



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**LE PIED DE LA PERSONNE ÂGÉE : APPROCHE MÉDICALE
ET PRISE EN CHARGE DE PÉDICURIE-PODOLOGIE**

RECOMMANDATIONS

JUILLET 2005

SERVICE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de la HAS est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été rendu finalisé en juillet 2005.

Haute Autorité de santé (HAS)

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2005. Haute Autorité de santé (HAS)

Les recommandations « Le pied de la personne âgée : approche médicale et prise en charge de pédicurie-podologie » ont été réalisées à la demande de l'Association nationale de recherche et d'évaluation en pédicurie-podologie.

Elles ont été établies selon la méthode décrite dans le guide « Les Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France », publié par l'Anaes en 1999.

Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour participer à ce travail :

- Association nationale de recherche et d'évaluation en pédicurie-podologie (ANREP) ;
- Société française de chirurgie et traumatologie (SOFOT) ;
- Société française de dermatologie chirurgicale (SFDC) ;
- Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) ;
- Société française de kinésithérapie (SFK) ;
- Société française de médecine et chirurgie du Pied (SFMCP) ;
- Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) ;
- Société française de médecine vasculaire (SFMV) ;
- Société française de podologie (SOFPOD) ;
- Société française de rhumatologie (SFR) ;
- Sociétés de médecins généralistes (CDRMG, SFTP, CNGE, SFMG).

L'ensemble du travail a été coordonné par M^{me} Joëlle ANDRÉ-VERT, chef de projet, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles. M^{mes} Marie-Claude AUTRUSSON et Annette NABÈRES ont été chargées de la rédaction de l'argumentaire scientifique faisant la synthèse des données publiées sur le thème.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI et de M^{me} Frédérique PAGÈS, responsables du service documentation.

Le secrétariat a été assuré par M^{me} Isabelle LE PUIL et l'assistante documentaliste était M^{me} Laurence FRIGÈRE.

La HAS tient à remercier les membres du groupe de travail, du groupe de lecture et de la commission « recommandations pour l'amélioration des pratiques » qui ont participé à ce travail et dont les noms suivent.

COMITÉ D'ORGANISATION

M^{me} Brigitte AUMONT, pédicure-podologue, Toulouse
M. Denis CÔME, pédicure-podologue, Rueil-Malmaison
D^r Joël DAMIANO, rhumatologue, Metz
M. Emmanuel DEGUY, pédicure-podologue, Chantilly

D^r Georges LANCE, médecine vasculaire, Tarbes
P^r Jean-Bernard PIERA-ANDRÈS, médecine physique et réadaptation, Ivry-sur-Seine
D^r Christine THÉMAR-NOËL, médecine physique et réadaptation, Paris
M. Daniel VENNIN, pédicure-podologue, Lille

GROUPE DE TRAVAIL

P^r Claude JEANDEL, gériatre, président du groupe de travail, Montpellier
M^{me} Marie-Claude AUTRUSSON, pédicure-podologue, Paris
M^{me} Annette NABÈRES, pédicure-podologue, Paris
M^{me} Joëlle ANDRÉ-VERT, chef de projet, HAS, Saint-Denis

M. Patrick BROSSE, pédicure-podologue, Toulouse
D^r Catherine CLEDAT-WENDEL, médecine vasculaire, Tarbes
D^r Patrice DIEBOLD, chirurgien orthopédiste, Nancy
M^{me} Laurence FAURE, pédicure-podologue, Bordeaux
D^r Alain GOLDCHER, médecin généraliste et podologue, La Varenne Saint-Hilaire
M. Jean LEMOIGNE, pédicure-podologue, Le Coudray-Montceaux

M. Pierre NIEMCZYNSKI, pédicure-podologue, Aurillac
M^{me} Sarah PERCEVAULT, pédicure-podologue, Rennes
M^{me} Éliane QUATREHOMME, infirmière, Dijon
M^{me} Sabine RENARD-DENIEL, pédicure-podologue, Ivry-sur-Seine
D^r Georges REUTER, dermatologue, Strasbourg
M^{me} Horia SAADA, infirmière, Paris

GROUPE DE LECTURE

D^r Véronique AFFOLTER-CHARBONNEL, médecin généraliste et gériatre, Rennes
D^r Léon AGBONON, chirurgien orthopédiste, Tourcoing
D^r Marie-Thérèse BARRELLIER, médecine vasculaire, Caen
M. Jean-Pascal BEAUMONT, pédicure-podologue, Paris
D^r Jacques BERNARD, médecine interne et rhumatologue, Toulouse
D^r Véronique BLATIÈRE, dermatologue, Montpellier
M. Philippe BOGA, pédicure-podologue, Lyon
D^r Christian BOISSIER, médecine vasculaire, Saint-Étienne
M. Jean-Louis BONNAFÉ, pédicure-podologue, Paris

M. Denis BOUILLAGUET, pédicure-podologue, La Roche-sur-Yon
P^r Jacques BRINGER, endocrinologue, Montpellier
M^{me} Anne BRANCHU, pédicure-podologue, Paris
M. Serge COIMBRA, pédicure-podologue, Strasbourg
Dr Jean-Yves CORNU, médecine physique et réadaptation, Besançon
M. Richard CRÉMADES, pédicure-podologue, Bordeaux
D^r Véronique DEHANT, médecine vasculaire, Bordeaux
M. Guy DEMIAUTTE, pédicure-podologue, Saint-Sébastien-sur-Loire

M^{me} Annie DUPONT, masseur-kinésithérapeute, Lomme
M^{lle} Yola FRIANT, masseur-kinésithérapeute, Orléans
M^{me} Danièle GARREAU-AURICH, pédicure-podologue, Houplines
M. François GENTILS, pédicure-podologue, Vitry-sur-Seine
D^r François GROS, médecin généraliste, Le Coudray-Montceaux
M. Hans HEITZ, pédicure-podologue, Noisy-le-Sec
D^r Michèle HENRY, dermatologue, Rennes
M^{me} Isabelle HERBAUX, pédicure-podologue, Montpellier
M^{me} Catherine HERVÉ-QUILFEN, infirmière, Rennes
M. Lionel HOUEILLE, pédicure-podologue, Libourne
M. Claude HUERTAS, pédicure-podologue, Toulouse
D^r Michel JOUHANDIN, médecin généraliste, Le Coudray-Montceaux
M. Pascal KIEFFERT, pédicure-podologue, Paris
M. Gilles LE NORMAND, pédicure-podologue, Rennes
M^{me} Claudine MAS-DAUDE, infirmière, Arpajon-sur-Cère
M. Raymond MASSARO, podo-orthésiste, Paris
D^r Micheline MICHEL, gériatre, Rennes
D^r Christian MICHEL, médecin généraliste, Strasbourg

