



**LE DOSSIER DU PATIENT
EN PEDICURIE-PODOLOGIE**

MAI 2001

Service des recommandations et références 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 l'ANAES 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 réalisé en mai 2001; il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication et Diffusion

159, rue Nationale - 75640 Paris cedex 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 2001, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

I.S.B.N.

Prix net

AVANT-PROPOS

La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. Dès lors, il est très difficile pour chaque professionnel de santé d'assimiler toutes les informations nouvelles apportées par la littérature scientifique, d'en faire la synthèse critique et de l'incorporer dans sa pratique quotidienne.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), qui a succédé à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), a notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des recommandations professionnelles.

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé.

Les recommandations professionnelles contenues dans ce document ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie explicite, publiée par l'ANAES dans le document intitulé : « Recommandations pour la Pratique Clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 ».

Le développement des recommandations professionnelles et leur mise en application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. Loin d'avoir une démarche normative, l'ANAES souhaite, par cette démarche, répondre aux préoccupations de tout professionnel de santé soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possible.

Professeur Yves MATILLON
Directeur général de l'ANAES

Les recommandations pour la pratique clinique sur le thème « Dossier du patient en pédicurie-podologie » ont été élaborées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé à la demande de l'Association Nationale pour la Recherche et l'Évaluation en Podologie.

La méthode de travail utilisées a été celle décrite dans le guide « Recommandations pour la pratique clinique – Bases méthodologiques pour leur réalisation en France – 1999 » publié par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

L'ensemble du travail a été coordonné par M. Pierre TRUDELLE, chef de projet, sous la responsabilité de M. le Dr Patrice DOSQUET, responsable du service recommandations et références professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, sous la responsabilité de Mme Rabia BAZI, responsable du service documentation, avec l'aide de Mme Nathalie HASLIN.

Le secrétariat a été réalisé par Mlle Isabelle LE PUIL.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil scientifique qui ont participé à la réalisation de ce travail.

GROUPE DE TRAVAIL

Pr Christian ROQUES, médecine physique et réadaptation, PARIS, Président du groupe de travail
M. Daniel VENNIN, podologue, LILLE, Chargé de projet
M. Pierre TRUDELLE, ANAES, PARIS, Responsable de projet

Mme Brigitte AUMONT, podologue, TOULOUSE
Pr Gérard CATHELIN, endocrinologue, PARIS
M. Frédéric FRÉROT, podologue, NICE
Dr Alain GENTIL, médecin podologue, PARIS
Dr Bernard LACROIX, médecine physique et réadaptation, SAINT-GENIS-LAVAL
Dr Thibaut LEEMRIJSE, chirurgien orthopédique, PARIS

M. Pierre NIEMCZYNSKI, podologue, AURILLAC
M. Dominique PERREIN, kinésithérapeute, PARIS
Dr Hélène RAGON, rhumatologue, CHAMBÉRY
M. Philippe SAILLANT, podologue, NANTES
M. Bruno SALOMON, podologue, NIORT
M. Philippe VILLENEUVE, podologue, PARIS

GROUPE DE LECTURE

Mme Véronique ALEXANDRE-GUILLOT, podologue, BAYEUX
Dr Sylvie AULANIER, médecin généraliste, LE HAVRE
Mme Marie-Claude AUTRUSSON, podologue, PARIS
M. Thierry BECHENNEC, podologue, OINVILLE-SUR-MONTCIENT
Mme Hélène BLANCART, podologue, PÉZENAS
Dr Bruno BLED rhumatologue, SAINT-BRIEUC
Mme Fanny BUREAU, podologue, VANNES
Dr Jean-Luc DESTON, médecin généraliste, ROUBAIX
Dr Jean-Claude DJIAN, médecin podologue, CHAMBÉRY
M. Jérôme DOUY, infirmier, VILLIERS-SAINT-DENIS
Mme Bénédicte FORESTIER, podologue, ORLÉANS
Dr Romain FORESTIER, rhumatologue, AIX-LES-BAINS
Dr Jean-Michel FUSTER, rhumatologue, PARIS
Mme Maïté GENET, infirmière, PARIS
Pr André GRIMALDI, endocrinologue, PARIS
Mme Françoise GRONDIN, infirmière, PARIS
Dr Serge GUILHEN, médecin généraliste, BRON
M. Dominique GUILLON, podologue, POITIERS
Dr Alain HÉRARD, médecin généraliste, urgentiste, NARBONNE
M. Claude HUERTAS, podologue, TOULOUSE
M. Marc JANIN, podologue, POITIERS
Pr Olivier JARDE, chirurgien orthopédique, AMIENS
Mme Cathy JOURNOT, podologue, RAMONVILLE

Dr Jean-Luc LANNAUD, médecin généraliste, ÉPANNES
M. Didier LE PATEZOUR, podologue, GRENOBLE
Dr Claudie LOCQUET, médecin généraliste, PLOURIVO
M. Thierry MERCIER, podologue, MEULAN
Mme Jocelyne MIRON-DION, podologue, LAVAL
Pr Jean-Louis MOULIN, médecin généraliste, SAINT-JUNIEN
Dr Jean-Michel ORIOL, médecin généraliste, SEPTÈMES
Dr Jean-Claude PERIÉ, médecine physique et réadaptation, ARLES
Dr Patrick POCHET, médecin généraliste, CLERMONT-FERRAND
M. Ivan RANSON, podologue, AIX-EN-PROVENCE
M. Jean-François TARALL, podologue, LES MUREAUX
Dr Jean-Bernard THIEUBAUT, médecin podologue, SAINT-ÉTIENNE-DU-ROUVRAY
M. Fabien VIARD, podologue, RAMBERVILLERS
M. Pascal VILPERT, podologue, ORSAY

SOMMAIRE

STRATÉGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	8
TEXTE DES RECOMMANDATIONS.....	9
ARGUMENTAIRE.....	11
I. INTRODUCTION.....	11
II. CADRE LÉGAL.....	11
III. LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE DOSSIER.....	12
III.1. <i>La classification internationale des handicaps</i>	12
III.2. Le Problem Oriented Medical Record (POMR).....	13
IV. ÉTAT DES LIEUX DE L'UTILISATION D'UN DOSSIER DU PATIENT EN PÉDICURIE-PODOLOGIE À L'ÉTRANGER.....	14
IV.1. <i>En Grande-Bretagne</i>	16
IV.2. <i>En Suède</i>	17
IV.3. <i>Aux Pays-Bas</i>	17
IV.4. <i>Autres pays européens</i>	17
IV.5. <i>Au Canada</i>	17
IV.6. <i>Aux États-Unis</i>	17
IV.7. <i>Conclusion</i>	18
V. UTILISATION D'UN DOSSIER DU PATIENT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN FRANCE.....	18
VI. ÉTAT DES LIEUX DE L'UTILISATION D'UN DOSSIER DU PATIENT EN PÉDICURIE-PODOLOGIE EN FRANCE.....	19
VII. DÉFINITION ET OBJECTIFS DU DOSSIER DU PATIENT EN PÉDICURIE-PODOLOGIE.....	19
VII.1. <i>Proposition de définition de dossier du patient en pédicurie-podologie</i>	19
VII.2. <i>Les objectifs du dossier du patient en pédicurie-podologie</i>	20
VII.2.1. Objectifs pour la prise en charge des patients.....	20
VII.2.2. Objectifs pour la pratique des soignants.....	20
VIII. RÈGLES PRINCIPALES À RESPECTER POUR L'ÉLABORATION DU CONTENU DU DOSSIER.....	21
LE CONTENU DU DOSSIER DU PATIENT EN PÉDICURIE-PODOLOGIE.....	22
I. RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS.....	22
II. RENSEIGNEMENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX.....	23
III. EXAMEN PAR LE PÉDICURIE-PODOLOGUE.....	25
III.1. <i>L'examen clinique</i>	25
III.1.1. L'examen des troubles trophiques.....	25
III.1.2. L'examen des troubles morphostatiques.....	25
III.1.3. L'examen podoscopique.....	26
III.1.4. L'examen clinique de l'équilibre (statique et dynamique).....	26
III.1.5. Un examen clinique local.....	26
III.2. <i>Examens instrumentaux</i>	26
III.2.1. La podographie.....	27
III.2.2. La baropodométrie.....	27
III.2.3. La stabilométrie ou posturographie.....	27
III.3. <i>Autres moyens d'investigation paracliniques</i>	27
III.4. <i>Fiabilité des informations recueillies</i>	27
IV. DIAGNOSTIC PAR LE PÉDICURIE-PODOLOGUE.....	28
V. OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT PAR LE PÉDICURIE-PODOLOGUE.....	28
VI. TRAITEMENTS PRATIQUÉS PAR LE PÉDICURIE-PODOLOGUE.....	28
VI.1. <i>Adéquation entre le projet thérapeutique et le projet du patient</i>	28
VI.2. <i>Séancier</i>	28
VII. RÉSULTATS DU TRAITEMENT-ÉVALUATION.....	29
VIII. COMPTE RENDU DE TRAITEMENT.....	29
IX. CONCLUSION.....	29
PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES.....	30
ANNEXE I. ORDONNANCES.....	31

ANNEXE II. ARRÊTÉ.....	35
ANNEXE III. COMPTE RENDU DE TRAITEMENT	38
ANNEXE IV. FICHE PATIENT.....	39
ANNEXE V. FICHE DE SOINS DE PÉDICURIE.....	40
ANNEXE VI. FICHE CLINIQUE ORTHÈSE.....	41
RÉFÉRENCES.....	44

STRATEGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Les banques de données MEDLINE, EMBASE, HealthSTAR, PASCAL, BDSP et COCHRANE LIBRARY et CINAHL ont été interrogées pour la période allant de 1990 à 2000.

Seules les publications de langue française ou anglaise ont été retenues.

Le mot clé : *Podiatry* a été associé à :

*Medical Record** OU, *Medical Records*, *Problem-Oriented* OU, *Medical Records Systems*, *Computerized* OU, *Data Collection* OU, *Records* OU, *Por* OU, *Problem oriented* (dans le titre) OU, *Record** (en texte libre) OU, *Ambulatory care* OU, *Outpatient** OU, *Outcome Assessment (Health Care)* OU, *Process Assessment (Health Care)* OU, *Assessment* (dans le titre) OU, *Quality Assurance*, *Health Care* OU, *Quality of Health Care* OU, *Quality Control* OU, *Program Evaluation* OU, *Evaluation Studies* OU, *Organization** OU, *Reference Standards* OU, *Evaluation and Follow Up*.

86 références ont été obtenues sur MEDLINE, 73 sur EMBASE et 21 sur HealthSTAR.

↳ La recherche sur la satisfaction du patient

Le mot clé : *Podiatry* a été associé à :

Patient satisfaction.

5 références ont été obtenues sur MEDLINE et 5 sur EMBASE.

Les sociétés savantes étrangères ont été contactées et nous ont fourni leurs travaux.

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Le groupe de travail a élaboré le référentiel du dossier en s'appuyant sur des paramètres jugés préférables ou indispensables. La notion d'information indispensable représente l'information minimale que doit contenir le dossier du patient. La notion d'information préférable représente les informations complémentaires qui donnent au document une qualité plus importante. Le choix de ces niveaux d'informations différents permet d'adapter le dossier aux types d'activités du praticien (activités de soins ou d'orthèses) et de donner une plus grande flexibilité à la rédaction du dossier.

