

PRÉVENTION DES TROUBLES TROPHIQUES EN DIALYSE



Sylvie BARBATE, Audrey BOF, Infirmières, Association pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale, CARPENTRAS

En France, 2,2 millions de personnes souffrent de diabète de type II (3,8% de la population), dont 19% sont insuffisants rénaux et 9,9% présentent des ulcérations aux pieds¹.

Le diabète de type II est la première cause d'insuffisance rénale (d'après le registre rein 2013, 15 à 40% des insuffisants rénaux sont diabétiques en France selon les régions)².

Le syndrome du « pied diabétique » représente une complication sévère et majeure du diabète et peut conduire à une amputation (environ 9000 diabétiques sont amputés en France chaque années). On estime que 85% des amputations, chez des patients diabétiques, sont précédées d'une lésion ulcérée du pied³.

En France la Haute Autorité de Santé (HAS), a rédigé plusieurs recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge du diabète. Elle insiste sur une évaluation du risque podologique et une prise en charge adaptée selon le grade de risque⁴.

De plus, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 50% des amputations pourraient être évitées par un dépistage efficace et adapté⁵.

Considérant que beaucoup de patients dialysés sont diabétiques, il faut additionner les risques de complications liées aux deux maladies et on peut ainsi comprendre pourquoi ils ont un risque accru d'amputations. Des études démontrent que l'insuffisant rénal diabétique court 6,5 à 10 fois plus de risques d'être amputé que le diabétique sans insuffisance rénale terminale

La littérature démontre qu'en début de traitement, environ 10% des patients ont déjà un historique d'amputation du membre inférieur⁶.

L'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT) et son traitement lourd sont responsables de complications cardio-vasculaires et neurologiques sévères. Le pied, n'étant pas une priorité, il a longtemps été oublié et négligé par le patient et les soignants qui le prennent en charge.

C'est après avoir vécu plusieurs expériences malheureuses d'amputations, au sein de notre service, qu'un

dépistage systématique des troubles trophiques a été mis en place en 2009 auprès de tous nos patients diabétiques et/ou artéritiques.

Ce dépistage consiste en un examen mensuel basé sur trois grands critères :

- La bonne hygiène des pieds
- L'état cutané
- L'état des ongles

Chacun étant détaillé par de nombreux points d'observation.

Ces données sont recueillies par les infirmières sur une feuille de surveillance (annexe 1), intégrée au dossier de soins du patient.

Le médecin a, au préalable, rempli une fiche d'observation initiale des troubles trophiques (annexe 2), selon la gradation du risque podologique mise au point par l'International Working Group on Diabetic Foot (IWGDF) qui permet de classer le patient selon la sévérité de son état⁷.

Aujourd'hui, après six ans de dépistage des troubles trophiques chez nos patients diabétiques, il était intéressant d'en faire un état des lieux pour nous permettre d'évaluer son efficacité.

En effet, ce travail est le résultat d'un recueil et d'un traitement des données cliniques relevées par les infir-

mères lors des examens mensuels des pieds.

Leur analyse a pu nous permettre d'apprécier l'impact positif de la prévention en termes d'évolution des plaies et du nombre d'amputations chez nos patients.

ÉTUDE

► Contexte

Le centre d'hémodialyse de Carpentras comprend un centre lourd et un centre d'Unité de Dialyse Médicalisée (UDM), gérés par l'Association pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale (ATIR) et pouvant accueillir jusqu'à 137 patients.

Actuellement, nous en traitons 107, dont 43 diabétiques, soit 40% de la population du centre. Ce qui est une proportion élevée par rapport à la moyenne nationale qui est comprise entre 10 et 40% selon les régions².

Notre population de patients est vieillissante, la moyenne d'âge est de 74 ans et nous comptons 62% d'hommes. En France, la moyenne d'âge des patients diabétiques est de 66 ans et 54% sont des hommes⁸. Les centres d'hémodialyse sont des services qui demandent une grande spécificité technique de la part du personnel.

Une formation initiale de 8 semaines est nécessaire pour une infirmière qui débute en hémodialyse. Cette formation est surtout centrée sur l'apprentissage de l'utilisation du générateur de dialyse, sur la compréhension des paramètres et sur la gestion des problèmes hypo-volémiques très fréquents lors des séances de dialyse.

De plus, les patients en insuffisance rénale terminale présentent de nombreuses pathologies et co-

morbidités lourdes, et l'examen des pieds n'est pas une priorité pour l'équipe soignante.