D^r Marie-Hélène MIZONY, rhumatologue, Aurillac
M^{me} France MOUREY, masseur-kinésithérapeute, Dijon
M. Philippe NARDOU, pédicure-podologue, Belfort
M^{me} Isabelle PIAU, pédicure-podologue, Castenet-Tolosan
M. Philippe PRIDO, pédicure-podologue, Toulouse
P^r Muriel RAINFRAY, gériatre, Bordeaux
D^r Brigitte RÉMOND, dermatologue, Évreux
M. Philippe SAILLANT, pédicure-podologue, Nantes
M. Paul-Arnaud SALENTEY, pédicure-podologue, Saint-Germain-en-Laye
M. Jean-Yves SALOMÉ, pédicure-podologue, Lomme
M^{me} Isabelle SEULET, pédicure-podologue, Rennes
D^r Élisabeth STEYER, médecin généraliste, Talange
M. Gilles THIBAUT de BEAUREGARD, podologue, Moulins
P^r Philippe THOUMIÉ, médecine physique et réadaptation, Paris
M^{me} Brigitte VERCESI, pédicure-podologue, Clermont-Ferrand
D^r Bernard VERLHAC, gériatre et rhumatologue-podologue, Paris
M^{me} Sylvie VILLENEUVE-PARPAY, pédicure-podologue, Paris
M. Jean-Paul WEBER, pédicure-podologue, Marseille
M^{me} Thérèse WILD, pédicure-podologue, Mennecy

SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS	7
I. PRÉAMBULE	7
I.1. <i>Thème des recommandations</i>	7
I.2. <i>Patients concernés</i>	7
I.3. <i>Professionnels concernés</i>	7
I.4. <i>Grade des recommandations</i>	7
II. RECHERCHE DES AFFECTIONS PODOLOGIQUES DE LA PERSONNE ÂGÉE	8
III. EXAMEN CLINIQUE RÉALISÉ PAR LE PÉDICURE-PODOLOGUE	9
III.1. <i>Renseignements socio-administratifs</i>	9
III.2. <i>Anamnèse en vue du recueil de renseignements médico-chirurgicaux</i>	9
III.3. <i>Examen clinique</i>	10
IV. TRAITEMENT DE PÉDICURIE-PODOLOGIE	11
IV.1. <i>Hygiène cutanée</i>	11
IV.2. <i>Éducation thérapeutique</i>	11
IV.3. <i>Techniques pédicurales</i>	12
IV.4. <i>Techniques orthétiques</i>	13
IV.4.1. <i>Orthèses d'ongles : orthonyxies et onychoplasties</i>	14
IV.4.2. <i>Orthèses d'orteils ou orthoplasties</i>	15
IV.4.3. <i>Orthèses plantaires</i>	16
IV.5. <i>Conseils de chaussage</i>	16
IV.5.1. <i>Chaussures de série</i>	17
IV.5.2. <i>Chaussures thérapeutiques de série</i>	17
IV.5.3. <i>Chaussures thérapeutiques sur mesure</i>	17
V. ORIENTATION VERS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	18
V.1. <i>Orientation vers le médecin traitant</i>	18
V.2. <i>Orientation vers le pédicure-podologue</i>	18
VI. COMMUNICATION ENTRE LES ACTEURS	19
VII. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES	19
ANNEXE I. DOSSIER EN PÉDICURIE-PODOLOGIE	20
ANNEXE II. TEST DE LA SENSIBILITÉ AVEC MONOFILAMENT	25
ANNEXE III. TIMED GET UP AND GO TEST	26
ANNEXE IV. OUTIL DE LIAISON	27

RECOMMANDATIONS

I. PRÉAMBULE

I.1. Thème des recommandations

Les recommandations « Le pied de la personne âgée : approche médicale et prise en charge de pédicurie-podologie » ont été réalisées à la demande de l'Association nationale de recherche et d'évaluation en pédicurie-podologie. Les recommandations concernent la recherche des affections podologiques des personnes âgées et leur prise en charge par les pédicures-podologues. Les traitements spécifiques liés à un facteur étiologique donné (diabète, polyarthrite rhumatoïde, mycoses unguéales) ont été exclus de ce travail.

Ces recommandations professionnelles ont pour objectif de :

- définir les critères d'évaluation clinique permettant de déceler les symptômes podologiques et de repérer les facteurs de risque nécessitant un avis spécialisé ou un traitement ;
- proposer une conduite à tenir en vue d'orienter le patient vers le professionnel de santé le plus adapté ;
- recommander les traitements de pédicurie-podologie les plus adaptés, après analyse de leur efficacité et de leur influence sur l'autonomie de la personne âgée, en particulier sur les troubles de l'équilibre debout et la marche ;
- proposer une fiche de liaison afin de favoriser la communication avec le patient et entre les différents acteurs de santé traitant l'affection podologique.

I.2. Patients concernés

La population des personnes âgées est caractérisée par son hétérogénéité, personne âgée bien portante, fragile ou grabataire. L'âge n'est pas en corrélation directe avec le degré d'autonomie fonctionnelle du patient. Néanmoins, afin de préciser les limites de ce travail, la population concernée par ces recommandations est représentée par les sujets de 75 ans ou plus, ayant la capacité de marcher ou de se tenir debout.

I.3. Professionnels concernés

Les recommandations sont destinées aux professionnels impliqués dans la prise en charge des affections podologiques des personnes âgées :

- pédicures-podologues et médecins généralistes, cibles principales ;
- médecins spécialistes (podologie médicale, médecine vasculaire, diabétologie, médecine physique et réadaptation, rhumatologie), chirurgiens (chirurgie vasculaire et orthopédique) et infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, cibles secondaires.

I.4. Grade des recommandations

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais

comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées (niveau de preuve 1) ;

- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte (niveau de preuve 2) ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas (niveau de preuve 4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel obtenu au terme d'une procédure de vote formalisée dont les notes sont comprises entre 1 (désaccord complet) et 9 (accord total). L'accord professionnel est considéré acquis si la médiane des notes transmises par le groupe de lecture est supérieure ou égale à 7, et après prise en compte par le groupe de travail des remarques faites pour justifier les notes strictement inférieures à 7. Au cours de ce travail, toutes les recommandations ont été cotées par une note supérieure ou égale à 7 par plus de 70 % des professionnels impliqués.

L'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles. L'absence de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

II. RECHERCHE DES AFFECTIONS PODOLOGIQUES DE LA PERSONNE ÂGÉE

Dans le cadre d'une consultation régulière auprès de ses patients, il est recommandé au médecin d'effectuer, au moins une fois par an, un examen clinique attentif des pieds de toute personne âgée, car :

- la prévalence des symptômes et affections podologiques est élevée chez les personnes ambulatoires de plus de 75 ans¹ (niveau de preuve 2) ; certaines affections podologiques peuvent être associées à une réduction des capacités fonctionnelles, en particulier lors de symptômes douloureux (niveau de preuve 2) ;
- l'incidence d'affections inflammatoires et infectieuses du pied et de symptômes favorisant les affections cutanées du pied est importante chez les personnes âgées² (niveau de preuve 2) ;
- le recours spontané des patients aux professionnels de santé en cas de symptômes podologiques du pied est insuffisant³ (niveau de preuve 2).

