dans la présente convention. Les fonctions des praticiens de l'art infirmier et des podologues prévues dans le cadre du personnel requis ne peuvent donc jamais être remplies (concernant l'horaire de travail prévu pour le cadre du personnel requis) par des praticiens de l'art infirmier et des podologues qui occuperaient ces fonctions dans le cadre d'un régime financier sur la base duquel d'autres organismes (publics) interviennent entièrement ou partiellement, directement ou indirectement dans la charge salariale.

Si des membres de l'équipe sont dispensés de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière, conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense de prestations de travail doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail d'autres membres de l'équipe, compte tenu des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement par l'INAMI de cette occupation compensatoire tombe hors du cadre de la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

Article 25.

§ 1. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, prend effet le 1er juillet 2008.

§ 2. La présente convention est valable pour une durée indéterminée. Toutefois, elle peut toujours être dénoncée par une des deux parties, quel que soit le motif (donc également pour des motifs qui ne sont pas mentionnés explicitement dans le texte de la convention), par une lettre recommandée à la poste qui est adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

§ 3. Si l'établissement ne dispose plus d'une convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré, la présente convention expire automatiquement et ceci dès que la convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré n'est plus en vigueur.

§ 4. Dans le cadre de la procédure visée à l'article 17 § 3 de la présente convention, il est possible de remplacer la présente convention par une autre convention afin de réaliser une extension du nombre d'heures d'ouverture de la clinique du pied et d'augmenter de ce fait également la capacité maximale de facturation et l'encadrement prévu.

§ 5. Les annexes à la présente convention font partie intégrante de celle-ci mais ne changent rien à ses dispositions proprement dites. Les annexes sont les suivantes :

- Annexe 1 : Formulaire de demande d'intervention dans le coût du programme de rééducation.
- Annexe 2 : Détail du calcul du prix du forfait de rééducation fonctionnelle.
- Annexe 3 : Protocole concernant l'augmentation des heures d'ouverture de la clinique du pied.
- Annexe 4 : Temps de travail consacré à la clinique du pied et capacité maximale en fonction des heures d'ouverture de la clinique du pied.

Pour ..... dont dépend ..... de .....,

(Date + signature)

Le Mandataire du pouvoir organisateur,

Le Médecin en chef,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé,

Bruxelles, le

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexe 2: L'avenant sur le convention d'IPQED-Pied

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963

AVENUE DE TERVUEREN 211 – 1150 BRUXELLES

SERVICE DES SOINS DE SANTE

Avenant à la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré signée le ..... entre ..... et le Comité de l'assurance des soins de santé – nommée ultérieurement «convention de base» dans le présent avenant – relatif à la mise à disposition par l'établissement de rééducation fonctionnelle élargi, nommé clinique curative du pied diabétique de troisième ligne – aux conditions arrêtées ci-dessous – de soins de pieds curatifs interdisciplinaires à des bénéficiaires diabétiques également décrits plus précisément ci-dessous.

Article 1er : Définition de la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne

1. Comme visé dans la présente convention, une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne est une équipe multidisciplinaire de diabétologie, telle que visée à l'article 8 de la convention de base, renforcée au moins par un médecin spécialiste en chirurgie, chirurgien vasculaire et/ou chirurgien orthopédique et/ou chirurgien plastique et/ou chirurgien général expérimenté en matière de chirurgie du pied, et un chausseur orthopédique, équipe qui peut présenter des lettres de créance en matière d'expérience et d'expertise comme arrêté ci-dessous.

2. Afin de pouvoir conclure le présent avenant et pour pouvoir faire mention d'une expérience et d'une expertise suffisantes, l'établissement de rééducation fonctionnelle conventionné doit avoir pris en charge, dans l'année précédant la date d'introduction de la demande de convention, au moins 52 nouveaux patients présentant un pied diabétique du degré Wagner 2 (pas de récidives) ou souffrant d'arthropatie neurogène (Charcot).