En effet, il y a seulement six ans qu'une action de prévention a été mise en place dans le service après plusieurs expériences malheureuses d'amputations chez nos patients.

Un groupe de travail, comprenant un médecin, un cadre de santé, des infirmières et un qualicien, a travaillé sur l'élaboration d'une feuille de surveillance qui a servi de support pour l'examen des pieds. Depuis, tous les patients diabétiques et artéritiques sont examinés mensuellement par les infirmières et les paramètres sont relevés sur cette feuille.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

J'ai réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique de la prise en charge du « pied diabétique » chez 15 patients surveillés depuis le début de la mise en place de la prévention des troubles trophiques des pieds diabétiques dans le service d'hémodialyse de Carpentras.

Une interprétation des données cliniques, relevées sur les fiches de surveillance des pieds, a permis d'en faire une synthèse et une analyse. Ces données, comparées à des données épidémiologiques, nous ont donné une idée de l'efficacité de notre action de prévention.

Enfin, la comparaison de leurs synthèses a mis en évidence l'évolution de l'état cutané de nos patients depuis la mise en place de la prévention des troubles trophiques.

Les données anciennes de la fiche de surveillance (2010, 2011 et 2012) ayant déjà été traitées par notre qualicien, j'ai dû en faire de même pour les années 2013, 2014

et 2015 :

- Relever et saisir toutes les réponses de chaque fiche de surveillance pour chaque patient et par année, dont les items renseignés par oui/non sur la fiche de surveillance sont :

- Bonne hygiène.
- Autonomie à la toilette.
- Peau sèche.
- Rougeurs.
- Hyperkératose.
- Chaussures blessantes.
- Cors.
- Plaies.
- Mycoses interdigitales.
- Onychomycoses.
- Ongles incarnés.
- Entretien.
- Podologue.

- Les regrouper en 3 critères principaux :

- Hygiène et autonomie du patient.
- État de la peau.
- État des ongles.

- Les traiter sur Excel sous forme de pourcentages, en fonction du nombre de réponses satisfaisantes, afin d'en faire une synthèse qui a, ensuite, permis de faire un classement des patients par rapport à l'état cutané de leurs pieds.

► Population étudiée

La sélection porte sur un groupe de patients diabétiques et/ou artéritiques examinés mensuellement dans le cadre de la surveillance des troubles trophiques par les infirmières du service d'hémodialyse de Carpentras sur la période allant de 2009 à 2015.

Actuellement, nous comptons 43 patients concernés.

La survie d'un dialysé à 5 ans est de 51% et il existe en plus une surmortalité chez les patients diabétiques².

En 2009, la prévention a débuté avec 34 patients, 15 d'entre eux sont toujours présents, ce qui représente 44% et ont été surveillés sur les six années.

Tableau 1 :
Description
de la population
étudiée

Caractéristiques	% (15 patients)	
Âge	76 ans (56-94 ans)	
Sexe	Hommes	10 patients 67%
	Femmes	5 patientes 33%
Antécédent de plaies	10 patients 67%	
Antécédent d'amputation	1 patient 7%	
Grade	Grade 0	3 patients 20%
	Grade 1	0 patients
	Grade 2	10 patients 67%
	Grade 3	2 patients 13%

Résultats et synthèses des données

► **Données des fiches de surveillance des trois dernières années (2013, 2014 et 2015)**

Le nombre de fiches traitées et analysées était de 290 au lieu de 540 attendues, ce qui représente 54% des fiches qui auraient dû être remplies.

Le recueil porte sur la globalité des fiches et toutes les données étaient renseignées.

Tous les patients ont été examinés au moins une fois par trimestre.

On retrouve une bonne hygiène et une autonomie suffisante chez 73% des patients avec 76 à 100% de réponses satisfaisantes. Les 4 patients restants (27%), n'ont que 34 à 50% de réponses satisfaisantes et donc une hygiène et une autonomie insuffisante.

Nos 15 patients présentent un état cutané satisfaisant avec 47% qui comptabilisent 76 à 100% de réponses satisfaisantes et 53% d'entre eux avec 51 à 75%.

On retrouve les mêmes résultats en ce qui concerne l'état des ongles. Des plaies sont notées dans 42 observations sur 298, soit 14% des observations des pieds. 8 patients totalisent l'ensemble des plaies relevées, soit 53% des 15 patients sélectionnés pour l'étude.

6 de ces patients ont nécessité le suivi de leur plaie avec la mise en place d'une fiche de pansement (annexe 3).