Cet examen annuel a pour objectif de :

- procéder à une recherche systématique des affections podologiques ;
- rechercher les facteurs pouvant favoriser les complications cutanées du pied ou une incapacité fonctionnelle liée à l'affection podologique⁴ ;

¹ Prévalence des affections podologiques chez les personnes ambulatoires de plus de 75 ans :

- pied douloureux : 12 % à 20 % ;
- pied présentant des lésions cutanées, des troubles trophiques et/ou vasculaires : 1 à 5 % d'ulcères du pied, 7 à 12 % d'ongles incarnés, 12 à 30 % d'hypertrophies unguéales, 11 à 15 % d'œdèmes, 30 % à 70 % d'hyperkératoses ;
- pied déformé : 20 à 74 % d'hallux valgus, plus de 50 % de déformations des orteils.

² Incidence au sein d'une population d'âge médian de 75 ans, sans antécédents nécessitant des soins podologiques :

- hypoesthésie superficielle du pied : 10 % par an ;
- artériopathie avec temps de recoloration de l'hallux supérieur à 4 secondes : 7 % par an ;
- inflammation ou infection modérée ou sévère du pied : 7 % par an.

³ Selon les études épidémiologiques, 14 % à 40 % des patients nécessitant des soins de pédicurie-podologie ne font pas appel aux professionnels de santé.

- repérer les patients ayant des difficultés de chaussage ;
- repérer les patients qui ne sont plus à même d'assurer seuls les soins d'hygiène, la coupe d'ongles ou la surveillance cutanée de leurs pieds⁵, en particulier s'il existe une pathologie de fond.

III. EXAMEN CLINIQUE RÉALISÉ PAR LE PÉDICURE-PODOLOGUE

En 2005, l'accès du patient aux soins de pédicurie-podologie peut se faire avec ou sans prescription médicale.

Quel que soit le mode de recrutement du patient âgé, le pédicure-podologue effectue un examen clinique avant toute prise en charge de pédicurie-podologie en vue :

- d'identifier les facteurs de risque de complications secondaires avant tout traitement pédicural ;
- d'identifier l'affection podologique et d'en définir les causes dans le domaine de compétence du pédicure-podologue afin de proposer une démarche thérapeutique ;
- de tenir compte de l'environnement social de la personne et de ses capacités visuelles, cognitives et fonctionnelles afin d'adapter les moyens thérapeutiques mis en œuvre ;
- d'évaluer systématiquement son retentissement fonctionnel sur l'équilibre et la marche ;
- de mesurer l'impact de son traitement par une comparaison entre l'examen clinique avant et après traitement.

Les éléments indispensables à recueillir par le pédicure-podologue ont déjà fait l'objet de recommandations professionnelles⁶ (annexe I).

Pour la personne âgée, il est recommandé de compléter ces éléments indispensables par les points développés ci-après.

III.1. Renseignements socio-administratifs

Il est recommandé de recueillir des informations sur :

- les conditions de vie, d'habitat, d'entourage socio-familial (aidants), en particulier lorsque le sujet ne peut lui-même assurer les soins qui lui sont nécessaires ;
- les coordonnées des autres professionnels de santé intervenant auprès du patient.

III.2. Anamnèse en vue du recueil de renseignements médico-chirurgicaux

L'histoire de la maladie ou de la symptomatologie est notée afin de faire la part des symptomatologies aiguës ou chroniques.

⁴ Le patient âgé présente un risque accru de lésions cutanées lors de :

- pathologie artérielle avec claudication, absence de pouls (manuel ou Doppler) ou temps de recoloration après pression plantaire de l'hallux supérieur à 5 secondes (accord professionnel) ;
- neuropathie avec hypoesthésie superficielle (non-perception du monofilament 10 g) (accord professionnel) ;
- troubles morphostatiques (accord professionnel) ;
- diabète : la gradation du risque établie par consensus international chez l'adulte diabétique peut être étendue à la personne âgée diabétique, cette gradation tient compte des trois éléments précédents.

Le patient présente un risque accru d'incapacité fonctionnelle lors de douleur du pied, en particulier en charge (niveau de preuve 3).

⁵ Au-delà de 75 ans, moins de 30 % des patients vivant à domicile peuvent encore assurer seuls ces soins du fait de troubles visuels touchant la vision rapprochée, de l'incapacité à atteindre leurs pieds, de force de préhension insuffisante ou de la présence de troubles cognitifs.

⁶ Dossier en pédicurie-podologie – Recommandations professionnelles – Anaes 2001.

L'interrogatoire et le courrier médical précisent l'existence éventuelle de pathologies associées, en particulier :

- diabète ;
- pathologies neurologiques (troubles moteurs, sensitifs ou cognitifs) ;
- pathologie vasculaire ;
- allergies ;
- infections.

Les affections et traitements podologiques antérieurs ainsi que leurs résultats sont systématiquement recherchés.

III.3. Examen clinique

Du fait de la fréquence des troubles neurologiques et vasculaires, il est recommandé d'évaluer systématiquement chez la personne âgée :

- les poulx tibiaux postérieurs et pédiex et le temps de recoloration après une pression manuelle sous la face plantaire des hallux ;
- la sensibilité superficielle en dehors des zones hyperkératosiques, si possible avec une technique validée et internationalement reconnue telle la perception du monofilament 10 g (annexe II).

L'absence de perception du monofilament 10 g, l'absence de perception des poulx, un temps de recoloration égal ou supérieur à 5 secondes ou la présence de claudication intermittente signent une pathologie neurologique ou vasculaire nécessitant un avis médical. Ces troubles constituent des facteurs de risque de complications parfois graves qu'il conviendra de rechercher, en particulier en présence ou antécédents de plaies.

La présence de ces troubles ainsi que la prise de médicaments tels que les anticoagulants ou les immunosuppresseurs nécessitent d'adapter les techniques pédicurales afin qu'elles ne soient pas invasives.

Dans le cadre d'un bilan de chutes, après avoir éliminé d'autres étiologies, il est recommandé d'évaluer les troubles morphostatiques ainsi que les limitations articulaires et la fonction neuromusculaire du pied et de la cheville.

L'évaluation de la douleur est effectuée à partir d'outils d'évaluation validés (échelle verbale simple, échelle visuelle analogique, échelle numérique ou questionnaire du retentissement fonctionnel de la douleur du pied)⁷⁻⁸; il est recommandé d'évaluer la douleur avec le même outil avant et après traitement afin de mesurer l'impact de ce dernier.

Il est recommandé d'apprécier les habitudes de chaussage, la mesure de la pointure et la largeur du pied et l'adaptation du chaussage aux affections morphostatiques, cutanées ou vasculaires et à leur traitement (pansements, contention, etc.).