   Cette expérience et expertise doit être poursuivie à ce niveau selon la formule «clinique curative du pied diabétique de troisième ligne» : durant la première année au cours de laquelle l'avenant est appliqué, 52 nouveaux patients présentant un pied diabétique du degré Wagner 2 (pas de récidives) ou souffrant d'arthropathie neurogène (Charcot) doivent être pris en charge et 26 les années de validité suivantes.

3. Afin de porter en compte les prix et honoraires fixés ci-dessous qui entrent en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé, l'équipe visée sous le point 1, dont la composition nominative – en ce compris les éventuelles modifications – doit être communiquée au Service des soins de santé, aux bénéficiaires concernés, de même qu'à leurs référents, doit fonctionner de manière interdisciplinaire.

   On entend par fonctionnement interdisciplinaire le fait que pendant une demi-journée par semaine au moins 48 semaines par an, les personnes suivantes – présentes simultanément – prennent en charge les bénéficiaires comme stipulé plus loin :

   - le diabétologue ou, dans le cadre des droits «acquis», l'interniste responsable pour la convention de base concernée et le cas échéant un autre médecin spécialiste avec une qualification spéciale en matière de prise en charge du pied diabétique;
   - la «fonction» de chirurgien (chirurgien vasculaire et/ou chirurgien orthopédique et/ou chirurgien plastique et/ou chirurgien général expérimenté en chirurgie du pied) ;
   - le podologue;
   - le praticien de l'art infirmier diabétologique ;

- un chausseur orthopédiste cq bandagiste cq orthopédiste.

4. En outre, la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne est organisée de telle manière, au sein de l'hôpital auquel elle est liée (au sein du site hospitalier auquel elle est liée), qu'une « garde diabétique » est en permanence à disposition des bénéficiaires concernés, de leurs référents et autres dispensateurs de soins dans le sens de ce qui a été fixé sous « accessibilité – disponibilité » dans l'article 8 de la convention de base.

Article 2 : Définition du bénéficiaire

Les bénéficiaires des prestations dispensées par la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne visée à l'article 1er du présent avenant sont des bénéficiaires diabétiques présentant des lésions aux pieds.

Article 3 : Définition du programme curatif de soins de pieds

1. Chaque programme curatif de soins de pieds tel que visé dans la présente convention implique l'engagement effectif du médecin généraliste et du podologue traitant.

2. Chaque programme curatif de soins de pieds est individuel et est inscrit le cas échéant dans le passeport du diabète du bénéficiaire.

3. Chaque programme curatif de soins de pieds comporte au minimum une prestation telle que définie dans l'article suivant.

Article 4 : Définition de la prestation entrant en ligne de compte pour une intervention sur la base du présent avenant – Honoraires et prix – Régime de cumul

1. La prestation entrant en ligne de compte pour une intervention sur la base du présent avenant est la consultation interdisciplinaire de clinique du pied.

2. On entend par là chaque intervention auprès du bénéficiaire concerné d'au moins deux disciplines de l'équipe interdisciplinaire en fonction visée aux articles 1er, 3.

3. Pour une telle intervention, les honoraires de cette convention sont fixés à 21,85 euros, dont 95 % - soit 20,76 euros indexables et 5% - soit 1,09 euros non indexable. La partie indexable est associée à l'indice des prix à la consommation qui était en application le 30 novembre 2003. Elle est adaptée chaque année, le 1er janvier, conformément au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 30 novembre de l'année précédente.

4. Pour ces honoraires, aucun supplément d'honoraires ne sera demandé au bénéficiaire concerné ni par l'établissement de rééducation fonctionnelle, ni par un quelconque dispensateur de soins intervenant dans le cadre de la présente convention et qui est aussi rémunéré par ces honoraires (donc à l'exception d'un chausseur orthopédiste cq bandagiste cq orthopédiste).

5. En fonction des dispositions réglementaires concernées, les prix et les honoraires des prestations prévus dans la nomenclature des prestations de santé ou des prestations de rééducation fonctionnelle peuvent être portés en compte en plus de ces honoraires.

Pour ces mêmes dispensateurs de soins aucun supplément ne sera demandé sur ces honoraires et ces prix.