Il est recommandé d'instaurer pour chaque patient un dossier et de le tenir à jour (accord professionnel).

Il convient de respecter les règles suivantes (accord professionnel) :

- la personne qui remplit le dossier doit être identifiée ;
- le dossier est structuré et simple d'utilisation ;
- il utilise un langage précis (glossaire), clair, un vocabulaire accessible à tous ;
- il contient des informations spécifiques à la pratique podologique (soins, orthèses) ;
- la gestion du dossier respecte la confidentialité des données concernant le patient.

Le dossier du patient contient différentes rubriques. Elles sont organisées en plusieurs parties en fonction des informations à reporter. Le dossier papier ou informatique peut suivre la même structure.

Le dossier du patient en pédicurie-podologie contient les données suivantes (accord professionnel) :

Renseignements socio-administratifs	
Nom	Indispensable
Prénom	Indispensable
Sexe	Indispensable
Date de naissance	Indispensable
Adresse	Indispensable
Numéro de Sécurité sociale (en cas de remboursement)	Indispensable
Téléphone professionnel et privé	Préféré
Pointure si orthèse	Indispensable
Profession	Indispensable
Activités et sports pratiqués	Préféré
Conditions de vie, habitat	Préféré
Personne référente du patient (père, mère, tuteur, etc.) Si mineur ou personne en incapacité juridique	Préféré
Date de création du dossier	Indispensable
Dates de consultation	Indispensable
Autres intervenants (références des autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient)	Préféré

Renseignements médico-chirurgicaux	
Taille-poids	Préférable
Habitudes de chaussage	Indispensable
Motifs de la consultation	Indispensable
Évaluation de la restriction fonctionnelle	Préférable
Sièges de la douleur	Indispensable
Évaluation de la douleur par des outils de mesure fiables	Indispensable
Histoire de la maladie (ancienneté et cause des troubles)	Préférable
Prescription médicale (s'il y en a une)	Préférable
Traitements précédents et en cours	Préférable
Contre-indications et précautions au cours du traitement podologique	Indispensable
Environnement humain et géographique (dépendance, éloignement)	Préférable

Renseignements podologiques	
Examen par le pédicure-podologue (contenant les fiches de bilans réactualisées et identifiées)	Indispensable
Diagnostic par le pédicure-podologue	Indispensable
Objectifs de la prise en charge podologique (comprenant notamment les objectifs de traitement et les priorités, les délais prévus pour atteindre les objectifs fixés)	Indispensable
Traitement podologique	Indispensable
Stratégie thérapeutique, préventive et éducative	Indispensable
Techniques employées, mesures objectives utilisées	Indispensable
Tenue d'un séancier pour le suivi thérapeutique	Indispensable
Adéquation entre projet thérapeutique et les attentes du patient	Préférable
Résultat du traitement-évaluation	Indispensable
Compte rendu de traitement en fonction de certaines situations	Indispensable

Une proposition d'organisation de ces informations sur un support papier différent est à envisager en fonction de la réalisation de soins pédicursaux ou de la réalisation d'orthèses.

Le groupe de travail propose d'effectuer des actions futures à l'issue de ce travail.

Ces actions concernent :

- la réalisation d'enquêtes de pratique pour étudier la mise en place de ces recommandations et leur impact dans la pratique quotidienne ;
- la surveillance des dossiers : données statistiques, organisation d'une collecte des données au niveau des professionnels ;
- la constitution d'un glossaire professionnel ;
- les outils de mesure : la mise en place d'études d'évaluation des outils de mesure dans le domaine podologique ;
- le dossier du patient est un élément du plateau technique du pédicure-podologue : une réflexion sur la mise en place des standards de bonnes pratiques professionnelles est à développer ;
- la mise en place :
 - d'un dossier informatique,
 - de réseaux professionnels (podologie du sport, diabète, etc.).

ARGUMENTAIRE

I. INTRODUCTION

Actuellement, on estime à plus de 7000 le nombre de pédicures-podologues en activité en France. Le pédicure-podologue pratique la podologie qui recouvre à la fois les soins et le traitement orthétique. La plupart des professionnels exercent leur activité en milieu libéral. Les actes réalisés par les pédicures-podologues sont surtout des actes manuels. La place de la rédaction de documents écrits est peu importante dans la pratique courante. D'autres professions de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.) se sont interrogées sur le contenu d'un dossier du patient. La profession de pédicure-podologue suit cette réflexion.

Les principales qualités du dossier sont :

- la communicabilité, qui est aussi bien interprofessionnelle qu'extraprofessionnelle ;
- la traçabilité, qui permet de garder en mémoire le suivi d'informations d'un patient, le suivi des soins et de constituer une sauvegarde des données pendant plusieurs années suivant la pathologie traitée (prise en charge des patients espacée dans le temps, actes variés) ;
- la transversalité qui concerne la transmission d'informations communes à plusieurs professions et facilite le suivi de pathologies spécifiques.

Le dossier du patient favorise le recueil de données en vue d'études et de recherche. Il incite aussi la profession à élaborer des protocoles pour le suivi du patient. Ce travail devrait aider à mieux structurer ce recueil de données.

Le dossier est actuellement libre, il est bon de rappeler qu'en cas de contentieux, la présentation du dossier du patient est fortement préconisée.

Le but de ces recommandations est de donner un modèle (un référentiel) utile pour le professionnel. La position du groupe de travail est de définir les éléments indispensables que devra contenir le document. À ces éléments s'ajoutent des éléments préférables qui donnent au document une qualité plus importante. Le pédicure-podologue adaptera ces recommandations à sa pratique quotidienne, ou à son type d'activité.

II. CADRE LEGAL

L'article 9 de la loi 84-391 du 24 mai 1984 leur confère le titre de pédicure-podologue. Ils doivent être titulaires du diplôme d'État. La durée des études préparatoires au diplôme d'État de pédicure-podologue est de trois ans. Les études sont dispensées dans des Instituts agréés par le ministre chargé de la Santé. Décret n° 91-1008 du 2 octobre 1991 (1).

Le décret n° 85-631 du 19 juin 1985 définit les compétences du pédicure-podologue (2).

**« DÉCRET DE COMPÉTENCE n° 85-631 DU 19 JUIN 1985 RELATIF
AUX ACTES PROFESSIONNELS ACCOMPLIS DIRECTEMENT
PAR LES PÉDICURES-PODOLOGUES »**

Article 1^{er}. Les pédicures-podologues accomplissent, sans prescription médicale préalable et dans les conditions fixées par l'article L.493 du Code de la santé publique, les actes professionnels définis aux articles 2, 3, 4, 5 et 6 suivants.

Article 2. Diagnostic et traitement des :

- a) hyperkératoses mécaniques ou non, d'étiologie ou de localisations diverses ;
- b) verrues plantaires ;
- c) ongles incarnés, onychopathies mécaniques ou non, et des autres affections épidermiques ou unguéales du pied, à l'exclusion des interventions impliquant l'effusion de sang.

Article 3.

- a) Exfoliation et abrasion des téguments et phanères (rabotage, fraisage et meulage).
- b) Soins des conséquences des troubles sudoraux.

Article 4. Soins d'hygiène du pied permettant d'en maintenir l'intégrité : surveillance et soins des personnes, valides ou non, pouvant présenter des complications spécifiques entrant dans le champ de compétence des pédicures-podologues.

Article 5. Prescription et application des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la Santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

NOTA – La liste des topiques à usage externe pouvant être prescrits et appliqués par les pédicures-podologues est fixée comme suit : - antiseptiques ; - antifongiques ; - hémostatiques ; - anesthésiques ; - kératolytiques et verrucides ; - produits à visée adoucissante, asséchante, calmante, cicatrisante ou révulsive, à l'exclusion des spécialités, autres que celles visées à l'art. R. 5170, renfermant des substances classées comme vénéneuses en application des art. L. 626 et R. 5149 C. santé publ. (Arr. 17 nov. 1988).

Article 6. Prescription, confection et application des prothèses et orthèses, onychoplasties, orthonyxies, orthoplasties externes, semelles orthopédiques et autres appareillages podologiques visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied.

Trois autres textes réglementent la profession (annexes I-II). Il faut retenir que les orthèses plantaires ne font plus l'objet d'une entente préalable depuis l'arrêté du 28 mai 1999 (3).

Il n'y a pas d'obligation légale à la rédaction d'un dossier du patient en pédicurie-podologie. Les différents décrets décrivent les compétences pratiques et le cadre légal d'exercice.

III. LES DIFFÉRENTS MODELES DE DOSSIER

Un dossier du patient se conçoit à la fois sur le fond et sur la forme. Il existe quelques modèles de rédaction qui permettent de structurer les données selon une organisation logique. Il a été retrouvé le modèle de la « classification internationale des handicaps » (CIH) qui pourrait s'adapter à la pratique de la pédicurie-podologie. Le modèle anglo-saxon POMR (*Problem Oriented Medical Records*) est également une approche pratique de plan de rédaction.

III.1. La classification internationale des handicaps

L'Organisation mondiale de la santé a publié une classification internationale des handicaps (CIH) reposant sur un concept logique. Ce modèle a permis de réaliser une classification des différentes déficiences, incapacités et désavantages que peut rencontrer un patient. Heerkens a décrit une adaptation de cette classification pour les professions paramédicales (4).

La maladie ou le problème de santé entraîne une «déficience » qui touche un organe. Cette déficience va entraîner une «incapacité » pour la personne à réaliser une activité. Cette incapacité va entraîner un «désavantage » (ou handicap) pour la personne dans sa vie dans la société. Ce schéma est symbolisé par cet enchaînement :

Maladie P Déficience P Incapacité P Handicap

Le thérapeute intervient dans ce modèle pour réduire ou soigner la déficience (exemple : soulager un appui plantaire), ce qui lui permet de réduire les incapacités (exemple : augmentation du périmètre de marche) ou le handicap du patient (exemple : rester debout pendant son travail).

Cette classification permet aux professionnels de mettre en place un projet thérapeutique (soigner des déficiences clairement identifiées, comme par exemple une perte de mobilité de la métatarso-phalangienne du gros orteil) orienté vers des objectifs précis (réduire des incapacités objectives, comme par exemple : pouvoir monter des escaliers, s'accroupir, etc.). L'intérêt de cette classification est de recueillir des documents rédigés selon le même schéma pour améliorer la communication interprofessionnelle. Elle suit un schéma logique et s'adapte à tout type de patient. Elle évite l'application de « recette thérapeutique » car le thérapeute crée des liens entre les informations de son bilan et les problèmes fonctionnels et sociaux du patient.

Nous n'avons pas retrouvé d'applications de la CIH dans le domaine de la podologie en France. Ce type d'approche n'a pas été retenu pour présenter le dossier du patient. Des travaux sur ce sujet sont à développer en France.

III.2. Le Problem Oriented Medical Record (POMR)

Ce modèle anglo-saxon est basé sur la recherche des problèmes cliniques du patient et non sur son diagnostic médical (5). Le plan de rédaction du POMR se divise en quatre parties :

- établir une «base de données » (comprenant l'histoire de la plainte, l'histoire médicale, le type de traitement médicamenteux, l'histoire sociale et l'examen du patient) ;
- établir la liste de problèmes du patient (un problème est défini comme « tout ce qui requiert un diagnostic ou une surveillance et qui peut perturber la qualité de vie comme la perçoit le patient », il est écrit avec des mots simples compréhensibles par tous) ;
- établir un plan de traitement initial (en précisant les objectifs thérapeutiques) ;
- conserver des notes de suivi (le modèle SOAP est utilisé, voir *infra*).