Il est recommandé d'évaluer les capacités fonctionnelles du patient âgé avant et après traitement afin d'identifier le risque de chute et de mesurer l'impact du traitement.

⁷ Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale - Recommandations professionnelles – Anaes 2000.

⁸ Évaluation de la douleur – Recommandations professionnelles - Anaes 1999.

L'interrogatoire vise à connaître :

- les antécédents de chutes ;
- le périmètre et les aides de marche ;
- le temps passé debout.

Le groupe de travail recommande d'évaluer les capacités fonctionnelles suivantes et le retentissement dans les activités quotidiennes, à partir d'outils validés quand ils existent :

- l'équilibre debout statique est évalué qualitativement et quantitativement (appui unipodal chronométré) ;
- l'équilibre debout dynamique et la marche sont évalués qualitativement et quantitativement. L'utilisation du test du « lever, marcher 3 mètres, demi-tour et retour en position assise » chronométré (timed up – and – go) permet, même dans un espace restreint, de quantifier ces capacités à partir d'un bilan validé (annexe III) ;
- le retentissement fonctionnel des symptômes du pied sur les capacités de déplacements extérieurs et sur les activités de la vie quotidienne est à évaluer en fonction du projet du patient. Des grilles d'évaluation ou « indices fonctionnels du pied » sont à la disposition des professionnels⁹. Seuls les outils en langue anglaise sont actuellement validés.

IV. TRAITEMENT DE PÉDICURIE-PODOLOGIE

IV.1. Hygiène cutanée

Il est recommandé au patient ou aux aidants d'effectuer une toilette quotidienne du pied à l'eau et au savon et de sécher soigneusement le pied en insistant sur les espaces interdigitaux (grade B).

L'application de corps gras neutres réduit la sécheresse cutanée (niveau de preuve 2). La littérature ne permet pas de comparer l'efficacité de ces différents produits entre eux. L'application est de préférence effectuée juste après la toilette afin de bénéficier de l'hydratation des couches superficielles et évite les espaces interdigitaux afin de ne pas augmenter la macération. La zone talonnière est surveillée pour prévenir l'apparition de crevasses et de fissurations.

Si le patient apprécie les pédiluves, il est recommandé que leur durée n'excède pas 10 minutes dans une eau à température contrôlée.

Il est déconseillé d'appliquer des produits antiseptiques de manière itérative en dehors des indications spécifiques de ces traitements.

IV.2. Éducation thérapeutique

Il est recommandé d'éduquer le patient et/ou les aidants à la surveillance des pieds du patient et à la prise en charge des soins qu'il peut effectuer sans danger (grade B) car :

- la plupart des pathologies podales de la personne âgée sont des pathologies chroniques ;
- l'efficacité thérapeutique des programmes éducatifs dans le domaine de la pédicurie-podologie est démontrée pour une population de plus de 60 ans (niveau de preuve 2).

⁹ Se reporter au paragraphe IV.4 de l'argumentaire scientifique du rapport complet.

Cette éducation est à adapter au risque podologique du patient.

Elle comporte :

- la surveillance au quotidien de l'état de la peau et des phanères :
 - inspecter ou faire inspecter ses pieds,
 - apprendre à reconnaître un cor ou un durillon susceptible de mal évoluer,
 - rechercher les signes d'une macération interdigitale et une éventuelle fissuration,
 - savoir détecter une « phlyctène » plantaire,
 - reconnaître les signes d'un ongle incarné débutant (hypercourbure, pénétration dans le sillon, douleur, etc.),
 - savoir gérer une petite plaie,
 - savoir consulter en urgence si nécessaire ;
- le respect d'une bonne hygiène du pied :
 - lavage quotidien en contrôlant la température de l'eau en cas de troubles de la sensibilité,
 - séchage soigneux,
 - hydratation de la peau ;
- l'apprentissage de la coupe d'ongles adaptée en émoussant les angles avec une lime aux bords non tranchants ;
- l'apprentissage des gestes et des objets à éviter :
 - éviter de marcher pieds nus,
 - ne pas utiliser pour les soins des instruments tranchants ou piquants (coupe-cors, lames de rasoir, etc.),
 - éviter l'emploi de produits irritants, de coricides en cas de troubles sensitifs ou vasculaires ;
- l'apprentissage du choix d'un chaussage adapté permettant :
 - d'éviter les contraintes surtout en cas de déformations de l'avant-pied,
 - d'éviter que le pied ne glisse en avant, en préférant une chaussure à talon bas ou compensé avec assise horizontale sous le talon du pied,
 - d'éviter les glissades grâce à un semelage antidérapant,
 - une bonne fixation de la chaussure au pied,
 - une mise en décharge d'une zone fragile,
 - de s'adapter à la présence de pansements ;
- l'inspection et la palpation de l'intérieur de la chaussure afin de rechercher les causes de blessures possibles ;
- l'apprentissage de la mise en place des orthèses d'orteils ;
- le port régulier et la surveillance des orthèses d'orteils et/ou des orthèses plantaires.

IV.3. Techniques pédicurales

En dehors de la pathologie diabétique, aucune étude n'a été menée pour mesurer l'impact thérapeutique ou iatrogène des techniques pédicurales. L'évolution des symptômes (douleur, hyperkératose, hypertrophie ou hypercourbure unguéale, etc.), des capacités fonctionnelles (équilibre, périmètre de marche) et de la qualité de vie après traitement podologique chez la personne âgée n'est pas décrite en 2005.

Cependant, d'expérience, les professionnels du groupe de travail constatent que :

- les ongles des personnes âgées sont fréquemment atteints d'hypertrophie difficile à entretenir sans matériel spécifique ou d'hypercourbure qui constitue un

facteur prédisposant aux ongles incarnés, avec risque d'effraction cutanée sur un terrain fragilisé ;

- l'indolence des hyperkératoses mécaniques et des pathologies unguéales obtenue par des soins réguliers est un facteur de meilleure qualité de vie pour les patients ;
- la nécessité de soins de qualité réalisés dans de bonnes conditions ne peut être systématiquement garantie en cas de soins personnels ou de soins effectués par les aidants (niveau de preuve 2) et incite à recourir à un professionnel.

En l'absence d'étude, un accord professionnel formule les recommandations suivantes.

La recherche des facteurs de risque que présente le pied est recommandée avant toute intervention instrumentale, afin d'évaluer le rapport entre le risque que le soin fait encourir et le bénéfice que le patient peut retirer du soin¹⁰.

Il est recommandé d'adapter les techniques utilisées à la fragilité cutanée, en choisissant les gestes techniques les moins agressifs. Les instruments rotatifs apportent une aide et un confort pour le traitement de certaines ablations d'hyperkératoses.

Le fraisage régulier des plaques unguéales hypertrophiques est recommandé en vue de contrôler leur volume. L'ongle est aminci afin de visualiser le lit de l'ongle, de ne pas gêner le chaussage et de ne pas entraîner de traumatismes du lit de l'ongle ou de la zone matricielle. Le fraisage est réalisé en respectant la courbure de l'ongle.