2 des 8 patients ont nécessité une amputation d'orteils à la suite de leur plaie. Cela représente 13,3% d'amputation sur 6 ans, soit 2,2% par an, ce qui est très en dessous des données observées dans la littérature⁹.

Alors que les mêmes publications démontrent une survie de 45% à deux ans après une amputation d'orteils, nos patients ont, eux, bénéficié d'une évolution favorable avec une cicatrisation complète dans les semaines qui ont suivi.

Tableau 2 : Synthèse des données 2013, 2014 et 2015 en % de réponses satisfaisantes

	Âge	Grade	Hygiène / Autonomie	Peau	Ongles	Synthèse 2013, 2014 et 2015
Patient 1	75	II	34	51	95	60
Patient 2	56	II	49	72	63	61
Patient 3	83	0	50	76	76	67
Patient 4	70	II	50	78	65	64
Patient 5	66	III	82	63	67	70
Patient 6	77	II	72	68	74	71
Patient 7	88	III	100	62	74	78
Patient 8	83	II	98	76	64	79
Patient 9	62	II	98	73	66	79
Patient 10	65	0	100	56	86	80
Patient 11	81	II	95	82	76	84
Patient 12	81	II	86	65	100	84
Patient 13	91	II	100	83	83	89
Patient 14	94	0	100	80	97	92
Patient 15	64	II	100	87	97	95

Taux de réponses satisfaisantes :

De 0 à 25% De 26 à 50% De 51 à 75% De 76 à 100%

Tableau 3 : Synthèse 2010

	Hygiène/autonomie	Peau	Ongles	Synthèse
Patient 1	50	60	47	52
Patient 2	68	67	90	75
Patient 3	100	50	67	72
Patient 4	100	94	93	96
Patient 5	75	58	97	77
Patient 6	100	68	80	83
Patient 7*				
Patient 8*				
Patient 9*				
Patient 10*				
Patient 11	84	86	90	87
Patient 12*				
Patient 13*				
Patient 14	100	75	83	86
Patient 15	100	90	67	86

Taux de réponses satisfaisantes :

De 0 à 25%	De 26 à 50%	De 51 à 75%	De 76 à 100%
------------	-------------	-------------	--------------

*Les patients n'étant pas renseignés n'étaient pas encore présents en dialyse.

Tableau 4 : Synthèse 2011 et évolution par rapport à 2010

	Hygiène/autonomie		Peau		Ongles		Synthèse	Évolution
Patient 1	63	↑	75	↑	56	↑	64	↑
Patient 2	45	↓	84	↑	83	↑	71	↓
Patient 3	50	↓	58	↑	100	↑	69	↓
Patient 4	90	↓	96	↑	93	→	93	↓
Patient 5	80	↑	78	↑	80	↓	79	↑
Patient 6	83	↓	78	↑	74	↓	78	↓
Patient 7	92		72		56		73	
Patient 8	100		80		100		93	
Patient 9	100		90		83		91	
Patient 10	100		60		100		87	
Patient 11	95	↑	87	↑	91	↑	91	↑
Patient 12	100		70		83		80	
Patient 13								
Patient 14	100	→	94	↑	100	↑	98	↑
Patient 15	100	→	92	↑	93	↑	95	↑

Taux de réponses satisfaisantes :

De 0 à 25%	De 26 à 50%	De 51 à 75%	De 76 à 100%
------------	-------------	-------------	--------------

Évolution

↓	→	↑
Dégradation	Constante	Amélioration

Tableau 5 : Synthèse 2012 et évolution par rapport à 2011

	Hygiène/autonomie		Peau		Ongles		Synthèse	Évolution
Patient 1	100	↑	80	↑	33	↓	71	↑
Patient 2	75	↑	100	↑	100	↑	92	↑
Patient 3	75	↑	80	↑	100	→	92	↑
Patient 4	100	↑	100	↑	100	↑	100	↑
Patient 5	50	↓	60	↓	67	↓	59	↓
Patient 6	100	↑	80	↑	83	↑	87	↑
Patient 7	100	↑	67	↓	78	↑	81	↑
Patient 8	100	→	80	→	100	→	93	→
Patient 9	100	→	87	↓	67	↓	85	↓
Patient 10	100	→	40	↓	100	→	80	↓
Patient 11	100	↑	100	↑	83	↓	94	↑
Patient 12	100	→	65	↓	92	↑	86	↑
Patient 13	100		80		100		93	
Patient 14	100	→	80	↓	100	→	93	↓
Patient 15	100	→	80	↓	100	↑	93	↓