Le praticien élabore une liste de problèmes hiérarchisés en fonction de ce qui amène le patient à consulter (exemple : douleur en regard de la tête des métatarsiens, difficulté à marcher plus de 15 minutes). Dès qu'un problème est résolu cette liste est rectifiée.

Cette liste de problèmes apparaît en début de document. Elle permet d'identifier rapidement le ou les problème(s) des patients. À l'intérieur du document se trouvent les informations sur les antécédents du patient et les résultats des examens pratiqués. Une proposition thérapeutique est planifiée, dans le but d'atteindre des objectifs définis dans le temps.

Exemple d'un patient de 85 ans présentant comme diagnostic médical « une artérite oblitérante du membre inférieur ». La liste de problèmes pourrait être :

Ordre	Date	Liste de problèmes	Date de résolution
Problème 1	06/02/01	Douleur unguéale du gros orteil du pied gauche	
Problème 2	06/02/01	Marche difficile plus de 10 minutes	
Problème 3	06/02/01	Lésion traumatique de la pulpe des 1 ^{er} , 2 ^{ème} et 3 ^{ème} orteils du pied droit	

Au cours du suivi du patient des notes sont prises en respectant quatre rubriques : «SOAP notes» (*Subjective, Objective, Analysis, Plan*). Il s'agit :

- S : des informations subjectives rapportées par le patient ;
- O : des informations objectives mesurées par le praticien ;
- A : de l'analyse qui en est faite ;
- P : du plan thérapeutique qui en découle.

Ainsi, le praticien note uniquement, à chaque séance, les informations utiles. Il respecte l'ordre SOAP pour chaque problème. Si il n'y a pas de nouveautés à signaler il ne note rien en face de la lettre S, O, A ou P.

Exemple : 12/2/01 :

Problème 1 :

- O : douleur uniquement à la pression manuelle, chaussage non douloureux. Présence d'un éperon péri-unguéal.
- P : acte pédicural de retrait d'éperon.

Problème 2 :

- S : marche possible, le patient est rassuré quant à sa préservation d'autonomie.

Problème 3 :

- O : cicatrisation en cours
- P : conseils donnés au patient : détersion douce et passage d'une désinfection biquotidienne à une détersion quotidienne. Visite de contrôle du soin dans 48 heures.

Cette technique de prise de notes est très orientée vers la pratique. D'un seul coup d'œil, le praticien comprend les difficultés du patient. Ce modèle est utilisé dans les pays anglo-saxons dans beaucoup de professions différentes. Le SOAP a également été retrouvé dans les documents suédois.

L'intérêt principal de cette méthode « orientée vers la résolution de problème » est de pouvoir analyser les pratiques rapidement. À chaque problème peut correspondre tel examen ou tel acte thérapeutique. L'évaluation des résultats en fonction du traitement utilisé permet de mettre en évidence les solutions thérapeutiques les plus adaptées.

Nous n'avons pas retrouvé d'applications du POMR dans le domaine de la podologie en France. Ce type d'approche n'a pas été retenu pour présenter le dossier du patient. Des travaux sur ce sujet sont à développer en France.

IV. ÉTAT DES LIEUX DE L'UTILISATION D'UN DOSSIER DU PATIENT EN PEDICURIE-PODOLOGIE A L'ETRANGER

Il a été effectué une recherche sur les éventuelles recommandations d'un dossier du patient en pédicurie-podologie à l'étranger. Nous n'avons retenu que les documents émanant d'associations professionnelles et dont les pratiques présentent des similitudes avec celles de la France. La recherche d'informations sur l'utilisation d'un dossier du patient dans le domaine de la podologie a été rendue difficile par le peu de publications sur le sujet. Des contacts avec les sociétés savantes internationales sont à établir afin d'effectuer une analyse exhaustive sur le sujet. Pour ce document de recommandation, ce chapitre est une présentation limitée des documents que nous avons pu recueillir. Le but étant de s'inspirer de ces documents pour les adapter en France.

Tableau 1. Synthèse des informations contenues dans le dossier du patient pour quelques sociétés savantes européennes.

	<i>The Society of Chiropodists and Podiatrists</i> (Grande-Bretagne) (7)	<i>Sveriges Fotterapeuter</i> (Suède) (8)	<i>Nederlands Paramedisch Instituut</i> (Pays-Bas) (9)
Renseignements socio-administratifs			
Nom	X	X	X
Prénom	X	X	X
Sexe	X		X
Date de naissance	X		X
Adresse	X	X	X
Téléphone professionnel et privé	X	X	X
Profession	X		
Activités et sports pratiqués			
Personne référente		X	
Date de création du dossier			X
Dates de consultation	X		X
Autres intervenants			X
Renseignements médico-chirurgicaux			
Taille-poids			
Habitudes de chaussage			
Motif de la consultation	X		X
Évaluation du handicap fonctionnel	Neuro-vasc	Neuro-vasc-ftl	
Siège et évaluation de la douleur			X
Histoire de la maladie(ancienneté, causes, troubles)	X		X
Prescription médicale			
Traitements précédents, en cours, résultats	X		
Contre-indications et précautions au cours du traitement podologique			
Diagnostic podologique	X	X	X
Plan de traitement	X	POMR	orthèse-orthonyxie
Évaluation		X	X
Pronostic	X		X
Dossier spécifique diabétique		X	X
Accord du patient	X		
Honoraires			
Archivage des données			
Mini-dossier			X

IV.1. En Grande-Bretagne

La profession similaire à la podologie est appelée *podiatry*. Le titre ayant changé dans le temps on retrouve des synonymes (*chiropodist* ou *podologist*). Les Britanniques utilisent cette nouvelle terminologie en s'appuyant sur l'éthymologie. La *podiatry* vient du mot grec *podos* qui signifie pied et de *iatrea* qui signifie traitement médical. La *podiatry* est universitaire en Grande-Bretagne comme dans la plupart des pays anglo-saxons.

Les professionnels peuvent commencer à exercer (niveau bac+3 : *Bachelor*) et ils peuvent poursuivre leurs études (bac+4 : *Master of science*, bac+5 : *Master of Philosophy*, Bac+7 : *Doctor of Philosophy*) ; une partie de la profession poursuit ses études pour atteindre la spécialité médicale (*Fellowship in Podiatric Medicine of the College of Podiatrists*) ou la spécialité chirurgicale (*Fellowship in Podiatric Surgery of the College of Podiatrists*). Des spécialités concernant l'enfant (*Podopaediatrics*), la biomécanique (*Podiatric biomechanic*), ou le sport (*Podiatrics sports medicine*) sont également accessibles après le niveau *Bachelor*.

Tous les professionnels de *Bachelor* à *Doctor of Philosophy* sont membres d'une association professionnelle (*The Society of Chiropodists and Podiatrists*) qui régleme la profession. Une autre association existe pour ceux qui obtiennent la spécialité médicale ou chirurgicale (*The College of Podiatrists*) (6).

The Society of Chiropodists and Podiatrists a élaboré un code d'éthique. Parmi les 5 obligations pour être membre, il est demandé à tout praticien de maintenir à jour un dossier du patient pour chaque patient, et cela quel que soit le mode d'exercice du *podiatrist*. Les annexes 7, 8 et 9b du document original exposent les rubriques qui doivent composer le dossier du patient (consentement du patient, dossier du patient, dossier des patients « à risque ») (7). Les rubriques du dossier de l'annexe 8 sont les suivantes :

Données à compléter dans le dossier du patient lors de la première consultation :

1. - Détails personnels

- numéro d'identification,
- nom,
- adresse,
- date de naissance,
- téléphone,
- type de travail.

2. - Historique des principales plaintes

3. - Antécédents médicaux

4. - Traitement médicamenteux

5. - Antécédents chirurgicaux

6. - Évaluation du patient

- vasculaire : artérielle, veineuse et lymphatique,
- neurologique (si appropriée) : motricité, sensorielle, automatique,
- fonctionnelle,
- cutanée.

7. - Diagnostic podologique

8. - Plan thérapeutique

9. - Pronostic

IV.2. En Suède

Il existe un document clinique patient commun à l'ensemble des pédicures-podologues appelé *fojournal* (dossier du pied) (8).

Ce dossier comprend en grande partie des informations cliniques à remplir par le podologue (informations sur d'éventuels troubles neurologiques, circulatoires et sur les soins orthétiques). Un dessin des pieds est à compléter en utilisant 5 codes différents (blessure, rougeur, crevasse, callosité, pathologie osseuse). Le dossier comprend les données du patient sous forme de liste de problèmes (du type *Problem Oriented Medical Record*) avec la date de résolution et l'évaluation.

Un dossier spécifique concernant le patient diabétique est également proposé.

IV.3. Aux Pays-Bas

Le *Nederlands Paramedisch Instituut* a élaboré un modèle de dossier (9) qui comprend comme rubriques principales :

- l'information concernant le patient ;
- l'anamnèse ;
- l'examen podologique (informations locales, posturales, angulaires et empreintes) ;
- le diagnostic podologique ;
- le plan thérapeutique ;
- le suivi thérapeutique et les résultats thérapeutiques.

Un dossier spécifique concernant le patient diabétique est également proposé.

IV.4. Autres pays européens

Pour ce qui concerne les autres pays de l'Europe, nous n'avons pas retrouvé de textes officiels définissant des recommandations de pratique.

IV.5. Au Canada

Le *College of Chiropodists of Ontario* a établi des standards de bonne pratique sur le dossier du patient (10). Un certain nombre de critères sont exposés sur les données à contenir dans le dossier ainsi que sur le suivi, le matériel, etc.

Ces données sont plus générales (nom du patient, informations utiles concernant les examens du podologue ou des autres thérapeutes, etc.).

La Direction générale de la protection de la santé, et diverses associations de santé dont l'Association canadienne de podiatrie, l'*Ontario Society of Chiropodists*, l'*Ontario Podiatry Association* ont produit des recommandations dans le cadre de pathologies spécifiques. Le « guide de prévention des infections : soins des pieds à l'intention des dispensateurs de soins dans la collectivité ». Ce guide comprend des recommandations pour les soins des pieds pour prévenir les infections associées aux soins des pieds (11). Actuellement, la pratique de la podologie au Canada semble différente de la pratique française car le diplôme français de pédicurie-podologue n'est pas reconnu.

IV.6. Aux États-Unis

Aux États-Unis, l'*American Podiatry Association* a produit un texte de recommandations qui est plus destiné aux chirurgiens orthopédiques. Des recommandations de dossier spécifique concernant le patient diabétique sont proposées (12). La profession de *podiatry* aux États-Unis est purement chirurgicale, le diplôme français de pédicurie-podologue n'est pas reconnu.

IV.7. Conclusion

La documentation sur la manière de rédiger un dossier de patient dans les pays européens est en voie de structuration. Des documents sur des pathologies spécifiques existent, notamment sur le pied diabétique. Des modèles de documents différents existent concernant les activités de soins ou les activités d'orthèses. Nous conserverons cette approche pour présenter un modèle propre à chaque type d'activité.

Parmi les textes à l'étranger, on retrouve des perspectives et des préoccupations communes qui pourront être à la base d'un échange d'informations.