Article 5 : Enveloppe financière relative à l'avenant

Chaque clinique curative du pied diabétique de troisième ligne qui signe le présent avenant peut, par année civile, porter en compte au maximum 576 (*) fois la prestation comme décrit dans l'article 4 du présent avenant. Pour l'année d'entrée en vigueur du présent avenant, le nombre s'élève à (= x/douzièmes).

Article 6 : Dispositions particulières

Le Conseil d'accord, comme mentionné dans l'article 9 de la convention de base, évalue le fonctionnement de la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne sur la base des paramètres suivants : nombre et type de bénéficiaires pris en charge ainsi que le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire.
Cette évaluation s'effectue sur un rapportage tel qu'établi par le Conseil d'accord. Ce rapportage est transmis au Conseil d'accord par chaque clinique curative du pied diabétique de troisième ligne dans les trois mois qui suivent une année civile complète.

Article 7 : Dispositions administratives

La demande d'intervention d'un programme curatif de soins de piedscest effectuée au moyen du formulaire spécifique mentionné dans l'article 9 de la convention de base et d'une prescription médicale.

Article 8 : Dispositions de validité

Le présent avenant, fait en deux exemplaires et dûment signé par les deux parties, entre en vigueur le … et fait partie intégrante de la convention de base.

La date butoir est fixée par l'article 24, § 2, alinéa 1er de la convention de base.
Le présent avenant peut toujours être dénoncé par une des deux parties au moyen d'une lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, sous réserve d'un délai de préavis de 3 mois à compter du premier jour du mois qui suit la date d'expédition de la lettre recommandée.

Sera considéré comme motif de dénonciation du présent avenant, le constat de ce que le nombre requis de nouveaux patients présentant un pied diabétique (pas de récidives), comme mentionné dans les articles 1er et 2 du présent avenant, n'est pas atteint.

(*) 12 patients par demi-journée/semaine x 48 semaines par an = 576 fois

Pour le pouvoir organisateur,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé,

Date et signature

Bruxelles, le

Le Mandataire du pouvoir organisateur,

(Nom et fonction)

Le Fonctionnaire Dirigeant f.f.,

Dr G. Vereecke
Médecin-inspecteur général

Le(s) médecin(s) responsable(s)

(Nom et fonction)

Annexe 3 : Variables démandés

Données stables

Cliquez sur le bouton 'Introduction' pour entrer les données stables

- "*nom*" et"*prénom*" patient
- "*sexe*": H(omme) ou F(emme)
- "*Date de naissance*": jj/mm/aaaa
- "ID du *patient*": Optionnelle et seulement pour plus de confort dans l'encodage
- "*Type de diabète*": choisissez entre 'Type 1', 'Type 2', 'Autre type' (p.e. secondaire d'une autre maladie) et 'Inconnu' (si la cause n'est pas claire ou inconnue)
- "*Année du diagnostic du diabète*": l'année de diagnostic du diabète
- "*Code Postal*": Donnez le code postal actuel du patient
- "*Code ISP*" : Quand vous cliquez un code ISP sera créé

Données Cliniques

Cliquez sur le bouton 'Introduction', choisissez un patient, et indiquez s'il concerne un dossier présent ou nouveau.

Vous trouvez ici une explication sur la collecte de données.

Situation au moment du diagnostic

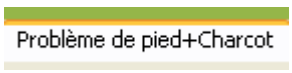
- "Traitement par insuline": Indiquez si le patient était traité par insuline au moment du diagnostic du problème de pied (non-oui)
- "Situation tabagique": Indiquez si le patient est un non-fumeur, ex-fumeur (a arrêté de fumer depuis plus d'un mois) ou un fumeur.

Complications: Indiquez (non-oui) si le patient a un antécédent de:

- Insuffisance Rénale (créatinine >1.5 mg/dl ⇒ oui)
- Une transplantation rénale et/ou dialyse
- Accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire/Infarctus du myocarde, Percutaneous Coronaire Intervention (PCI) ou Coronary Artery Bypass Graft (CABG)
- Revascularisation des membres inférieurs: toute opération chirurgicale ouverte, tout traitement endovasculaire au niveau des artères des membres inférieurs
- Amputation Mineure
- Amputation Majeure: une amputation à partir de la cheville
- Une lésion diabétique au(x) pied(s): lésion du pied consécutive à une neuropathie et/ou une vasculopathie, étant entendu qu'un ongle incarné, une ampoule ou une cloque en sont exclus)

Déterminations cliniques et traitement

- Indiquez (non-oui) si l'HbA1c et/ou le profil lipidique du patient est connu: ces informations peuvent aussi venir d'un autre département ou institution
- Indiquez (non-oui) si le patient est traité aux hypolipémiants ou aux anti-agrégants ou anticoagulants



Type du problème de pied

De quel problème de pied s'agit-il?