Il n'est pas recommandé de fraiser isolément le centre de l'ongle dans le traitement de l'ongle incarné.

Les hypercourbures représentent un facteur de risque de complications cutanées uniquement si elles génèrent des conflits entre l'ongle et les tissus périunguéraux. Chez les sujets dont la trophicité cutanée est déficiente, il est recommandé de traiter ce conflit par des soins locaux des sillons et, si indiqué, par d'autres techniques (orthonyxie, chirurgie, etc.).

IV.4. Techniques orthétiques

Les études cliniques ayant mesuré l'impact thérapeutique des orthèses podologiques sont rares. Aucune de ces études n'inclut exclusivement une population âgée.

Les orthèses plantaires ont démontré certains effets thérapeutiques lors de pathologies spécifiques chez l'adulte¹¹.

Les orthèses d'ongles ou les orthèses d'orteils n'ont fait l'objet que d'une étude clinique publiée chez l'adulte.

L'effet thérapeutique des orthèses podologiques n'a jamais été étudié en regard de l'amélioration fonctionnelle attendue (équilibre, marche, chutes), en dehors de quelques études expérimentales en laboratoire.

¹⁰ Exemple de réflexion bénéfice-risque : le bénéfice attendu lors du traitement d'un cor peut être l'amélioration du périmètre de marche par suppression de la douleur ou la suppression d'hyperpression plantaire ou la suppression du risque d'évolution défavorable vers un hygroma infecté ou une ostéite ; le risque potentiel du soin est une effraction cutanée pouvant conduire à des complications graves de non-cicatrisation en cas d'artériopathie.

¹¹ L'effet thérapeutique des orthèses plantaires sur le risque de réulcération chez le sujet diabétique, ou l'effet préventif sur les déformations orthopédiques du sujet atteint de polyarthrite rhumatoïde est démontré (niveau de preuve 2) ; cet effet préventif n'est pas associé à un effet antalgique ou fonctionnel cliniquement décelable.

Les recommandations suivantes sont donc basées sur un accord professionnel.

Lorsque le prescripteur n'est pas la personne chargée de la réalisation de l'orthèse, et afin d'améliorer la communication entre les différents professionnels, il est recommandé aux prescripteurs de préciser les objectifs recherchés (stabilisation, correction, antalgie) et les effets attendus par le traitement orthétique.

Il est recommandé d'obtenir le consentement éclairé du patient avant de réaliser une orthèse, en particulier eu égard à son coût, à son mode de remboursement et à la nécessité d'une bonne adéquation entre la pathologie, l'appareillage et le chaussage.

Il est recommandé de transmettre des instructions précises au patient concernant :

- les conseils d'utilisation et d'entretien de l'orthèse (mise en place, durée quotidienne du port, durée prévisionnelle du traitement, hygiène) ;
- les effets secondaires possibles et l'importance de consulter en cas d'effets indésirables survenus à la suite du port de l'orthèse.

Ces instructions sont transmises aux aidants ou autres professionnels de santé s'occupant du patient.

Il est recommandé de noter l'orientation de l'orthèse sur cette dernière (droite-gauche, avant-arrière).

Il est recommandé de proposer au patient un rendez-vous de suivi pour adaptation éventuelle de l'appareillage, en particulier en cas de neuropathie sensitive qui nécessite une vigilance accrue vis-à-vis de la bonne tolérance de l'orthèse.

Il est recommandé aux professionnels chargés de la réalisation de l'orthèse d'évaluer les résultats obtenus par le traitement orthétique au regard :

- des effets attendus (réduction des symptômes à l'origine de la prescription, non-survenue des signes à prévenir) ;
- des effets secondaires éventuels ;
- de la douleur ;
- des capacités fonctionnelles debout et à la marche ;
- de la nécessité de poursuivre ou de suspendre le traitement orthétique.

Ainsi les effets attendus pourront être comparés aux résultats obtenus après traitement.

IV.4.1. Orthèses d'ongles : orthonyxies et onychoplasties

— *Orthonyxies*

Les orthonyxies sont indiquées en vue de modifier l'hypercourbure unguéale¹².

Les orthonyxies sont contre-indiquées en cas d'infection, y compris mycose, de dystrophie unguéale ou d'une tumeur des parties molles ou du squelette.

Il est recommandé de privilégier chez les personnes âgées dont la peau est fragile les techniques ne comportant aucun élément au contact du sillon périunguéal : les agrafes à fil de titane et lamelles sont préférées aux agrafes à fil d'acier ; ces dernières sont contre-indiquées en cas de complications podologiques du diabète, d'artériopathie ou de neuropathie.

¹² L'orthonyxie consiste à fixer sur la plaque unguéale un ressort qui exercera une traction sur ses bords, réduisant ainsi peu à peu la courbure transversale de la tablette unguéale.

Il est recommandé de surveiller l'innocuité de la technique et d'évaluer l'efficacité de la correction en contrôlant l'évolution de la courbure unguéale et en mesurant son impact sur la douleur du pied.

Quand l'hypercourbure est liée à l'existence de troubles statiques, il est recommandé d'en faire le bilan et de tenter de les stabiliser, afin d'éviter des récives (réapparition de douleur ou augmentation de la courbure unguéale).

— *Onychoplasties*

Les onychoplasties¹³ sont indiquées pour prévenir l'incarnation antérieure avec bourrelet empêchant la croissance de l'ongle.

Les onychoplasties sont contre-indiquées en cas de plaie, de tumeur ou d'infection, y compris mycose, de l'appareil unguéal.

Il est recommandé de les utiliser lorsque les parties molles du sillon ou du bourrelet antérieur sont susceptibles de combler le vide laissé libre par l'ongle et de générer des conflits secondaires lors de la repousse de l'ongle. La plaque artificielle peut être isolée du lit de l'ongle si celui-ci est fragile.

IV.4.2. Orthèses d'orteils ou orthoplasties

Les orthoplasties, ou orthèses amovibles d'orteils, sont indiquées en vue de posturer les déformations des orteils réductibles en charge et de protéger les téguments des orteils dont les déformations sont source de conflit soit par contact avec la chaussure, soit par serrage entre les orteils. Chez la personne âgée, l'indication d'orthoplastie ne peut être retenue que lorsque le patient peut assurer correctement la mise en place de l'orthèse, soit lui-même, soit avec aide.

Les orthoplasties sont contre-indiquées en cas d'intolérance cutanée aux matériaux utilisés ou d'affections dermatologiques.

Il est recommandé chez la personne âgée de proposer un traitement par orthoplastie lorsque les lésions des orteils :

- sont douloureuses et récurrentes ;
- constituent une gêne à la marche ou au chaussage ;
- peuvent entraîner des complications sévères chez les sujets à risque podologique.