V. UTILISATION D'UN DOSSIER DU PATIENT PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE EN FRANCE

Différentes associations professionnelles se sont interrogées sur l'utilité d'un dossier du patient. En France, l'ANAES a publié des documents concernant le dossier du patient en médecine générale (13) ou pour les soins infirmiers (14) en s'appuyant sur le travail d'un groupe d'experts.

La méthode de travail a évolué avec l'interrogation d'un groupe de professionnels plus large (méthode de recommandations pour la pratique clinique (15) complétée éventuellement d'un questionnaire adressé aux professionnels.

Trois professions ont élaboré des recommandations selon cette méthode :

- l'odontologie (16) ;
- la masso-kinésithérapie (17) ;
- l'ergothérapie (18).

Ces professions de santé ont toutes recommandé l'utilisation d'un dossier pour tous les patients. Il existe un plan identique pour tous les dossiers, à savoir :

- renseignements socio-administratifs ;
- renseignements médicaux ;
- renseignements spécifiques à la pratique professionnelle.

En ce qui concerne le premier point, les informations sont souvent les mêmes quelle que soit la profession. Pour le deuxième point, des variations existent en fonction des pratiques. Pour le dernier point, les informations propres à la pratique de la spécialité font la spécificité du dossier. Nous conserverons ce plan pour présenter les informations retenues.

Afin de mieux hiérarchiser les différentes rubriques contenues dans le dossier les différents groupes de travail ont utilisé la notion d'information « indispensable » et « préférable ». On peut dire que l'information indispensable représente l'information minimale que doit contenir le dossier du patient et que la notion préférable représente les informations complémentaires qui donnent au document une qualité plus importante.

Cette présentation permet de donner une plus grande flexibilité et une plus grande adaptabilité au dossier en fonction des différents types d'exercice.

Pour le dossier du patient en pédicurie-podologie le groupe de travail a utilisé la même classification des items.

VI. ÉTAT DES LIEUX DE L'UTILISATION D'UN DOSSIER DU PATIENT EN PEDICURIE-PODOLOGIE EN FRANCE

La plupart des patients qui se présentent à la consultation de podologie ne sont pas envoyés par un médecin mais viennent consulter directement le pédicure-podologue (2).

Le pédicure-podologue a une connaissance suffisante des différentes affections et pathologies qu'il pourrait rencontrer, ce qui lui donne la possibilité d'orienter son patient vers la spécialité médicale appropriée si les affections rencontrées ne relèvent pas de son domaine (décret n° 91-1008 du 2 octobre 1991 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue (1)).

Il est difficile de dire ce que les pédicures-podologues notent comme informations concernant le patient. Il n'existe actuellement aucun état des lieux.

Deux éléments peuvent laisser supposer qu'il existe un dossier :

- la pratique de la pédicurie-podologie fait appel à un relevé d'honoraires ;
- les fabricants de matériel ont élaboré des fiches techniques que l'on retrouve sous forme cartonnée ou incluses dans des logiciels informatiques.

L'évaluation de l'utilisation de ces fiches n'a pas été retrouvée dans la littérature. Elles sont d'une très grande variabilité.

Enquête de pratique

L'envoi d'un questionnaire ouvert a été effectué auprès des instituts de formation et des professionnels afin de recueillir les informations que doit contenir le dossier du patient. Les questionnaires ont été adressés à 7 500 professionnels par l'intermédiaire d'une revue (envoi exceptionnel à l'ensemble de la profession pratiqué 2 fois par an). Les premiers résultats de ce questionnaire font apparaître 3 points importants :

- les professionnels utilisent une fiche différente pour les actes de soins et pour les actes d'orthèses ;
- le support utilisé est soit un format A5 de fiche bristol, soit une fiche informatisée comprise dans un programme informatique ;
- les informations de l'examen clinique du patient sont liées aux actes de soins ou d'orthèses.

Ce questionnaire appuie le fait qu'il faut laisser une grande flexibilité aux professionnels dans la rédaction du dossier du patient. Car en fonction du type d'actes réalisés (soins ou orthèses) l'examen clinique pratiqué sera très différent.

VII. DEFINITION ET OBJECTIFS DU DOSSIER DU PATIENT EN PEDICURIE-PODOLOGIE

VII.1. Proposition de définition de dossier du patient en pédicurie-podologie

Le dossier du patient est un document papier ou informatique qui permet de conserver les renseignements nécessaires à la mise en place du diagnostic et au suivi du traitement podologique. Il facilite les échanges interprofessionnels. Il représente un référentiel pour structurer les aspects curatifs, préventifs, éducatifs et relationnels de la prise en charge d'un patient en pédicurie-podologie.

Cette définition s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Cette définition n'est pas définitive, elle pourra évoluer dans le temps.

VII.2. Les objectifs du dossier du patient en pédicurie-podologie

Les données concernant les patients sont nombreuses et variées, il s'agit de retrouver à tout moment et rapidement les informations nécessaires au traitement et au suivi du patient. En France, peu de méthodes sont proposées pour structurer ces informations afin d'en optimiser l'utilisation.

Les objectifs du dossier concernent à la fois le patient et le praticien.

VII.2.1. Objectifs pour la prise en charge des patients

Mettre en place des traitements adaptés et de qualité. L'absence de dossier du patient ne permet pas au praticien de mémoriser toutes les informations du patient. La prise en charge du patient peut s'en ressentir (oubli de contre-indications, impossibilité d'obtenir des évaluations objectives, etc.).

Proposer un système d'information parfaitement structuré. La variabilité des informations disponibles pour les pédicures-podologues est actuellement importante. Chacun utilise des fiches collectées par son cercle de connaissances.

Développer la communication interprofessionnelle, ce qui permettra de partager l'information et de la diffuser de manière commune. Le patient rencontre de plus en plus d'intervenants dans le processus de soin. Le dossier du patient assurera une coordination de qualité entre les différents professionnels et une cohérence dans le traitement.

Évaluer les traitements podologiques (7). L'interprétation des données entre les différents praticiens est difficile dans le cadre d'analyse de pratique. L'analyse des résultats issus du traitement permettra à la profession d'évaluer les pratiques.

Identifier les attentes des patients de manière à y répondre. Cela permettra de rendre explicite les besoins du patient. Le patient pouvant consulter son dossier à tout moment.

Avoir un document structuré qui permet d'effectuer un interrogatoire de manière exhaustive. Les documents réalisés de manière empirique présentent plus de possibilités d'oublier des informations.

VII.2.2. Objectifs pour la pratique des soignants

Évaluer les pratiques professionnelles. Le dossier du patient en pédicurie-podologie représente la clé de l'évaluation de l'exercice. Il peut permettre d'apprécier avec assez de précision une pratique professionnelle et la qualité de celle-ci (19). Il est le moyen pour la profession d'avoir un recueil de données qui pourra servir à analyser les pratiques ou rédiger des registres (suivi de pathologies spécifiques) (20).

Permettre d'initier des recherches en podologie. Il sera possible d'identifier les points qui posent des difficultés et qui détermineront les axes de recherche en podologie.

Servir de référentiel dans le cadre juridique. Le pédicure-podologue reste responsable de l'exécution du traitement. En cas de problème le dossier du patient pourra représenter un document essentiel en cas d'action en justice menée à l'initiative des patients (21).

Favoriser la formation (initiale et continue) et développer à travers elle une démarche d'analyse et une vision synthétique des problèmes du patient dans la pratique quotidienne.

Assurer une meilleure gestion de l'activité des professionnels. Un examen clinique bien mené et résumé par des données claires, un diagnostic écrit et des objectifs bien établis représenteront un gain de temps pour la prise en charge du patient (22).

VIII. REGLES PRINCIPALES A RESPECTER POUR L'ELABORATION DU CONTENU DU DOSSIER

Pour une utilisation optimale (en exercice libéral comme en exercice institutionnel), le dossier du patient en pédicurie-podologie doit :

- concerner tous les patients ;
- être structuré ;
- être adaptable : il ne s'agit pas d'établir un dossier commun à la fois à tous les patients et à tous les pédicures-podologues quel que soit leur mode d'exercice. En revanche, il paraît nécessaire de déterminer une trame commune qui servira de base à la mise en place du dossier. Celle-ci permettra une déclinaison du document en fonction de la diversité de la prise en charge des patients (23) ;
- être simple d'utilisation ;
- être clairement écrit et organisé en fonction des activités de soins dans un ordre naturel ;
- utiliser un langage précis. La constitution d'un glossaire facilitera la communication entre les professionnels. C'est aux professionnels de se réunir pour élaborer un langage commun ;
- être facile à lire et à comprendre de façon à pouvoir comprendre la logique des décisions ou pour pouvoir effectuer un audit aisément ;
- employer un vocabulaire accessible à tous ;
- respecter la confidentialité ; l'accessibilité de tous les intervenants pédicures-podologues ou autres professionnels de santé ne doit pas faire oublier les règles du secret professionnel pour protéger la vie privée du patient (21).

Règles spécifiques concernant l'informatisation des données

Dans le cadre de l'informatisation des données, il faudra respecter les règles édictées par la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté). Tout traitement automatisé d'informations directement ou indirectement nominatives doit être déclaré à la CNIL (21, rue Saint-Guillaume 75007 Paris). Si les fichiers médicaux ont pour fin «le suivi thérapeutique ou médical individuel des patients » ou si les analyses dont ils sont l'objet à des fins de recherche sont «réalisées par les personnels assurant ce suivi et destinées à leur usage exclusif », ils sont alors soumis à la procédure générale définie par la loi du 6 janvier 1978. S'ils ont « pour fin la recherche dans le domaine de la santé », ils répondent aux nouvelles dispositions prévues par la loi Huriet (24).

La loi du 6 janvier 1978 ne se limite pas à la réglementation de la création des traitements informatisés et de la collecte de données. Elle confère aux personnes fichées des droits individuels qui permettent à tout citoyen d'exercer un véritable contrôle sur ces données.

Ces droits sont :

- le droit à l'information ;
- le droit d'opposition ;
- le droit d'accès ;
- le droit de contestation ;
- le droit de rectification ;
- le droit à la sécurité.

Le chapitre V ter de la loi du 6 janvier 1978 et le décret d'application du 27 octobre 1999 (25) précisent dans quelles conditions est autorisé le traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques et d'activités de soins et de prévention.

LE CONTENU DU DOSSIER DU PATIENT EN PEDICURIE- PODOLOGIE

Ce chapitre va synthétiser les informations des chapitres précédents.

Le dossier du patient contient différentes rubriques. Elles sont organisées en plusieurs parties en fonction des informations à reporter. Nous conserverons le plan habituel utilisé pour les recommandations pour la pratique clinique des dossiers publiés par l'ANAES.

Nous ne ferons pas de recommandations spécifiques pour les actes de soins ou les actes d'orthèses. En revanche, la notion d'informations indispensables implique pour le thérapeute de faire figurer cette information quel que soit le type d'exercice. Le choix entre information indispensable et préférable a été effectué en utilisant la méthode de consensus d'experts formalisé. Le groupe de travail a effectué un vote compris entre 1 et 9 pour définir le choix entre indispensable et préférable. Les résultats de ce vote ont également été soumis au vote par un groupe de lecture indépendant. Le groupe de travail a recherché les points d'accord ou de désaccord pour finaliser les recommandations. Cette méthode a été utilisée car elle permet de faire apparaître un consensus professionnel. Le groupe de travail souhaite que la recherche et l'évaluation se poursuivent dans ce domaine.

Le dossier papier ou informatique peut suivre la même structure.

I. RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS

Les renseignements compris dans cette rubrique (*tableau 2*) permettent l'identification de la personne. L'informatisation des données facilite la recherche d'informations.

Tableau 2. Renseignements socio-administratifs (la notion d'information indispensable représente l'information minimale que doit contenir le dossier du patient. La notion d'information préférable représente les informations complémentaires qui donnent au document une qualité plus importante).

Nom	Indispensable
Prénom	Indispensable
Sexe	Indispensable
Date de naissance	Indispensable
Adresse	Indispensable
Numéro de Sécurité sociale (en cas de remboursement)	Indispensable
Téléphone professionnel et privé	Préférable
Pointure (si orthèse)	Indispensable
Profession	Indispensable
Activités et sports pratiqués	Préférable
Conditions de vie, habitat	Préférable
Personne référente du patient (père, mère, tuteur, etc.) si mineur ou personne en incapacité juridique	Préférable
Date de création du dossier	Indispensable
Dates de consultation	Indispensable
Autres intervenants (références des autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient)	Préférable

Commentaires concernant les informations socio-administratives

Pour chacune des rubriques du *tableau 2* vous pouvez retrouver ci-dessous les commentaires, les exemples ou le type d'informations à conserver.

1 - Nom

Pour les femmes, noter le nom de jeune fille et le nom usuel (marital).
Veiller à changer le nom lors des changements d'état civil.

2 - Prénom

Permet de différencier les membres d'une même famille ainsi que les homonymes.

3 - Sexe

Pour les prénoms mixtes ou ceux dont on ne peut facilement distinguer le genre.

4 - Date de naissance

L'âge du patient peut être un élément indispensable à la conduite du traitement.

5 - Adresse

Dans le cadre de traitements à domicile, il peut être pratique d'apporter certaines précisions. Par exemple : étage, n° d'appartement, code d'accès. L'adresse électronique ou le fax peuvent devenir aussi importants à connaître que l'adresse postale, possibilité de laisser des messages, de dialoguer.

6 - Numéro de Sécurité sociale (en cas de remboursement)

La prise en charge d'un traitement remboursé nécessite de connaître le numéro de Sécurité sociale.

7 - Téléphone

Quelquefois nécessaire pour avertir le patient d'une modification ou d'un report de rendez-vous initialement fixé.

8 - Pointure (si orthèse)

La réalisation d'une orthèse plantaire dépend de la pointure du patient. Un tarif spécifique correspond aux pointures : inférieur au 28, du 28 au 37, et au-delà du 37. Il est défini par le TIPS (tarif interministériel des prestations sanitaires).

9 - Profession

Indiquer la typologie de l'exercice professionnel (assis, debout, travail sur écran, etc.) afin de comprendre les implications du type d'exercice professionnel dans le problème du patient.

10 - Activités et sports pratiqués

Ce type de renseignements peut orienter la détermination des objectifs à atteindre et donc la conduite du traitement.

11 - Conditions de vie, habitat

Permet de comprendre le cadre de vie de la personne.

12 - Personne référente du patient

Nom, lien de parenté (père, mère, tuteur), adresse, téléphone ou nom de l'assuré si le patient ne porte pas le même nom.

13 - Date de création du dossier

Permet de connaître le début de la prise en charge du patient par le professionnel.

14 - Dates de consultation

Indications sur la durée du traitement, sa fréquence.

15 - Autres intervenants

Il sera utile de connaître les professionnels s'intéressant à la pathologie du pied du patient (médecins traitants ou spécialistes) notamment dans les pathologies chroniques (artériopathies, diabétiques) pour la transmission des informations.

II. RENSEIGNEMENTS MEDICO-CHIRURGICAUX

L'essentiel des informations de cette rubrique est obtenu par l'interrogatoire du patient. Elles concernent les antécédents du patient (*tableau 3*). Dans le cadre de traitement spécifique, la collecte des informations peut être complétée par la consultation de comptes rendus médicaux ou chirurgicaux.

Tableau 3. Renseignements médico-chirurgicaux (la notion d'information indispensable représente l'information minimale que doit contenir le dossier du patient. La notion d'information préférable représente les informations complémentaires qui donnent au document une qualité plus importante).

Taille-poids	Préférable
Habitudes de chaussage	Indispensable
Motifs de la consultation	Indispensable
Évaluation de la restriction fonctionnelle	Préférable
Sièges de la douleur	Indispensable
Évaluation de la douleur par des outils de mesure fiables (échelle visuelle analogique, échelle numérique, échelle verbale)	Indispensable
Histoire de la maladie (ancienneté et cause des troubles)	Préférable
Prescription médicale (s'il y en a une)	Préférable
Traitements précédents et en cours	Préférable
Contre-indications et précautions au cours du traitement podologique	Indispensable
Environnement humain et géographique (dépendance, éloignement)	Préférable

Commentaires concernant les informations médico-chirurgicales

Pour chacune des rubriques du *tableau 3* vous pouvez retrouver ci-dessous les commentaires, les exemples ou le type d'informations à conserver.

1 - Taille-poids

La taille et le poids du patient sont intéressants à connaître pour établir le rapport poids-taille. Ces informations sont rapportées par le patient, il n'est pas indispensable de mesurer et de peser tous les patients.

2 - Habitudes de chaussage

Les types de chaussures, la fréquence de leur utilisation permettent de mieux comprendre les sollicitations mécaniques du pied.

3 - Motifs de la consultation

Écoute des attentes du patient et de son objectif thérapeutique.

4 - Évaluation de la restriction fonctionnelle

Elle permet d'apprécier les capacités et les incapacités du patient. Cela permet de connaître l'autonomie du patient.

5 - Sièges de la douleur

Les différents types de douleur sont à noter soit sur un schéma anatomique, soit en précisant la localisation anatomique.

6 - Évaluation de la douleur

L'utilisation de l'échelle visuelle analogique 100 mm (EVA) ou d'outils de mesure qualitatifs ou quantitatifs permet de faire une évaluation plus rigoureuse de la douleur (26). Cette information peut aider au diagnostic (ex : maladie de Morton, épiphysite calcanéenne, etc.).

7 - Histoire de la maladie

Les informations qui y figurent sont celles qui peuvent être utiles pour le suivi d'une pathologie, la compréhension d'une situation clinique, la prévention.

8 - Prescription médicale

Peut apporter des éléments essentiels dans le choix thérapeutique (ex : type de diabète, résultats attendus, choix des matériaux, type de technique à employer). Dans la pratique quotidienne courante le patient se présente sans prescription.

9 - Traitements précédents, en cours et résultats

Certains traitements médicaux peuvent influencer le traitement podologique : anticoagulants, myorelaxants, barbituriques, etc.

10 - Contre indications et précautions au cours du traitement podologique

Insuffisance cardiaque, comportement psychologique particulier, diabétique, artéritique, allergie cutanée, risques contagieux, neuropathie, etc.

11 - Environnement humain et géographique (dépendance, éloignement)

Le but est de connaître le cadre de vie du patient (périmètre de marche, besoin d'une aide extérieure), ainsi que le niveau et les habitudes de vie.

III. EXAMEN PAR LE PEDICURE-PODOLOGUE

Il concerne les actes de soins et d'orthèses. En fonction de la situation, cet examen est plus ou moins détaillé. L'exploration peut aller de l'analyse de l'état trophique de la peau et de l'ongle à l'analyse vidéo en trois dimensions des déplacements du pied. Nous exposerons ci-après les différents examens le plus souvent pratiqués. Parfois, le pédicure-podologue peut être amené à donner un avis podologique afin de compléter un diagnostic ou d'obtenir des informations plus spécifiques. Dans ce cas, le médecin prescripteur attend un rapport de diagnostic présentant en quelques paragraphes l'état du patient.

III.1. L'examen clinique

Les examens cliniques pratiqués en France sont très variables. Le groupe de travail a proposé de présenter les différents types d'examens selon cinq axes :

- l'examen des troubles trophiques ;
- l'examen des troubles morphostatiques ;
- l'examen podoscopique ;
- l'examen clinique de l'équilibre (statique et dynamique) ;
- un examen clinique général : neurologique, vasculaire, articulaire, etc.

Ces différents examens ne sont pas toujours pratiqués, ils sont fonction des problèmes du patient. Si possible, ces examens sont complétés de photos ou de vidéos qui permettent de stocker les informations cliniques détectées.

III.1.1. L'examen des troubles trophiques

Il consiste le plus souvent à apprécier l'état des tissus cutanés et l'état unguéal. La localisation des lésions est à noter.

III.1.2. L'examen des troubles morphostatiques

Cet examen morphostatique général cherche le plus souvent à caractériser l'existence : d'une inégalité ou de déformations frontales du membre inférieur, d'asymétrie des axes des ceintures scapulaire et pelvienne (inclinaisons et girations), d'un déséquilibre frontal ou sagittal du rachis en charge (cyphoscoliose). Différents auteurs ont publié sur le sujet. Nous citons une référence pour obtenir des informations plus détaillées (27).

Les mesures devront répondre à la nécessité de préciser de façon objective le degré des déviations des articulations. Les professionnels ont à leur disposition :

- un goniomètre pour les mesures des angles (flexum de hanche, rotation fémorale, flexum de genou, recurvatum, rotation tibiale, angle fémoro-tibial, angle tibio-calcanéen, pronosupination du pied, etc.) ;
- un hydro-goniomètre pour les mesures directes du valgus par rapport à la verticale ;
- un stéréomètre de Bourdiol pour les mesures de rotation des ceintures pelvienne et scapulaire ;
- le fil à plomb et la règle graduée pour les mesures des flèches rachidiennes.

Ce bilan est utile lors de la réalisation d'actes à visée de correction posturale ou lors de la surveillance de l'évolution de la posture d'un patient.

III.1.3. L'examen podoscopique

Les empreintes podoscopiques révèlent les images d'appui. Différents auteurs ont publié sur le sujet. Nous citons une référence pour obtenir des informations plus détaillées (28). Habituellement, il est noté une augmentation ou une diminution de la surface d'appui avec une éventuelle asymétrie. On remarque également l'augmentation ou la diminution des pressions plantaires selon l'intensité de blanchiment des tissus. Cet examen est plus spécifiquement pratiqué lors de la réalisation d'orthèses.

III.1.4. L'examen clinique de l'équilibre (statique et dynamique)

L'examen de l'équilibre permet de mieux appréhender l'organisation posturale du patient. Il s'effectue de manière statique et dynamique (27, 29).

— *Bilan statique*

Il peut être réalisé sur un podoscope :

- en appui bipodal : il permet de rechercher l'existence d'un appui préférentiel sur un pied. Ce contrôle de l'appui bipodal peut être sensibilisé en déstabilisant le patient dans le sens antéro-postérieur ou latéral, en lui demandant de s'incliner volontairement en avant ou en arrière tout en gardant son équilibre ;
- en appui unipodal : ce test permet de contrôler analytiquement la qualité d'équilibration de chacun des membres inférieurs.

— *Bilan dynamique*

L'examen dynamique permet de se rendre compte de la mobilité globale du corps dans tous les sens de mouvements. L'analyse de la marche s'effectue sur une piste de marche ou sur le sol. Elle peut être analysée à l'œil nu ou à l'aide de moyens plus sophistiqués. Les éléments complétant l'examen sont conservés.

Ces examens sont plus spécifiquement pratiqués lors de la réalisation d'orthèses. Ils sont souvent pratiqués avant et après correction orthétique.

