



HAL
open science

La prescription de semelles orthopédiques aux patients par le médecin généraliste : étude réalisée dans la région Hauts-de-France

Hacene Chebli

► To cite this version:

Hacene Chebli. La prescription de semelles orthopédiques aux patients par le médecin généraliste : étude réalisée dans la région Hauts-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03245966

HAL Id: dumas-03245966

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03245966>

Submitted on 2 Jun 2021

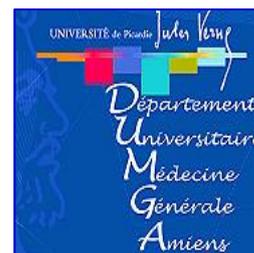
HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Année 2021

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
UFR DE MEDECINE D'AMIENS



Thèse N° 2021 - 9

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Mention : Médecine générale

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 11 MARS 2021
Par **Hacène CHEBLI**

**LA PRESCRIPTION DE SEMELLES ORTHOPEDIQUES AUX PATIENTS
PAR LE MEDECIN GENERALISTE**

Etude réalisée dans la région Hauts-de-France

JURY :

Président de Jury :

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Eric HAVET

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Abdelouahab ZARAA

REMERCIEMENTS

À mon président de jury

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Médecine interne)

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

À mes juges

Monsieur le Professeur Eric HAVET

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Anatomie – Chirurgie orthopédique)

Assesseur du Premier Cycle

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de mon plus profond respect

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Chef du service de Gériatrie

(Gériatrie)

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon profond respect.

Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité de traitement de l'image médicale du CHU d'Amiens

Je vous remercie d'avoir si gentiment accepté de participer à ce jury de thèse. Je vous prie de croire en l'assurance de ma parfaite et respectueuse considération.

À mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Abdelouahab ZARAA

Médecin généraliste

Maitre de stage universitaire

Je ne pourrais jamais assez-vous remercier pour votre implication dans l'élaboration de ce travail et de m'avoir soutenu et guidé tout au long de sa rédaction.

Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon profond respect.

À mes parents, je ne vous dirai jamais assez à quel point je vous aime et je n'aurai jamais assez de mots pour vous dire merci.

Maman, ton amour, ton soutien et ton éducation m'ont construit et je t'en serai éternellement reconnaissant.

Papa, tu es parti trop tôt, tu me manques. J'aurais aimé partager la fin de ce chemin avec toi, mais j'espère, de là où tu es, que tu es fier de moi.

À ma femme. Quelle chance de t'avoir à mes côtés, ton soutien inconditionnel m'a permis d'aller au bout de ce travail. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir accompagné durant des moments heureux et parfois difficiles.

À mes enfants. Younes, Adam et Kiane. Vos sourires font mon bonheur.

Au reste de ma famille, ceux qui sont toujours là pour moi et qui m'ont soutenu, de près ou de loin. Aux bons moments que nous passons ensemble et à ceux que nous partagerons encore.

À mes ami(e)s, merci d'avoir partagé les bons moments mais aussi les moments difficiles durant ces études.

À mes enseignants, pour votre savoir, vos conseils et vos critiques qui ont guidé mes réflexions et mon parcours.

Aux médecins que j'ai pu rencontrer durant mes stages et formations et qui m'ont fait aimer ce métier.

À tous les médecins interrogés, pour votre temps, votre disponibilité et votre sympathie, qui ont permis la réalisation de ce travail.

À l'URPS, pour leur confiance, leur implication, leurs conseils et leur aide logistique dans la diffusion du questionnaire.

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle
aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans
tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune
discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger
si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.
Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois
de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs
conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des
circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me
laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite
ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les
agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je
n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les
perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACM : Analyse des Correspondances Multiples