- Charcot Actif: Inflammation (rougeur, chaleur et oedème) du pied avec ou sans déformation du pied ou changements morphologiques; l'ostéomyélite est exclue
- Lésion: une lésion avec un degré Wagner >=2 (ulcère profond sans atteinte osseuse)
- Lésion et Charcot Actif
- Lésion et Charcot inactif

Combien de semaines avant la première consultation le problème est-il apparu?
Encodez ici la date de la première consultation dans votre clinique de pied relative au problème de pied. Obligatoire!
Par qui/quelle instance le patient a-t-il été référé?

- 1ère ligne (médecin généraliste, infirmier, podologue,…)
- 2e ligne – Par un spécialiste de votre propre hôpital
  - Par un spécialiste de votre service
  - Par un spécialiste d'un autre service
- 2e ligne – par un spécialiste en dehors de votre hôpital
- Initiative du patient
- Par une autre clinique de pied

Données du Charcot Actif

Y-a-t-il eu immobilisation de la jambe jusqu'au genou pour le traitement du Charcot Actif?

- Non

- Oui, par Total Contact Cast
- Oui, par un autre moyen de décharge

Quelle a été la durée totale d'immobilisation du Charcot Actif? Vous pouvez donner le nombre de mois réel, même si l'immobilisation était > 6 mois.
Une chirurgie spécifique du Charcot a-t-elle été réalisée? (Non-Oui)
Une lésion est-elle apparue suite au Charcot?

- Non
- Oui, sur un point de pression Charcot
- Oui, hors d'un point de pression Charcot

} Si oui:

  - Avait-il une ostéomyélite ?
  - Une amputation a t'elle été nécessaire et réalisée?
    - Non
    - Oui, une amputation mineure
    - Oui, une amputation majeure

PEDIS

Classification PEDIS de la lésion plus sévère

Perfusion:

- Degré 1: Pas de modifications périphériques (palpable pulses et/ou ABI 0.9-1.10 et/ou TcpO2>60 mmHg)
- Degré 2: Ischémie sub-aiguë (No palpable pulses et/ou ABI<0.9 et/ou TcpO2 30-60 mmHg
- Degré 3: Ischémie aiguë (no palpable pulses and presence of clinical signs of severe ischemia et/ou systolic ankle blood pressure <50 mmHg et/ou TcpO2<30 mmHg

Surficie: Donnez une estimation de la surface (cm²) de la lésion
Profondeur:

- Degré 1: Superficiel
- Degré 2: Profond (fascia, muscle or tendon)
- Degré 3: Jusqu'à l'os

Infection:

- Degré 1: Pas d'infection
- Degré 2: Infection superficielle (erythema<2cm)
- Degré 3: Infection profonde (erythema>2cm ou abcess, osteomyelitis, arthritis, fascitis)
- Degré 4: Infection systémique (toxic; T°, leucocytosis (>12000 ou <4000/cu mm); 10% immature (band) forms

Sensibilité:

- Degré 1: Normale
- Degré 2: Perte de la proprioception (monofilament, négative on 2 out of 3 sites et/ou 128Hz tuning fork négative et/ou vibration treshold>25V)

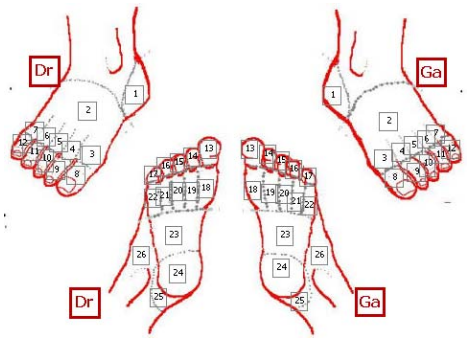
WAGNER

En cas de lésion/gangrène, donnez la classification de Wagner:

- Degré 2: Ulcère profond sans atteinte osseuse
- Degré 3: Abcès et atteinte osseuse
- Degré 4: Gangrène locale (p.e. orteils, talon)
- Degré 5: Gangrène de l'ensemble du pied

Localisation pied

Localisation de la zone la plus importante
Pied: 'Gauche' ou 'droit'
Numérotation: entre 1 et 26 (cfr. Figure ci-dessous)



Répondez aux questions suivantes avec 'non' et 'oui'

- En cas de lésion d'orteil: est-elle inter-digitale ?
- La localisation en question déborde-t-elle de la zone impliquée ?
- Existe-t-il plusieurs lésions au niveau du même pied?
- Existe-t-il une ou d'autres lésion(s) à l'autre pied?

Traitement lésion

Traitement lésion (jusqu'à 6 mois après la première consultation)

Quelles interventions podologiques ont été réalisées ?

- Aucune
- Orthoplastie
- Examen podologique bioméchanique

Est-il prévu un moyen de décharge ? Indiquez tous les types de moyen de décharge qui ont eu lieu

- Non
- Oui, par Total Contact Cast
- Oui, autre (pas par TCC) pour le pied et la jambe
- Oui, pour le pied
- Oui, seulement autour de la lésion (p.e. feutre,…)

Une angiographie a-t-elle été réalisée ? Quand il y a eu aussi bien une angiographie qu'un Duplex veuillez cocher l'angiographie

- Oui
- Non, mais une angiographie récente (< 6 mois) était disponible
- Non, mais un Duplex artériel
- Non

Une revascularisation des membres inférieurs a-t-elle été entreprise? Si oui, spécifiez le type (traitement endovasculaire [ballon de dilatation/stent, cryo, laser] ou une opération chirurgicale ouverte) et le niveau (aorto-iliaque, femoro-poplité ou infra-poplité)

Une chirurgie orthopédique a-t-elle été entreprise?

- Non
- Correction d'hyperpression
- Débridement (pour l'assainissement de la lésion)
- Amputation mineure
- Amputation majeure (si oui, donnez la date d'exécution)

La lésion a-t-elle été traitée par thérapie par pression négative? (Non-Oui)

Situation suivi

Statut ± 6 mois après la 1ère consultation

Indiquez le statut au moment de la consultation qui est la plus proche de la période de suivi de 6 mois si le patient a été suivi pendant au moins 6 mois. Indiquez le statut au moment de la dernière consultation si le patient a été suivi pendant < 6 mois. La lésion/gangrène/amputation est-elle guérie (épithélialisation complète et une amputation mineure réussie et guérie. Une amputation majeure n'est pas considérée comme une guérison)

- Non
- Oui; donnez la date de guérison

Le Charcot a-t-il été 'refroidi' dans les 6 mois (disparition des signes d'inflammation (rouge, œdème) et de la différence de température avec le pied controlatéral, déterminé par palpation ou un thermomètre infrarouge (différence <=1°C))

Donnez la date de la dernière consultation pour le problème de pied actuel. Obligatoire!

Décès et nouveau problème de pied (Charcot ou Wagner ≥2)

Si applicable, donnez la date du décès

Le patient est-il revenu dans les 6 mois qui ont suivi la 1ère consultation pour:

- Une nouvelle lésion (d'un degré Wagner >=2)
  - Non
  - Oui, au même endroit (récidive = lésion qui apparait dans le mois qui suit la guérison)
  - Oui, ipsilatérale
  - Oui, contralatérale
- Un nouveau Charcot? (Non-Oui)

Moyens préventifs prévus relatifs aux chaussures

Indiquez si dans les 6 mois après la 1ère consultation 1 ou plusieurs des chaussures suivantes ont été prévues pour l'intérieur et l'extérieur: Non; Semelles orthopédiques; Bonnes chaussures de ville; Chaussures/sandales semi-orthopédiques; Chaussures/sandales orthopédiques

D/2011/2505/5