III.1.5. Un examen clinique local

Cet examen comporte en général :

- un examen du pied à la recherche : de troubles statiques dont on précisera la réductibilité ou non, de complications trophiques locales, d'un déficit sensitif ou moteur caractérisé ;
- un examen neurologique et vasculaire ;
- la recherche d'une hyperlaxité articulaire.

III.2. Examens instrumentaux

Dans certains cas, des examens instrumentaux sont pratiqués. Ils permettent de recueillir d'autres informations et de conserver les données dans le but d'un suivi du patient.

Il s'agit de :

- la podographie ;
- la baropodométrie ;
- la stabilométrie ou posturographie.

Ils sont le plus souvent utilisés dans le cadre de la confection d'orthèses.

III.2.1. La podographie

Le podographe à feuille de caoutchouc est un appareil qui permet d'obtenir un instantané de l'empreinte plantaire. Il permet de conserver un document dans le dossier du patient, de pratiquer des mesures et de tracer le plan des orthèses plantaires (28). Les techniques utilisées se perfectionnent périodiquement, faisant appel à des procédés tels que photographie, radiographie, informatique (scanner).

III.2.2. La baropodométrie

La baropodométrie numérique permet de mesurer les pressions locales exercées sur la sole plantaire en statique et en dynamique lors de la marche. Son utilisation vise à l'évaluation et au suivi des troubles fonctionnels dans la pathologie du pied (30).

III.2.3. La stabilométrie ou posturographie

L'évaluation de l'équilibre s'est développée à partir de la conception des plates-formes de forces, d'abord statiques puis dynamiques et enfin couplées aux données électromyographiques et cinématiques. Malgré la complexité croissante des systèmes, cet examen apporte des données quantitatives sur le maintien postural du patient.

III.3. Autres moyens d'investigation paracliniques

Le pédicure-podologue peut être amené à exploiter des renseignements issus d'examen paracliniques et qui peuvent être utiles à la prise en charge du patient. Nous retrouvons les examens et compte rendus :

- d'imagerie médicale (radiographies (31), IRM, etc.) ;
- de biologie (compte rendu d'examen microbiologiques) ;
- neurophysiologique (par exemple électromyographie).

III.4. Fiabilité des informations recueillies

En fonction de la situation, il est nécessaire d'utiliser des outils adaptés à la situation clinique. Les moyens de mesure en podologie sont très peu évalués. Pour être considéré comme fiable un moyen de mesure doit posséder des caractéristiques de :

- reproductibilité : le même praticien (« fiabilité intra-observateur ») ou d'autres praticiens (« fiabilité inter-observateurs ») doivent retrouver le même résultat lors de la répétition d'une même mesure ;
- sensibilité : à quelques jours d'intervalle, les mesures obtenues permettent par comparaison la mesure de l'évolution, de la stabilisation ou de la régression des problèmes du patient ;
- validité : le moyen de mesure doit être corrélé à un autre moyen de mesure considéré comme une référence (un étalon).

La recherche d'outils de bilan fiables en pédicurie-podologie est à promouvoir afin de permettre une analyse objective des interventions du praticien.

Les moyens utilisés par le pédicure-podologue pour effectuer un examen podologique sont à évaluer pour en connaître la fiabilité.

Actuellement, l'utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) est un bon moyen de recueillir des informations sur l'intensité de la douleur ressentie par le patient.

IV. DIAGNOSTIC PAR LE PEDICURE-PODOLOGUE

Le diagnostic pratiqué par le pédicure-podologue permet, à partir des renseignements médicaux, de l'examen podologique réalisé par le pédicure-podologue et du projet du patient, de formuler la problématique à partir de laquelle on pourra déterminer les éléments à traiter en priorité.

En fonction de ce diagnostic, le pédicure-podologue établit une stratégie thérapeutique curative, préventive et éducative à intégrer dans la thérapeutique du patient. Cette stratégie sera ajustée en comparant les résultats escomptés avec les résultats obtenus.

V. OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT PAR LE PEDICURE-PODOLOGUE

Le pédicure-podologue s'occupe des troubles trophiques du pied, des troubles morphostatiques et dynamiques qui engendrent, outre leur caractère inesthétique, une gêne fonctionnelle plus ou moins importante qui s'aggravera avec l'âge. À l'apparition des premiers signes de décompensation, des mesures simples peuvent être utilisées (orthèses plantaires, orthoplasties, orthonyxies, les soins, etc.). Ces actions thérapeutiques peuvent donner des résultats à court, moyen ou long terme (28).

Les objectifs doivent être réalistes, compréhensibles (exprimés sous forme de verbes d'action « être capable de ... »), concrets, précis et mesurables.

VI. TRAITEMENTS PRATIQUES PAR LE PEDICURE-PODOLOGUE

Les examens pratiqués débouchent sur une ou des propositions thérapeutiques ou principes thérapeutiques formulés par le pédicure-podologue. Il s'agit du plan thérapeutique du pédicure-podologue.

Le pédicure-podologue cite les techniques utilisées en fonction des pathologies (neurologique, diabétique, vasculaire, infectieuse, inflammatoire, post-chirurgicale, etc.). Il doit :

- écrire les principes thérapeutiques ;
- définir les moyens thérapeutiques utilisés.

Les moyens thérapeutiques seront modifiés ou poursuivis en fonction des résultats obtenus. En cas de modification, la date de modification sera précisée.

VI.1. Adéquation entre le projet thérapeutique et le projet du patient

Le pédicure-podologue cherche à identifier les attentes et préoccupations du patient. Il faut présenter clairement et objectivement le traitement au patient et son évolution dans le temps. Des informations intermédiaires pourront peut-être modifier la prise en charge en vue de mieux répondre ou de faire évoluer ses attentes.

VI.2. Séancier

Un séancier peut être mis en place pour assurer un suivi thérapeutique au cours des visites suivantes.

Il comprendra les informations suivantes :

Consultation du ../../.. :

Pathologies :

Traitement :

Techniques :

Consultation du ../../.. :

Pathologies, etc.

Signature du professionnel

VII. RESULTATS DU TRAITEMENT-EVALUATION

Lorsque c'est possible, les actes réalisés par le pédicure-podologue sont évalués :

- par le pédicure-podologue. À la fin de chaque consultation et à la fin du traitement, une évaluation des progrès sera faite par mesures comparatives en utilisant toujours les mêmes critères de mesure ;
- par le patient. Recueil de l'avis subjectif du patient. Cet avis pourra être complété par l'utilisation d'un questionnaire sur la qualité de vie du patient, ou d'un questionnaire de satisfaction. Actuellement aucun outil de ce type n'a été retrouvé.

Les résultats obtenus sont notés et datés dans le dossier du patient.

VIII. COMPTE RENDU DE TRAITEMENT

Si le médecin envoie le patient :

- une lettre sera faite au médecin prescripteur avec le compte rendu de fin de traitement, ce qui lui permettra de connaître les résultats obtenus (exemple : annexe III).

Sans prescription médicale :

- le pronostic sera donné par le pédicure-podologue (32) ;
- une lettre sera faite au médecin traitant dans le cas de certaines pathologies : diabétique, neurologique, infectieuse, rhumatologique, inflammatoire.

IX. CONCLUSION

Un modèle de rédaction de fiches est proposé en annexes IV, V, et VI. Il permet de s'adapter à la pratique de soins ou d'orthèses. Il s'agit de la reprise des différentes rubriques et informations citées précédemment. Le professionnel adaptera la présentation à sa pratique ou selon le type de support qu'il utilise habituellement (informatique ou papier). Le principe étant de retrouver les informations citées dans le texte des recommandations.

Trois modèles sur un support papier sont proposés :

- le premier modèle (annexe IV) est à utiliser quel que soit le problème du patient, il comporte les informations du patient ;
- le deuxième modèle (annexe V) est à utiliser si des actes de soins sont pratiqués ;
- le troisième modèle (annexe VI) est à utiliser si la réalisation d'orthèse est pratiquée.

Ce document a été réalisé pour être utilisé quel que soit le mode d'exercice (hospitalier, centre, libéral).

PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

Le groupe de travail a estimé que des actions futures pourraient être effectuées après la réalisation de ce travail.

Ce document constitue une première pour la profession de pédicure-podologue. Des enquêtes de pratique devraient être lancées afin d'étudier l'utilisation de ces recommandations. Plusieurs possibilités sont envisageables : la réalisation d'audit de pratique en utilisant les recommandations comme référentiel, l'analyse des données recueillies dans les logiciels informatiques professionnels, ou bien des études d'impact des recommandations dans la pratique professionnelle ou l'enseignement.

La constitution d'un glossaire professionnel est à établir par les professionnels de manière à utiliser un langage commun et éventuellement un système d'abréviation consensuel.

La mise en place d'un dossier informatique ou de dossiers spécifiques à certaines pratiques (podologie du sport, diabète, etc.) est à développer. Ces systèmes de prise de notes devraient aider à la constitution de réseaux interprofessionnels locaux ou nationaux.

L'organisation d'une collecte des données réalisée par les professionnels permettrait de mieux évaluer les pratiques et d'obtenir des données statistiques sur la pratique professionnelle.

Un travail d'évaluation des outils de mesure dans le domaine podologique est à entreprendre pour déterminer les caractéristiques des moyens utilisés en pratique courante.

Le dossier du patient en pédicurie-podologie est un élément du plateau technique du pédicure-podologue. Une réflexion sur la mise en place des standards de bonnes pratiques est probablement à mettre en œuvre à l'image des associations professionnelles anglo-saxonnes.

ANNEXE I. ORDONNANCES

(Code de la santé publique – mars 2001) (33)

NB : un texte portant sur la création d'un conseil des professions de santé est en cours d'élaboration et devrait remplacer l'ordre défini par l'ordonnance L.4322-8 à L.4322-15.

PARTIE LÉGISLATIVE

L.4322-1 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Seuls les pédicures-podologues ont qualité pour traiter directement les affections épidermiques, limitées aux couches cornées et les affections unguéales du pied, à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion de sang.

Ils ont également seuls qualité pour pratiquer les soins d'hygiène, confectionner et appliquer les semelles destinées à soulager les affections épidermiques.

Sur ordonnance et sous contrôle médical, les pédicures-podologues peuvent traiter les cas pathologiques de leur domaine de compétence.

L.4322-2 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Peuvent exercer la profession de pédicure-podologue et porter le titre de pédicure-podologue, accompagné ou non d'un qualificatif, les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles L.4322-3 et L.4322-4, ou titulaires des autorisations prévues aux articles L.4322-5 et L.4322-6 et inscrites au tableau de l'ordre des pédicures-podologues.

L.4322-3 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Le diplôme d'État de pédicure-podologue est délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme sont fixés par décret.