Taux de réponses satisfaisantes :

De 0 à 25%	De 26 à 50%	De 51 à 75%	De 76 à 100%
------------	-------------	-------------	--------------

Évolution

↓	→	↑
Dégradation	Constante	Amélioration

Tableau 6 : Synthèse et évolution de chaque année

	Synthèse 2010	Synthèse 2011	Évolution	Synthèse 2012	Évolution	Synthèse 2013 2014 et 2015	Évolution
Patient 1	52	64	↓	71	↑	60	↓
Patient 2	75	71	↓	92	↑	61	↓
Patient 3	72	69	↓	92	↑	67	↓
Patient 4	96	93	↓	100	↑	64	↓
Patient 5	77	79	↑	59	↓	70	↑
Patient 6	83	78	↓	87	↑	71	↓
Patient 7		73		81	↑	78	↓
Patient 8		93		93	→	79	↓
Patient 9		91		85	↓	79	↓
Patient 10		87		80	↓	80	→
Patient 11	87	91	↑	94	↑	84	↓
Patient 12		80		86	↑	84	↓
Patient 13				93		89	↓
Patient 14	86	98	↑	93	↓	92	↓
Patient 15	86	95	↑	93	↓	95	↑

Taux de réponse satisfaisantes :

De 0 à 25%	De 26 à 50%	De 51 à 75%	De 76 à 100%
------------	-------------	-------------	--------------

Évolution

↓	→	↑
Dégradation	Constante	Amélioration

Il apparaît nettement que l'évolution générale d'année en année est de plus en plus négative, avec 27% de dégradation la 1^{ère} année qui passe à 80% cinq ans après en 2015. Cette évolution peut s'expliquer par le vieillissement de nos patients et l'évolution des multiples comorbidités (problèmes cardio-vasculaires, dénutrition et déshydratation).

DISCUSSION

L'analyse des données des feuilles de surveillance des troubles trophiques, dans le service d'hémodialyse de Carpentras, a permis de recueillir des informations sur l'état cutané des pieds de nos patients, ainsi que sur le bon déroulement et l'impact positif de la prévention.

Toutefois, les résultats, obtenus lors des synthèses, reflètent l'état cutané d'un nombre réduit de patients car il est difficile de les suivre sur du long terme du fait du faible taux de survie en dialyse qui a été chez nous de 44% de 2010 à 2015. Elle est de 51% sur 5 ans en France avec une surmortalité pour les patients diabétiques selon les données nationales².

En effet, 15 patients paraissent être un faible échantillon pour un service d'environ 110 patients, alors que nous surveillons 43 patients diabétiques, mais cette sélection était nécessaire pour pouvoir constater une évolution sur plusieurs années. De plus, seulement 54% des feuilles de surveillance ont pu être traitées car il apparaît que certains patients ne sont pas examinés systématiquement tous les mois et que certaines fiches peuvent se perdre.

Il semble aussi que ce sont les patients les moins à risque qui sont les moins surveillés et que les infirmières font donc une sélection par rapport à leur connaissance des patients.

Ceci peut s'expliquer par le besoin des infirmières de donner du sens à leurs gestes, et les examens sys-

tématiques ne s'inscrivent pas dans une démarche logique pour elles.

Des formations sur « le pied diabétique » et l'importance de la prévention pourraient permettre une plus grande implication des infirmières car le dépistage des troubles trophiques n'est pas une priorité dans un service d'hémodialyse.

Les données des feuilles de surveillance pourraient être saisies dans le dossier informatique du patient, au même titre que la fiche de séance de dialyse, ce qui éviterait tout risque de perte de données et qui permettrait un traitement plus régulier de celles-ci.

Les synthèses et le classement des patients à hauts risques pourrait nous aider dans la réorganisation des examens, en priorisant certains patients pour les examens mensuels des pieds et peut être sur une prévention plus basée sur de l'information et de l'éducation pour les patients les moins à risques.

En ce qui concerne les résultats qui démontrent l'apport bénéfique de la prévention, ils montrent une nette diminution de la présence de plaies qui est de 47% sur 5 ans. On note qu'elles représentent 14% des observations sur 2013, 2014 et 2015, alors qu'elles représentaient 30% des observations lors de la 1^{ère} année de dépistage en 2009.

De plus, la majorité des plaies a été prise en charge dès leur apparition, et seulement deux amputations d'orteils ont été relevées.