Il est recommandé chez la personne âgée de tenir compte :

- de la tolérance cutanée en adaptant la qualité des élastomères et en choisissant des duretés différentes suivant les cas. Cette tolérance doit être surveillée soit par le patient ou son entourage familial, soit par les professionnels. Dans les cas difficiles, le port de l'orthèse sera progressif avec vérification de l'absence de marques signant une contrainte iatrogène ;
- de la capacité du patient à mettre en place l'orthèse sur son pied ou à disposer d'une aide pour le faire. Il est souvent utile de tracer des repères sur les orthèses pour distinguer la droite de la gauche et le sens de pose de l'orthoplastie.

¹³ Les onychoplasties consistent en la confection d'une plaque unguéale artificielle.

IV.4.3. Orthèses plantaires

Les orthèses plantaires sont indiquées chez la personne âgée, si elles ont pour objectif premier de maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles et si elles répondent aux objectifs suivants :

- réduire les symptômes douloureux, que leur origine soit ostéo-myo-articulaire, cutanée, trophique ou mixte ;
- compenser ou prévenir l'aggravation de déformations peu ou non réductibles, en soutenant passivement les éléments ostéo-articulaires du pied ;
- favoriser la cicatrisation de plaie en réduisant les appuis ou supprimant les frottements sur cette zone ;
- prévenir les troubles cutanés en assurant une répartition optimale des pressions plantaires, ou en réduisant les appuis, en particulier lors de risques spécifiques décelés au cours de l'examen clinique.

Il n'existe pas de contre-indications aux orthèses plantaires chez la personne âgée, mais des précautions spécifiques sont à prendre en compte :

- l'existence de troubles trophiques d'origine vasculaire, neurologique, métabolique nécessite d'être particulièrement vigilant quant à l'innocuité des appareillages proposés et de veiller à leur bonne tolérance ;
- la fréquence des hypoesthésies ou agnosies plantaires influant sur la qualité de l'équilibre nécessite de concevoir des orthèses alliant une base suffisamment ferme pour assurer la stabilité et un revêtement plus souple respectant la trophicité cutanée.

Les modalités de réalisation des orthèses plantaires ne font l'objet d'aucun consensus professionnel¹⁴. Il est donc recommandé de respecter les principes généraux de conception des orthèses et d'adapter le choix des techniques et des matériaux à l'examen clinique de la personne âgée.

IV.5. Conseils de chaussage

En l'absence d'étude clinique mesurant chez les personnes âgées l'efficacité thérapeutique des conseils de chaussage vis-à-vis des phénomènes douloureux, des capacités fonctionnelles (équilibre, marche) et des risques de chute ou de complications cutanées, un accord professionnel formule les recommandations suivantes.

Les conseils de chaussage font partie de la prise en charge des troubles podologiques car :

- les études transversales chez la personne âgée montrent une association entre troubles de l'équilibre, risque de chute et chaussage (niveau de preuve 2) ;
- les conflits pied-chaussage sont un des facteurs étiologiques des troubles trophiques et cutanés (niveau de preuve 2) et sont source de phénomènes douloureux pouvant entraîner une réduction des capacités de déplacement de la personne âgée.

¹⁴ Le groupe de travail note cependant que les orthèses moulées sont spécifiquement adaptées pour les pathologies podologiques de la personne âgée. Le moulage des matériaux thermoformés ou thermoexpansés aux pieds du patient assure une bonne tolérance des orthèses et optimise la répartition des pressions plantaires. La combinaison des différentes densités et l'utilisation de matières lavables conformes aux principes d'hygiène constituent une orientation avantageuse pour la prise en charge des maladies du pied de la personne âgée.

IV.5.1. Chaussures de série

Il est recommandé aux patients âgés de porter des chaussures et de limiter le port de chaussons ou pantoufles peu stabilisants pour le pied et susceptibles d'augmenter le risque de chute. Les chaussures de série sont les plus utilisées.

Il est recommandé de conseiller :

- un chaussage non contraignant respectant le volume du pied et permettant le port d'une orthèse plantaire si nécessaire ;
- un semelage dont l'épaisseur et la rigidité sont adaptées aux objectifs recherchés¹⁵ ;
- un talon de hauteur modérée, à assise large et horizontale pour assurer une bonne stabilité du pied ;
- une empeigne souple, dépourvue de coutures ou de brides inextensibles ;
- un maintien empêchant le pied de glisser dans la chaussure ou de déchausser le talon à la marche ; les chaussages sans aucun maintien comme les mules sont source de déséquilibre et sont à proscrire pour limiter le risque de chute ;
- la possibilité d'ajuster le maintien au pied et le serrage par un système de fermeture réglable ;
- des modèles faciles à mettre en place, avec une tige à ouverture large et des systèmes de fermeture aisée pour les patients ayant des difficultés de préhension ;
- des matériaux lavables chez les patients incontinents.

IV.5.2. Chaussures thérapeutiques de série

Les chaussures thérapeutiques de série sont proposées pour un usage temporaire ou prolongé.

Les chaussages à usage temporaire sont indiqués pour la mise en décharge d'une zone, lors de chaussage postopératoire. Ils permettent un réglage à géométrie variable de l'espace chaussant et sont utilisés pour des besoins ponctuels.

Les chaussures à usage prolongé sont indiquées pour les affections du pied impossibles à chausser avec des chaussures de série.

Prescrites par ordonnance médicale pour un usage temporaire ou prolongé, elles sont remboursées dans certaines conditions par les organismes de sécurité sociale.

IV.5.3. Chaussures thérapeutiques sur mesure

Les chaussures thérapeutiques sur mesure sont indiquées lorsque le pied ne permet plus le chaussage série, thérapeutique ou non. Elles sont réalisées par les podorthésistes à partir d'une forme correspondant aux mensurations du pied ou à partir d'un moulage de celui-ci. Prescrites par ordonnance médicale, elles sont remboursées en tant que grand appareillage par les organismes de sécurité sociale. Il est recommandé à chaque professionnel de conseiller au patient un rendez-vous de suivi pour adaptation éventuelle de l'appareillage, en particulier en cas de neuropathie sensitive qui nécessite une vigilance accrue vis-à-vis de la bonne tolérance de la chaussure.

¹⁵ Un semelage épais permet un meilleur amorti des pressions (accord professionnel), un semelage rigide réduit la douleur lors d'arthropathies inflammatoires (accord professionnel), une semelle mince diminue les chutes en situation expérimentale (niveau de preuve 3).

V. ORIENTATION VERS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

En 2005, on constate que l'accès du patient âgé aux soins de pédicurie-podologie peut se faire soit :

- sans prescription médicale sur conseils de l'entourage, des auxiliaires de vie, des professionnels de santé médicaux ou paramédicaux intervenant auprès du patient et sans remboursement possible des actes ;
- sur prescription médicale, avec remboursement partiel de certains soins¹⁶ et des orthèses plantaires¹⁷ ;
- dans le cadre de réseaux de soins, avec prise en charge financière par ces réseaux, ou remboursement par les organismes sociaux à titre expérimental.