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

EOPCT : Evaluation des orthèses plantaires et des coques talonnières

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

LPPR : Liste des produits et prestations remboursables

MG : Médecins généralistes

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

MSU : Maitre de stage universitaire

OP : Orthèses plantaires

PR : Polyarthrite rhumatoïde

QCM : Question à choix multiples

SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

URPS : Union Régionale de Professionnels de Santé

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	5
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
SOMMAIRE.....	7
INDEX DES FIGURES.....	11
INDEX DES TABLEAUX.....	12
INTRODUCTION.....	13
<u>1. Le pied</u>	15
1.1. Biomécanique du pied.....	15
1.1.1. <i>Pied statique</i>	15
1.1.2. <i>Pied dynamique</i>	16
1.2. Examen clinique du pied.....	16
1.3. Examen podoscopique.....	16
<u>2. Qu'est-ce qu'une orthèse plantaire</u>	17
2.1. Définition.....	17
2.2. Types d'orthèses plantaires.....	18
2.2.1. <i>Orthèse plantaire Préfabriquée</i>	18
2.2.2. <i>Orthèse plantaire spécifique</i>	18
2.2.3. <i>Orthèse plantaire mixte</i>	18
2.3. Familles d'orthèses plantaires.....	18
2.3.1. <i>Orthèse plantaire Plane</i>	18
2.3.2. <i>Orthèse plantaire moulée</i>	18
2.4. Concepts d'orthèses plantaires.....	18
<u>3. Prescription, prise en charge et renouvellement des orthèses plantaires</u>	20
3.1. Prescription d'orthèses plantaires.....	20
3.2. Modalités de prescription des orthèses plantaires.....	20
3.3. Prix et prise en charge des orthèses plantaires.....	21
3.4. Renouvellement des orthèses plantaires.....	22
<u>4. Indication des orthèses plantaires</u>	22
<u>5. Orthèses plantaires et le cursus de médecine générale</u>	23
<u>6. Objectif de l'étude</u>	23

MATERIEL ET METHODE	24
1. Type d'étude	24
2. Le questionnaire	24
3. Mode de recueil des données	25
4. Méthode statistique	25
RESULTATS	27
1. Analyse descriptive	27
1.1. Caractéristiques de la population de l'enquête.....	27
1.2. Les circonstances d'examen des pieds.....	28
1.3. Gène à l'examen des pieds des patients.....	29
1.4. Prescription d'orthèses plantaires.....	29
1.5. Age de prescription d'orthèses plantaires.....	30
1.6. Nombre de patients qui consultent pour douleurs aux pieds.....	30
1.7. Posséder un podoscope dans un cabinet médical.....	31
1.8. Intérêt d'un podoscope dans un cabinet médical.....	31
1.9. La provenance de la demande de prescription d'orthèses plantaires.....	32
1.10. Consultation d'un podologue avant le médecin généraliste pour bénéficier d'orthèses plantaires.....	32
1.11. Quelques aspects pratiques concernant la prescription d'orthèses plantaires par le médecin généraliste.....	32
1.12. Les indications de prescription d'orthèses plantaires.....	34
1.13. Soulagement des patients porteurs d'orthèses plantaires.....	34
1.14. Suggestion d'orthèses plantaires préfabriquées aux patients.....	35
1.15. Satisfaction des médecins généralistes concernant leurs prescriptions d'orthèses plantaires.....	35
1.16. Formation.....	36
<i>1.16.1. Les médecins généralistes et leurs niveaux de formation à la prescription d'orthèses plantaires</i>	36
<i>1.16.2. Les sources d'informations sur la prescription d'orthèses plantaires</i>	36
<i>1.16.3. Les formations déjà suivies</i>	37
<i>1.16.4. Attente des médecins généralistes en matière de formation sur la prescription d'orthèses plantaires</i>	37