Le taux d'amputations, qui a été de 2,2% par an, est bien en dessous du taux de 4% retrouvé dans les publications⁸.

CONCLUSION

Cet état des lieux a permis de mettre en évidence l'apport bénéfique de notre programme de dépistage des patients à risques de lésions

ulcérées du pied. Ceci malgré un état cutané qui se dégrade chaque année, lié à leur vieillissement et à l'évolution de leur maladie.

Nos résultats en nombre d'amputations sont nettement inférieurs aux données épidémiologiques retrouvés dans la littérature, qui donnent un taux de 5% d'amputations par an chez des patients diabétiques, pouvant être supérieur de 10% chez des patients également insuffisants rénaux.

De plus, aucun décès n'a été relevé chez nous alors que la même étude démontre que deux tiers des patients décèdent dans les deux ans qui suivent la première amputation⁹.

On note toutefois que seulement 54% des fiches de surveillance ont été relevées. Ce qui peut s'expliquer par un manque d'intérêt pour les examens des pieds auprès des infirmières.

Il a donc été nécessaire d'y réfléchir et d'y apporter des améliorations :

- Une infirmière référente « plaies » a été mise en place avec un rôle d'information et de conseil auprès de ses collègues. Son expertise (Diplôme Universitaire Plaies et Cicatrisation) lui a aussi permis, en accord avec la direction et les médecins de prescrire les dispositifs médicaux nécessaires au traitement des plaies.

- Les examens des pieds ont été réorganisés pour chaque patient, selon son grade de risques, et prescrit par le médecin de manière individuelle dans le dossier informatique. Il doit ensuite être validé sur le plan de soin par l'infirmière. Ceci pour que la prévention des troubles trophiques des pieds des patients diabétiques ne soit pas vécue seulement comme un examen systématique de routine, mais s'inscrive dans un vrai programme de prévention et de collaboration avec les différents p r o -

fessionnels de santé intervenants auprès des patients diabétiques.

- Une sensibilisation et des formations spécifiques sur le « pied diabétique » pourraient être à envisager pour une plus grande implication.

Ce travail représente une source de données importantes qui permettra de faire des évaluations futures afin de toujours améliorer nos pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jaffiol C. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, « La gestion du diabète de type II en France », Pubmed.
2. Société de Néphrologie, Rapport REIN 2013. Disponible sur : http://www.agencebiomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_rein2013.pdf
3. Schlienger J.L., « Type 2 diabetes complications », Presse Med, May Review French 2013. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23528336>
4. Haute Autorité de Santé, « Rapport sur le pied diabétique ». Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../rapport_pied_diabetique.pdf
5. Organisation Mondiale de la Santé, « Diabet- World Health Organisation ». Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr>
6. Pananas N., Liakopoulos V., Maltezos E., Stefanidis I., « The diabetic foot in end stage renal disease France », Pubmed.
7. International Working Groupe on Diabetic Foot. « Recommandations pratiques quant à la prise en charge et la prévention du pied diabétique ». Basé sur le consensus international sur le pied diabétique 2011. Disponible sur : <http://www.sfdiabete.org/sites/default/files/Pdf/RecosRéférentiels/RecommandationsIWGDF2011.pdf>
8. Etude « ENTRED » 2007-2010. INPES. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/rapportentred.pdf>

9. Eggers P.W., Gohdes D., Pugh J., « Non traumatic lower extremity amputations in the Medicare end-stage renal disease population ». Kidney Int 1999. CrossRef Medline Web of Sciences. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10504504>

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de prévention et dépistage des troubles trophiques

Annexe 2 : Fiche d'observation initiale des troubles trophiques

Annexe 3 : Fiche pansement

Annexe 1 :

PREVENTION ET DEPISTAGE DES TROUBLES TROPHIQUES

Identité patient :

Date :

IDE :

Indiquer par le numéro correspondant la localisation de l'atteinte sur le schéma.