Dans ce contexte, le groupe de travail recommande d'orienter le patient âgé selon les propositions suivantes, en informant le patient des modalités de prise en charge de ces soins.

V.1. Orientation vers le médecin traitant

L'orientation de la personne âgée présentant une affection podologique vers le médecin traitant est recommandée :

- en présence de signes faisant suspecter une pathologie générale (neuropathie, atteinte vasculaire, signes infectieux, etc.) ou une pathologie locale et/ou tumorale (mélanome, carcinome, exostose, etc.) ;
- si un traitement médical associé est susceptible d'augmenter les performances des soins podologiques ;
- en cas de non-efficacité des thérapeutiques podologiques mises en œuvre ;
- avant l'orientation vers un professionnel de santé autre que pédicure-podologue.

V.2. Orientation vers le pédicure-podologue

L'orientation de la personne âgée présentant une affection podologique vers le pédicure-podologue est utile :

- devant toute plainte ou demande du patient concernant ses pieds ;
- si la personne âgée rencontre des difficultés de chaussage.

L'orientation de la personne âgée présentant une affection podologique vers le pédicure-podologue est recommandée :

- en cas de troubles trophiques ou statiques du pied liés à une affection neurologique ou vasculaire suivie médicalement ;
- en cas d'affection podologique associée à des troubles de la marche ou des antécédents de chute dont la prise en charge médicale a été assurée ;
- lorsque l'indication d'une orthèse podologique est posée ;
- en cas d'incapacité du patient à assurer soi-même ou par un aidant informé les soins courants du pied tels que la coupe d'ongles ;
- en vue d'une réduction des hyperkératoses.

¹⁶ Se reporter à la nomenclature des actes professionnels-Titre XII- Article 3.

¹⁷ Se reporter à la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L.165- du Code de la Sécurité Sociale.

VI. COMMUNICATION ENTRE LES ACTEURS

Les patients âgés sont le plus souvent suivis par différents professionnels de santé.

Afin d'améliorer les échanges entre les différents intervenants, il est recommandé à chaque professionnel :

- de transmettre un courrier vers les professionnels auxquels est adressé le patient, afin de préciser les raisons de cette orientation et les résultats attendus ;
- de mettre en place un outil de liaison remis au patient, pour que les divers professionnels puissent se tenir mutuellement informés des problèmes podologiques du patient et de leur retentissement fonctionnel. Un tel outil est proposé en annexe (annexe IV).

VII. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

Suite à l'élaboration de ces recommandations professionnelles, des propositions d'actions futures sont formulées.

Il est recommandé de développer l'information aux personnes âgées concernant la santé de leurs pieds.

Il est recommandé de développer la communication entre les pédicures-podologues et les autres professionnels de santé prenant en charge les patients âgés.

Il est recommandé de mettre en adéquation les programmes de formation médicale et paramédicale avec ces recommandations professionnelles.

Il est recommandé de développer la recherche podologique, en particulier concernant la validation des outils de mesure, l'évaluation des traitements podologiques et les données épidémiologiques françaises sur les affections podologiques et leurs conséquences fonctionnelles chez la personne âgée.

ANNEXE I. DOSSIER EN PÉDICURIE-PODOLOGIE

Les éléments indispensables à recueillir par le pédicure-podologue au cours de son examen clinique ont déjà fait l'objet de recommandations pour la pratique clinique dans le « Dossier du patient en pédicurie-podologie » (Anaes 2001). Les fiches suivantes sont tirées de ce document afin de faciliter le recueil de données podologiques.

FICHE PATIENT

Date de création de dossier :

Nom : **Prénom :** **Sexe :** **Date de naissance :**
Adresse : **Tél :**
N° Sécurité sociale :

Nom de l'assuré :

Conditions de vie/habitat :

Sport(s) – niveau de pratique – loisirs :

Médecin traitant :

Profession :

Tél :

Motif de consultation :

Antécédents :

Familiaux :

Personnels : - médicaux
 - chirurgicaux

allergie : - médicaments :
 - autres :

Facteurs de risque :

Traitements en cours :

Autres intervenants :

Précédentes consultations de pédicurie-podologie :

Lieu :

Date :

Observation :

port d'un appareillage plantaire :

type :

date de prescription :

Examen clinique général

Date de l'examen : . . / . . / . .

taille :

poids :

pointure :

Signes cliniques :

Pathologie(s) mentionnée(s) :

habitudes de chaussage :

Évaluation de la restriction fonctionnelle :

Diagnostic médical et prescription médicale :

FICHE DE SOINS DE PÉDICURIE

Date de consultation :

Examen morphologique en décharge :

type de pied :

déformation(s) :

formule métatarsienne :

Pieds déchaussés en charge :

Pieds chaussés en charge :

podoscopie :

examen de la chaussure :

Examen dynamique :

- observations :

- chaussé/déchaussé :

Examen clinique :

- vasculaire (artériel/veineux/lymphatique) :

- neurologique :

- articulaire :

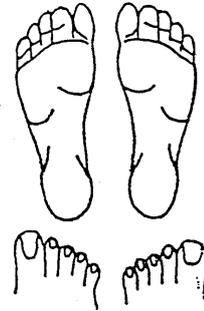
- musculaire :

- dermatologique :

cutané/phanères:

Type de lésions :

Sièges des lésions :



Gêne fonctionnelle :

Évaluation de la douleur :

Le diagnostic et les objectifs podologiques :

Soins réalisés :

Matériels utilisés :

Pansements :

Traitements prescrits :

conseils/orientations :

Observations, difficultés rencontrées :

Suivi de traitements :

Appareillage proposé :

Orthoplastie :

localisation :

type :

matériau :

Orthonyxie :

localisation :

type :

matériau :

FICHE CLINIQUE ORTHÈSE

Examen clinique par le pédicure-podologue

Siège et évaluation de la douleur :

Appréciation du handicap fonctionnel :

Examen en décharge

- ceinture pelvienne :
- hanches :
- genoux :
- type de pied :
- déformation(s) :

Formule métatarsienne :

Vasculaire (artériel – veineux – lymphatique) :

Neurologique :

Articulaire :

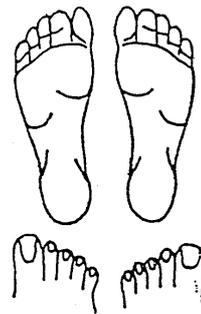
Musculaire :