2. Analyse comparative	38
2.1. Les pratiques des médecins généralistes selon leurs âges.....	38
2.1.1. Examen du pied et possession de podoscope.....	38
2.1.2. La demande d'orthèses plantaire, les principales indications et l'apport du podologue.....	39
2.1.3. Aspects pratiques et expériences sur la prescription d'orthèses plantaires.....	40
2.1.4. Satisfaction et formation des médecins généralistes.....	41
2.2. Autres comparaisons.....	43
2.2.1. Formation des participants selon leurs caractéristiques.....	43
2.2.2. Fréquence de prescription d'orthèses plantaires selon les caractéristiques des médecins.....	44
2.2.3. Prescription d'orthèses plantaires aux enfants de moins de 5 ans, selon les caractéristiques des médecins.....	44
2.2.4. Intérêt du podoscope selon les caractéristiques des médecins généralistes.....	45
2.3. Analyse de correspondances multiples.....	46
DISCUSSION	48
1. Synthèse des principaux résultats de l'étude	48
2. Profil des médecins participants	49
3. Le médecin généraliste et le podologue à propos des orthèses plantaires	50
4. Examen podologique en médecine générale	50
5. Etude des indications de prescription d'orthèses plantaires, retenues par les médecins généralistes	52
5.1. Indications des orthèse plantaires selon la pathologie du patient.....	52
5.1.1. Indications podologiques.....	52
5.1.2. Indications extra-podologiques.....	54
5.2. Indications des orthèses plantaires chez l'enfant et la personne âgée.....	55
6. Formation des médecins généralistes à propos de l'examen du pied, l'utilisation du podoscope et la prescription d'orthèses plantaires	56
7. Les pratiques des médecins généralistes selon leurs âges	57
8. Discussion avec quelques études similaires	58

9. Force et limites de l'étude	59
9.1. Force de l'étude.....	59
9.2. Limites de l'étude.....	60
10. Propositions	60
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	67
ABSTRACT	73
RESUME	74

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Conception d'appui osseux.....	15
Figure 2 : Déroulement de l'appui plantaire durant le pas.....	16
Figure 3 : Types, familles et concepts d'orthèses plantaires.....	19
Figure 4 : Tranches d'âge des participants	27
Figure 5 : Durée d'exercice des participants	27
Figure 6 : Circonstances d'examen des pieds des patients.....	28
Figure 7 : Gène éprouvée par les MG participants à l'examen des pieds.....	29
Figure 8 : Fréquence de prescription de semelles orthopédiques.....	29
Figure 9 : Prescription de semelles orthopédiques selon l'âge des patients.....	30
Figure 10 : Nombre de consultations par semaine pour des douleurs au pied.....	30
Figure 11 : Intérêt d'un podoscope d'après les médecins participant à l'étude.....	31
Figure 12 : Provenance de la demande de semelles orthopédiques.....	32
Figure 13 : Indications de semelles orthopédiques.....	34
Figure 14 : Niveau de formation des participants à la prescription d'OP.....	36
Figure 15 : Formations déjà suivies sur l'examen du pied, utilisation du podoscope et prescription d'OP.....	37
Figure 16 : Souhaits des participants concernant la formation à la prescription d'OP...	37
Figure 17 : Analyse des correspondances multiples.....	46

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Fréquence de prescription d'OP selon la spécialité médicale.....	20
Tableau 2 : Nomenclature et tarifs des différentes OP.....	21
Tableau 3 : Quelques aspects pratiques concernant la prescription d'OP par les MG.....	33
Tableau 4 : Satisfaction des MG participants concernant la prescription d'OP.....	35
Tableau 5 : Source d'information des médecins à la prescription d'OP.....	36
Tableau 6 : Examen du pied et possession du podoscope en fonction de l'âge.....	39
Tableau 7 : La demande d'OP, les principales indications et l'apport du podologue en fonction de l'âge.....	40
Tableau 8 : Aspects pratiques et expériences à la prescription d'OP en fonction de l'âge.	41
Tableau 9 : Satisfaction et formation des médecins en fonction de l'âge.....	42
Tableau 10 : Formation des participants selon leurs caractéristiques.....	43
Tableau 11 : Fréquence de prescription d'OP selon les caractéristiques des participants...	44
Tableau 12 : Prescription d'OP aux enfants de moins de 5 ans selon les caractéristiques des participants.....	45
Tableau 13 : Intérêt du podoscope selon les caractéristiques des médecins	45

INTRODUCTION

Le pied est un organe exceptionnel à la fois mécanique, sensitif et sensoriel. Son caractère viscoélastique et son architecture à géométrie variable et rigidifiable lui permettent de contrôler la transmission des forces et des mouvements de façon précise, coordonnée et synchronisée [1]. Il est le trait d'union entre le sol et le reste du corps, en conséquence il va supporter à la fois les chocs itératifs sur le sol et également tout le poids du corps. On comprend ainsi pourquoi le pied douloureux reste toujours un motif de consultation fréquent en médecine générale, et l'une des indications de confection de semelles orthopédiques.