L.4322-4 Modifié par l'ordonnance n° 2001

Peuvent être autorisés à exercer la profession de pédicure-podologue, sans posséder le diplôme mentionné à l'article L.4322-3, les ressortissants d'un État membre de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'espace économique européen qui ont suivi avec succès un cycle d'études les préparant à l'exercice de la profession et répondant aux exigences fixées par voie réglementaire et qui sont titulaires :

- 1°) d'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres permettant l'exercice de la profession dans un État membre ou un État partie qui réglemente l'accès ou l'exercice de la profession, délivrés :
 - a) soit par l'autorité compétente de cet État et sanctionnant une formation acquise de façon prépondérante dans un État membre ou un État partie, ou dans un pays tiers, dans des établissements d'enseignement qui dispensent une formation conforme aux dispositions législatives, réglementaires ou administratives de cet État membre ou partie,
 - b) soit par un pays tiers, à condition que soit fournie une attestation émanant de l'autorité compétente de l'État membre ou de l'État partie qui a reconnu le ou les diplômes, certificats ou autres titres, certifiant que le titulaire de ce ou ces diplômes, certificats ou autres titres a une expérience professionnelle dans cet État de trois ans au moins ;
- 2°) ou d'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres sanctionnant une formation réglementée, spécifiquement orientée sur l'exercice de la profession, dans un État membre ou un État partie qui ne réglemente pas l'accès ou l'exercice de cette profession ;
- 3°) ou d'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres obtenus dans un État membre ou un État partie qui ne réglemente ni l'accès ou l'exercice de cette profession ni la formation conduisant à l'exercice de cette profession, à condition de justifier d'un exercice à temps plein de la profession pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes ou pendant une période équivalente à temps partiel dans cet État, à condition que cet exercice soit attesté par l'autorité compétente de cet État.

Lorsque la formation de l'intéressé porte sur des matières substantiellement différentes de celles qui figurent au programme du diplôme mentionné à l'article L.4322-3, ou lorsqu'une ou plusieurs des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné audit diplôme ne sont pas réglementées par l'État d'origine ou de provenance ou sont réglementées de manière substantiellement différente, l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation peut exiger, après avoir apprécié la formation suivie et les acquis professionnels, que l'intéressé choisisse soit de se soumettre à une épreuve d'aptitude, soit d'accomplir un stage d'adaptation dont la durée ne peut excéder trois ans et qui fait l'objet d'une évaluation.

Un décret en conseil d'État détermine les mesures nécessaires à l'application du présent article.

L.4322-5 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Les personnes qui ont fait la preuve qu'elles exerçaient régulièrement la profession de pédicure-podologue au 1^{er} mai 1946 et qui ont reçu une autorisation peuvent effectuer, leur vie durant, les actes de la compétence des pédicures-podologues possesseurs du diplôme institué par le présent titre.

Mention de leur autorisation est portée sur un registre spécial déposé à la préfecture.

L.4322-6 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Peuvent obtenir l'autorisation de pratiquer les actes de la compétence des pédicures-podologues les personnes qui justifient de l'exercice régulier de leur profession dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion au 30 juin 1965.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la Santé.

L.4322-7 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Les règles d'inscription au tableau de l'ordre fixées pour les médecins aux articles L.4112-1 à L.4112-5 sont applicables aux pédicures-podologues

L.4322-8 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

L'ordre des pédicures-podologues groupe obligatoirement tous les pédicures-podologues habilités à exercer leur profession en France.

L.4322-9 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

L'ordre des pédicures-podologues possède, en ce qui les concerne, les attributions de l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes énumérées à l'article L.4321-14.

L.4322-10 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Le Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues possède les mêmes attributions, pour cette profession, que le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes pour ce qui les concerne. Ses membres et son président sont élus ou désignés dans les mêmes conditions que les membres et le président du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Les dispositions applicables au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes s'appliquent au Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues pour ce qui les concerne.

L.4322-11 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Dans chaque région, un conseil régional de l'ordre des pédicures-podologues dispose, en ce qui concerne les pédicures-podologues, des mêmes attributions que le conseil régional de l'ordre des médecins.

L.4322-12 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Dans chaque région, un conseil régional de l'ordre des pédicures-podologues exerce pour cette profession les mêmes attributions que le conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Les règles fixées pour les médecins par les articles L.4123-3 à L.4123-12 sont applicables aux pédicures-podologues pour leurs conseils régionaux, à l'exception de l'exigence de nationalité posée par l'article L.4123-5.

L.4322-13 Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000

Le conseil régional de l'ordre des pédicures-podologues est composé de neuf membres titulaires et de neuf membres suppléants.

Toutefois, le conseil régional de l'ordre des pédicures-podologues de la région Rhône-Alpes comprend onze membres titulaires et onze membres suppléants et le conseil régional de l'ordre des pédicures-podologues de la région Ile-de-France comprend treize membres titulaires et treize membres suppléants.

Les membres du conseil régional de l'ordre des pédicures-podologues sont élus pour six ans par les pédicures-podologues de la région concernée, au scrutin uninominal à un tour.

Les membres du conseil régional élisent parmi eux un président.

Il peut être fait appel des décisions d'un conseil régional de l'ordre des pédicures-podologues devant la section disciplinaire élue au sein du Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues.

Le mandat des intéressés est renouvelable.

L.4322-14 *Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000*

Sous réserve des adaptations découlant des dispositions de l'article L.4322-12, les règles fixées par les articles L.4113-9 à L.4113-12, L.4122-2, L.4123-15, L.4123-16, L.4124-1 à L. 4124-8, L. 4125-1 à L. 4125-4, L.4126-1 à L.4126-8, L.4132-6, L.4132-9, L.4132-10 à l'exception des deux derniers alinéas, L.4152-9, L.4152-10 et L.4321-14 sont applicables aux pédicures-podologues.

L.4322-15 *Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000*

Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application des articles L.4322-8 à L.4322-14.

L.4322-16 *Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000*

Un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues, fixe les règles du code de déontologie des pédicures-podologues.

L.4323-1 *Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000*

Les groupements professionnels régulièrement constitués de masseurs-kinésithérapeutes et de pédicures-podologues sont habilités à poursuivre les délinquants par voie de citation directe devant la juridiction correctionnelle, sans préjudice de la faculté de se porter partie civile dans toute poursuite intentée par le ministère public.

L.4323-2 *Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000*

Les médecins et les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, ainsi que toutes les personnes habilitées à constater les infractions à la législation sur la répression des fraudes sont habilités à procéder à la recherche et à la constatation des infractions mentionnées à l'article L.4323-6.

L.4323-3 *Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000*

Les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues se préparant à l'exercice de leur profession sont tenus au secret professionnel, dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

L.4323-4 *Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000*

L'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute ou de la profession de pédicure-podologue est puni de 25 000 francs d'amende et, en cas de récidive, de cinq mois d'emprisonnement et de 30 000 francs d'amende.

L.4323-5 *Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000*

L'usurpation du titre de masseur-kinésithérapeute, masseur, gymnaste médical ou de pédicure-podologue est punie des peines encourues pour le délit d'usurpation de titre prévu par l'article 433-17 du Code pénal.

L.4323-6 *Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000*

Les infractions mentionnées aux articles L.4163-2, L.4163-3 et L.4163-4 sont applicables aux masseurs-kinésithérapeutes et sont punies de deux ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende.

En cas de condamnation, l'interdiction temporaire d'exercer la profession pendant une période de dix ans au plus peut être prononcée, à titre de peine complémentaire, par les cours ou tribunaux.

L.4323-7 *Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000*

Sous réserve des dispositions de l'article L.4323-6, l'interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession de masseur-kinésithérapeute ou celle de pédicure-podologue peut être prononcée, à titre de peine

complémentaire, par les cours ou tribunaux en matière criminelle ou correctionnelle, sauf, dans ce dernier cas, lorsque la peine principale est une peine d'amende.

Les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue tombent sous le coup des peines prévues à l'article L.4323-4 lorsqu'elles continuent à exercer leur profession.

ANNEXE II. ARRETE

Extrait de l'arrêté du 6 décembre 1991 modifiant le cahier des charges pour la fourniture des orthèses externes, des prothèses externes, des prothèses internes et des véhicules pour handicapés physiques (34, 35)

1. ORTHÈSES PLANTAIRES

1. Tableau des textes

Arrêté du 20 septembre 1949 modifié par :

Arrêté du 27 octobre 1954 (Journal officiel du 5 novembre 1954)

Arrêté du 30 octobre 1968 (Journal officiel du 9 novembre 1968)

Arrêté du 3 juin 1977 (Journal officiel du 5 août 1977) et rectificatif (Journal officiel du 5 novembre 1977)

Arrêté du 29 juin 1978 (Journal officiel du 6 juillet 1978)

Arrêté du 28 août 1979 (Journal officiel du 15 septembre 1979)

Arrêté du 8 janvier 1985 (Journal officiel du 22 janvier 1985)

Arrêté du 30 décembre 1985 (Journal officiel du 25 janvier 1986)

Arrêté du 27 août 1987 (Journal officiel des 7 et 8 septembre 1987)

2. Généralités

2.1. Définition

L'orthèse plantaire orthopédique est amovible, fabriquée sur mesure et doit pouvoir être placée dans une chaussure de série.

L'orthèse plantaire est destinée :

- à corriger la statique défectueuse du pied ou une anomalie du relief plantaire ;
- à envelopper et compenser les anomalies du pied ;
- à corriger tout déséquilibre statique et dynamique du sujet, en dessous de 20 mm ;
- à soulager les appuis plantaires douloureux.

Sont exclues :

- les semelles fabriquées en série ;
- les semelles dites proprioceptives, à action ascendante, par stimulation magnétique ;
- les talonnettes pour corriger uniquement l'inégalité de longueur d'un membre inférieur.

L'orthèse plantaire ne peut être délivrée chez l'enfant avant l'acquisition de la station érigée.

2.2. Prescription médicale

Elle est indispensable pour que l'orthèse soit prise en charge par les organismes sociaux.

Elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil.

Elle doit généralement préciser, en plus de la désignation de l'article, la nature et le siège de l'atteinte justifiant la prescription et éventuellement les indications permettant une application correcte (finalité médicale).

L'appareillage plantaire est normalement bilatéral même s'il n'existe qu'un déséquilibre statique.

2.3. Demande d'entente préalable

La prise en charge par les organismes sociaux de ces articles, référencés à la nomenclature et conformes au cahier des charges du tarif interministériel des prestations sanitaires, est soumise à une demande d'entente préalable.

2.4. Agrément du fournisseur

L'orthèse plantaire n'est prise en charge que si elle est délivrée par des professionnels agréés dans les conditions prévues par la réglementation.

3. Cahier des charges

3.1. Constitution de la semelle

Les orthèses plantaires peuvent être constituées selon des techniques différentes en fonction des matériaux utilisés :

- à partir d'éléments correctifs fixés à une base dite de support ou première, exécutés sur tracé en fonction de la morphologie du pied du patient ;
- par la conformation même du ou des matériaux employés qui sert alors à la fois de base, d'élément de correction et de recouvrement (orthèse monobloc).

3.2. Matériaux utilisés

Les matériaux doivent être non traumatisants et façonnés en fonction de chaque cas pathologique particulier.

3.2.1. Éléments de correction

Ils peuvent être souples ou rigides et doivent être adaptés en fonction de la prescription médicale et de l'examen podologique.

3.2.2. Base de support ou première

Elle est réalisée en cuir (flanc ou collet cylindré – tannage naturel), teinté ou non ou en matériau synthétique ou naturel présentant des qualités au moins égales de solidité et de confort. Sur cette première sont fixés les éléments correctifs.

3.2.3. Recouvrement

La peausserie animale est la couverture habituelle des orthèses plantaires. Elle peut être remplacée par tout matériau synthétique ou naturel réputé non allergique, présentant des qualités au moins égales de solidité, d'hygiène et de confort. Les orthèses monobloc peuvent même être livrées sans recouvrement si celui-ci nuit à leur efficacité.