Dermatologique :

cutané/phanères

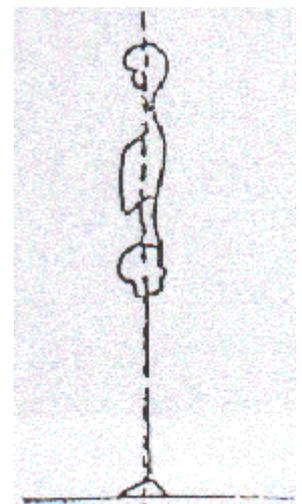
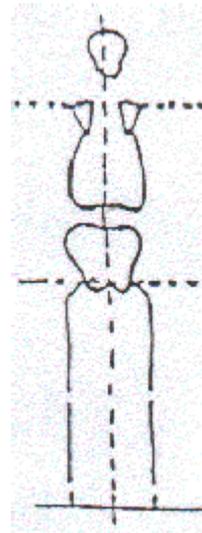
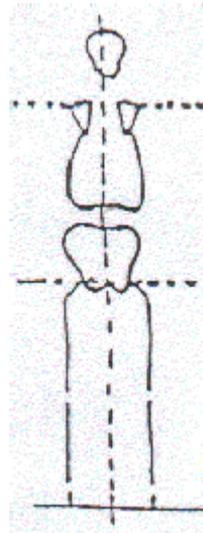
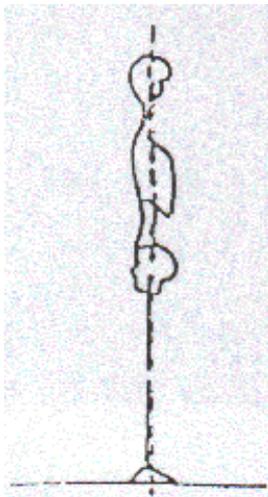
Types de lésions :

Sièges des lésions :



Examen clinique en charge patient déchaussé

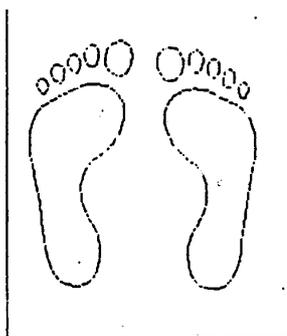
Examen morphostatique général :



Pieds déchaussés en charge

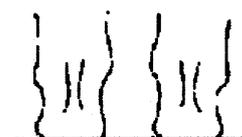
Podographie (date, et documents joints) :

Podoscopie :

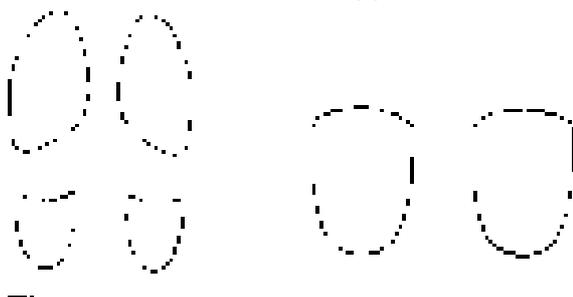


Bilan instrumental :

aplomb calcanéen :
arrière-pied :
médio-pied :
avant-pied :
Observation(s) :



examen de la chaussure : observation(s), modèle, usure, déformation



Examen clinique statique en charge patient chaussé

Statique globale :

- Ceinture pelvienne
- Hanches
- Genoux
- Pieds

Tests réalisés – résultat :

Calage réalisé – résultat :

Modifications par rapport à l'examen initial :

Examen clinique dynamique en charge, patient chaussé et déchaussé

Préciser le type d'examen : marche, course, geste sportif, geste professionnel

Conclusion de l'examen/diagnostic

Objectifs thérapeutiques :

Correspondance des objectifs thérapeutiques avec les attentes du patient :

Appareillage délivré le :

Date de contrôle prévue le :

ANNEXE II. TEST DE LA SENSIBILITÉ AVEC MONOFILAMENT

La réalisation pratique de l'examen de la sensibilité superficielle par le test du monofilament 10 g (Semmes-Weinstein 5,07) est décrite dans les recommandations internationales concernant la prévention du pied diabétique (International Working Group on the Diabetic Foot. Document de consensus international sur le pied diabétique. Guide pratique. 2004 ; Apelqvist J, Bakker K, van Houtum WH, Nabuurs-Franssen MH, Schaper NC, International Working Group on the Diabetic Foot. International consensus and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot. Diabetes Metab Res Rev 2000;16 Suppl 1:S84-92).

L'examen est réalisé au calme.

- Appliquer d'abord le monofilament sur les mains du patient (ou sur le coude ou le front) afin qu'il sache ce qu'il doit ressentir.
- Le patient ne doit pas voir si l'examineur applique ou non le filament, ni où il l'applique. Les trois sites à tester sur chaque pied sont : la face plantaire de la tête du premier métatarsien, de la tête du cinquième métatarsien et la pulpe de l'hallux.
- Appliquer le filament perpendiculairement à la surface de la peau.
- Appliquer une force suffisante pour faire bomber le filament.
- La durée totale du test comprenant l'approche du filament, le contact cutané et le retrait doit durer environ 2 secondes.
- Appliquer le filament à la périphérie et non sur le site de l'ulcère ; ne pas l'appliquer sur une callosité, une cicatrice ou du tissu nécrotique. Ne pas le faire glisser sur la peau ou faire des contacts répétés au niveau de la zone explorée.
- Appuyer le filament sur la peau et demander au patient s'il ressent la pression appliquée (oui/non) et où il la ressent (pied droit/gauche).
- Répéter l'application deux fois au même site en intercalant un « test factice » au cours duquel le filament n'est pas appliqué (au total : 3 questions par site).
- La sensation de protection est conservée à chaque site si le patient répond correctement à deux des trois applications. Elle est absente si deux des trois réponses sont fausses : le patient est alors considéré à risque d'ulcération.
- Encourager le patient pendant le test.

ANNEXE III. TIMED GET UP AND GO TEST

Ce test est rapide et facile à mettre en œuvre. Il peut être réalisé dans un espace restreint, puisque seule une distance de 3 mètres est suffisante, le seul matériel nécessaire est un siège avec accoudoirs (hauteur standard de l'assise d'environ 46 cm) et un chronomètre.

Il est demandé au patient de se lever d'un fauteuil, de marcher sur une distance de 3 mètres, de faire demi-tour et de revenir s'asseoir.

Modalités :

- chaussage habituel ;
- éventuelle aide à la marche ;
- test chronométré.

Une valeur > 30 secondes signe un niveau de dépendance élevé.

Une valeur seuil de normalité à 12 secondes peut être utilisée pour la prescription de rééducation et d'une aide technique à la marche.

D'après : Gériologie pour le praticien. Paris: Masson; 2003.

ANTÉCÉDENTS :

- Médicaux :
- Chutes :
- Troubles podologiques :

AUTONOMIE DE MARCHÉ (vie quotidienne à la maison, faire ses courses, loisirs ; autonomie menacée : oui/non) :

- Souhaits du patient :
- Conseils au patient :
- Traitement et/ou évaluation à envisager (soins locaux, orthèses, examen médical, etc.)

SUIVI

Dates	Intervenants	Commentaires et conclusions