- 1 – Bonne hygiène : Oui Non
- Autonome à la toilette : Oui Non
- 2 – Peau sèche : Oui Non
- 3 – Rougeurs : Oui Non
- 4 – Hyperkératose : Oui Non
- 5 – Cor : Oui Non
- 6 – Mycoses interdigitales : Oui Non

- 7 – Ongles :
 - Onychomycose Oui Non
 - Incarnés Oui Non
 - Entretenus Oui Non

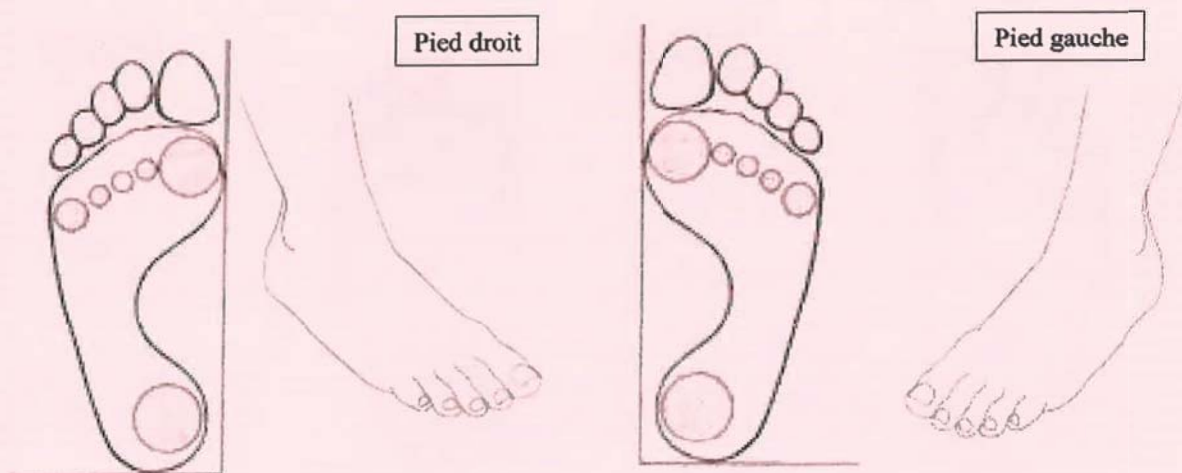
8 – Chaussures blessantes : Oui Non

9-Autres :

10 - Podologue Oui Non

11 – Plaies : Oui Non

Fiche pansement suivi ATIR Fiche pansement suivi ILHUP



Infos/Prévention/Actions	
Observations signalées au médecin	
Le :	Médecin :

Fiche d'observation initiale troubles trophiques

Identité patient :

Date :

Artéritique : Oui Non

Diabétique : Oui Non

Non Artéritique et Non Diabétique : Oui

Malformation :

Hallux valgus Oui Non Pied Gauche Pied Droit

Orteils en griffe Oui Non Pied Gauche Pied Droit

Déformation du pied Oui Non Pied Gauche Pied Droit

HISTORIQUE : (Plaie, Amputation, suivi...)

Date	

Classification

Grade 0 : Aucune lésion

Grade I : Neuropathie

Grade II : Neuropathie sensitive associée à une artériopathie des membres inférieurs et/ou une déformation du pied.

Grade III : Antécédent d'ulcération du pied ou d'amputation de membres inférieurs.

Infos :

L'Assurance Maladie rembourse les soins et actes de prévention des patients diabétiques de grades 2 et 3 (gradation du groupe international de travail sur le pied diabétique)

-4 séances par an au maximum pour les patients présentant des lésions de grade 2

-6 séances par an au maximum pour les patients présentant des lésions de grade 3

Annexe 3 :

FICHE PANSEMENT ATIR CARPENTRAS

Nom : _____
Prénom : _____

Date							
Localisation							
Photo (x)							
Taille (cm)	Longueur						
	Largeur						
	Profondeur						
Etat de la plaie (0% - 25% - 50% - 75% - 100%)	Désépidermisation						
	Fibrine						
	Nécrose						
	Bourgeonnement						
	Epidermisation						
Etat de la plaie (x)	Suitement						
	Décollement						
	Atone						
	Plus						
	Contact osseux						
Aspect des berges de la plaie (x)	Inflammatoire						
	Œdème						
	Macération						
	Sècheresse						
Douleur (x + EVA)	Permanente						
	Pendant les soins						
	Après les soins						
	Traitement						
Evolution (x)	Amélioration						
	Aggravation						
	Stagnation						
	Ne sait pas						
Action (x)	Nettoyage						
	Irrigation						
	Détersion mécanique						
	Scarification						
	Méchage						
	Autre						
Matériel Pst (x)	Prélèvement BCT						
	Hydrocolloïde						
	Interface						
	Hydrocellulaire						
	Hydrofibre						
	Alginate						
	Hydrogel						
	Charbon						
Argent							
Autre							
Emargement							

K:\Daniela\organisation ide\projet fiche pensement\fiche pensement.xlsx