3.3. Prises de mesures

Les orthèses plantaires sont fabriquées après un examen minutieux des pieds et des membres inférieurs en vue de déterminer la correction ou compensation nécessaire.

Un examen par podoscope et/ou podogramme est obligatoire.

3.4. Dispositions diverses

3.4.1. Façonnage et mise au point

La réalisation des orthèses plantaires nécessite un ou plusieurs essayages. Elles ne peuvent être délivrées au bénéficiaire que si elles sont parfaitement adaptées. Le fournisseur devra donc posséder dans ses locaux le matériel nécessaire à la confection des orthèses sur mesure et à leur correction. Toutefois, quel que soit le soin apporté à leur confection, il peut arriver que l'utilisateur, au cours des premiers jours de marche, éprouve certaines difficultés ou ressente certaines douleurs qui nécessitent une ou plusieurs mises au point. Dans une telle hypothèse, le fournisseur procédera gratuitement aux retouches nécessaires.

3.4.2. Modifications et corrections

Lors de l'essayage et des corrections ultérieures, la finition et les retouches doivent être exécutées sur place, immédiatement si nécessaire.

Dans les six mois suivant la date de livraison effective, ces orthèses plantaires peuvent être gratuitement modifiées ou corrigées progressivement, en tenant compte de l'évolution.

3.4.3. Tarif de responsabilité des orthèses plantaires

Le tarif de responsabilité des orthèses plantaires est un forfait comprenant prise d'empreinte, examens indispensables à la confection, mise au point et corrections progressives qui s'avèreraient nécessaires.

3.5. Délai de renouvellement

Le délai minimal d'utilisation avant renouvellement est d'un an pour l'adulte, de six mois pour l'enfant jusqu'à quinze ans inclus, excepté pour les détériorations accidentelles ou celles liées à une variation physiologique ou pathologique ou aux conditions particulières liées à un exercice professionnel.

3.6. Garantie

La garantie totale (fournitures et main-d'œuvre) relative à la fabrication, à la finition et à la qualité des orthèses plantaires s'étend sur une période de six mois à compter de la livraison définitive.

Cette garantie ne joue pas si l'altération des matières premières ne résulte pas de la qualité des matériaux utilisés ou des méthodes de fabrication.

Les recouvrements usagés ou détériorés seront remplacés à titre onéreux.

3.7. Étiquette de conformité

L'orthèse doit être fournie avec une facture détaillée destinée aux organismes de prise en charge. La facture doit porter la mention « conforme au cahier des charges », suivie du numéro de code du TIPS, le tarif de responsabilité TTC et, le cas échéant, le prix public conseillé TTC. Le distributeur final mentionne sur la facture le prix de vente public TTC.

NOMENCLATURE ET TARIFS

CODE	DÉSIGNATION
201 B	B. – ORTHÈSES PLANTAIRES
201B00	Orthèse plantaire de traitement exécutée sur mesure en matériau non traumatisant pour affection du pied y compris les corrections progressives :
201B00.1	Orthèse plantaire au-dessus du 37
201B00.2	Orthèse plantaire du 28 au 37
201B00.3	Orthèse plantaire au-dessous du 28
201B00.4	Orthèse plantaire monobloc, en résine coulée confectionnée par moulage du pied réalisé en charge, réservée aux affections invalidantes rhumatoïdes et neurotrophiques du pied (moulage compris)

ANNEXE III. COMPTE RENDU DE TRAITEMENT

Plan de lettre à adresser au médecin prescripteur.

Nom du médecin	Nom du pédicure-podologue
Adresse	Adresse
Tél	Tél
Fax	Fax
	e-mail
	Date : ../../..

Nom et prénom du patient

Date et motif de la consultation

Date de la dernière consultation

Diagnostic podologique

Objectifs du traitement podologique

Examen de fin de traitement avec mesures objectives : initiales, intermédiaires et finales

Conclusion

Signature du professionnel

ANNEXE V. FICHE DE SOINS DE PEDICURIE

Date de consultation :

Examen morphologique en décharge :

type de pied :
déformation(s) :

formule métatarsienne :

Pieds déchaussés en charge :

podoscopie :

Pieds chaussés en charge :

examen de la chaussure :

Examen dynamique :

- chaussé/déchaussé :

observations :

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 :

ANNEXE VI. FICHE CLINIQUE ORTHESE

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 :

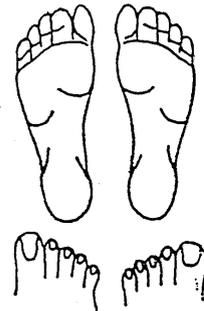
Musculaire :

Dermatologique :

cutané/phanères

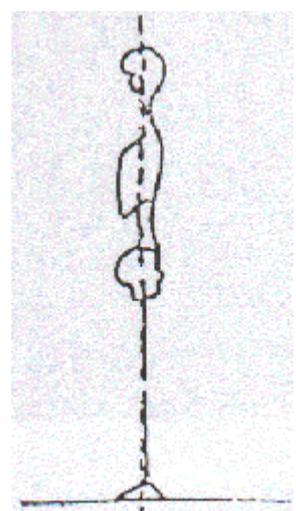
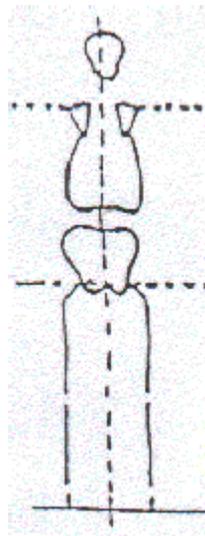
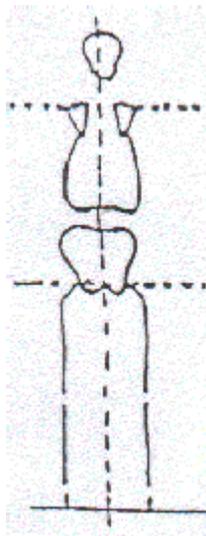
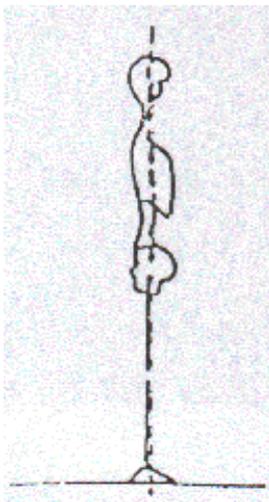
Types de lésions :

Sièges des lésions :



Examen clinique en charge patient déchaussé

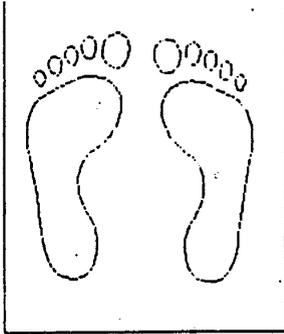
Examen morphostatique général :



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 :

REFERENCES

1. Décret n° 91-1008 du 2 octobre 1991 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue. Journal officiel 4 octobre 1991:12947-53.
2. Décret n° 85-631 du 19 juin 1985 relatif aux actes professionnels accomplis directement par les pédicures-podologues. Journal officiel 23 juin 1985.
3. Arrêté du 28 mai 1999 modifiant le tarif interministériel des prestations sanitaires et portant simplification des formalités de l'entente préalable. Journal officiel 13 juin 1999.
4. Heerkens YF. Utilisation et utilité de la CIH dans les professions paramédicales (soins infirmiers, physiothérapie, orthophonie, ergothérapie, podologie et orthoptie). Handicap et intégration. Bruxelles: Conseil de l'Europe, 1996.
5. Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med 1968; 278:593-600.
6. Shenton PA. Information on the podiatry qualifications in the regulated sector of the United Kingdom 1999-2000. London: Society of Chiropodists and Podiatrists, 2000.
7. Society of Chiropodists and Podiatrists. Best practice 1998. Available from: <http://www.scpod.org>.
8. Sveriges Fötterapeuter. "Dossier du patient" (Fotjournal). Stockholm: SFOTR, 2000.
9. Dutch Podiatry Association. "Dossier du patient". Delft: Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten, 1999.
10. College of Chiropodists of Ontario. Standards of practice : records 2000. Available from: <http://www.cocoo.on.ca>.
11. Santé Canada, Direction Générale de la Protection de la Santé. Soins des pieds à l'intention des dispensateurs de soins dans la collectivité. Guide de prévention des infections. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca>.
12. Gastwrigth CM. Medical record documentation of the diabetic podiatric patient. Pod Manage 2000; 19:83-9.
13. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. La tenue du dossier médical en médecine générale : états des lieux et recommandations. Paris: ANDEM, 1996.
14. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile. Paris: ANAES, 1997.
15. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France. Paris: ANAES, 1999.
16. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Le dossier du patient en odontologie. Paris: ANAES, 2000.
17. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Le dossier du patient en masso-kinésithérapie. Paris: ANAES, 2000.
18. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Dossier du patient en ergothérapie. Paris: ANAES, 2001.
19. College of Chiropodists of Ontario. Standards of practice : safety and the practice environment 2000. Available from: <http://www.cocoo.on.ca>.
20. Ronnema T, Hamalainen H, Toikka T, Liukkonen I. Evaluation of the impact of podiatrist care in the primary prevention of foot problems diabetic subjects. Diabetes Care 1997; 20:1833-7.
21. College of Chiropodists of Ontario. Standards of practice : patient relations 2000. Available from: <http://www.cocoo.on.ca>.
22. De Vine RJ. A study to develop and apply a model for determining the true costs of performing a specific clinical procedure at Naval Hospital Great Lakes. Final rept. Fort Sam Houston (TX): Academy of Health Sciences, 1990.
23. Model screening criteria for the review of surgical procedures and associated care rendered by podiatrists. July 1975. J Am Podiatry Assoc 1975; 65:1143-80.
24. Inspection générale des affaires sociales. L'expérimentation sur l'homme : la loi du 20 décembre 1988 modifiée dite loi Huriet. Bilan d'application et perspectives. Paris: IGAS, 1993.
25. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n° 99-919 du 27 octobre 1999 pris pour l'application du chapitre V ter de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et relatif aux traitements de données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques et activités de soins et de prévention. Journal officiel 31 octobre 1999.
26. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Paris: ANAES, 1999.
27. Thoumie P. Pied, posture et équilibre. Encycl Méd Chir Podologie 1999; 27-020-A-10.
28. Goldcher A. Podologie. Paris: Masson, 2001.
29. Ceccaldi A, Moreau GH. Bases bio-mécaniques de l'équilibration humaine et orthèse podologique. Paris: Maloine, 1975.

30. Weber JL. Baropodométrie numérique. Étude des répartitions des pressions plantaires de l'enfant à l'adulte. Université Paul-Sabatier, 1983.
31. Braun S. Mesures utiles de la clinique à la radiologie. *Rhumatol Prat* 1993; 103:1-4.
32. College of Chiropodists of Ontario. Standards of practice : assessment and management 2000. Available from: <http://www.cocoo.on.ca>.
33. Auxiliaires médicaux. Professions de masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue. Code de la santé publique. Paris: Éditions Dalloz, 2001.
34. Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration. Arrêté du 6 décembre 1991 modifiant le cahier des charges pour la fourniture des orthèses externes, des prothèses externes, des prothèses internes et des véhicules pour handicapés physiques. *Journal officiel* 11 janvier 1992:531-48.
35. Union des Caisses nationales de Sécurité sociale. Tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS). Paris: UCANSS, 2000.