Les semelles orthopédiques (elles sont également appelées orthèses plantaires), sont devenues partie intégrante du traitement des pathologies du pied, de la cheville, du membre inférieur et du corps dans sa globalité. Elles offrent un moyen de soigner les pathologies en plaçant le système podal dans une position plus physiologique, réduisant les différents facteurs de stress qui lui sont appliqués et lui permettant ainsi de remplir son rôle dans la fonction d'équilibration du patient [2].

Actuellement, il est certain que la prescription d'orthèses plantaires (OP) reste un acte courant en médecine générale, et les raisons invoquées sont multiples et variées. Pourtant, le nombre d'heures d'enseignement dispensées dans les facultés de médecine, concernant ce domaine, est au mieux faible et au pire inexistant. Il existe donc un paradoxe entre une formation médicale initiale sur la prescription d'OP quasi-inexistante en médecine générale, et pourtant nécessaire en pratique courante.

Les années de pratique en médecine générale et le nombre hebdomadaire de prescriptions d'OP, ont mené mon maître de stage universitaire (MSU) à s'interroger sur les modalités de prescription des OP en soins primaires, ainsi que sur l'impact de la pathologie du pied sur la santé en général. De ce fait, mon MSU m'a proposé ce travail de recherche sur la prescription de semelles orthopédiques par le médecin généraliste.

Le podoscope est indispensable pour compléter l'examen clinique d'une anomalie podale, en recherchant les premiers indices des dysfonctionnements mécaniques de la pose du pied. Il permet d'analyser la voûte plantaire d'un patient et ceci nous donne directement quelques informations, comme la présence d'un trouble statique du pied (plat ou creux) ainsi que les différents hyper ou hypo-appuis.

La relation médecin généraliste/podologue est intéressante, notamment dans la prise en charge et le suivi des patients porteurs d'OP. Cette relation mérite un développement afin d'améliorer la qualité des soins et apporte une véritable valeur ajoutée pour les deux professions.

Pour être correctement traitée par le podologue, la prescription d'OP doit-elle contenir un certain nombre d'éléments nécessaires ? Un article publié dans la revue du praticien de médecine générale en avril 2015 et qui s'intitule « orthèse plantaire », parle de comment prescrire des OP en pratique, et propose quelques précisions à porter sur l'ordonnance de prescription [3].

Comme les données scientifiques actuelles ne sont pas toujours bien claires sur l'intérêt des OP et qu'il y a un manque de consensus médicaux spécifiques concernant leurs prescriptions, les médecins généralistes se réfèrent souvent à leur propre expérience pour les prescrire à leurs patients.

Il est impossible d'établir une liste exhaustive d'indications d'OP. Face à une telle situation et devant l'absence de consensus clairs sur leurs prescriptions. D'où l'objet de ce travail, qui est de dresser un état des lieux concernant les prescriptions de semelles orthopédiques par les MG libéraux des Hauts-de-France.

1. Le pied

Plus d'1/4 des os de notre squelette est localisé aux pieds, soit 56 os sur les 208 que possède le corps humain. Nos pieds sont dotés de 32 articulations, d'une centaine de ligaments et de 28 muscles. L'aponévrose plantaire complète ces composants pour former une voûte, qui offre au pied sa grande élasticité.

La prescription d'OP ne concerne pas toujours une pathologie du pied. Néanmoins, connaître l'état de ce dernier est indispensable, du moment qu'il est en contact direct avec les OP.

1.1. Biomécanique du pied

La biomécanique du pied est un mécanisme complexe. Quant à notre sujet, on va se contenter de revoir les principales théories classiques, statiques et dynamiques concernant le pied.

1.1.1. Pied statique

En station debout, le pied normal possède une structure solide et stable, apte à l'équilibration. Il repose sur une grande surface osseuse, reflétée par l'assise plantaire. La force du poids du corps est exercée sur l'articulation de la cheville, ensuite ce poids se répartit entre les 3 points d'appui (calcanéum, tête du 1^{er} méta et la tête du 5^{ème} méta). C'est la conception classique d'appui sur 3 (support tripode de Farabeuf avec arche antérieure) [4].

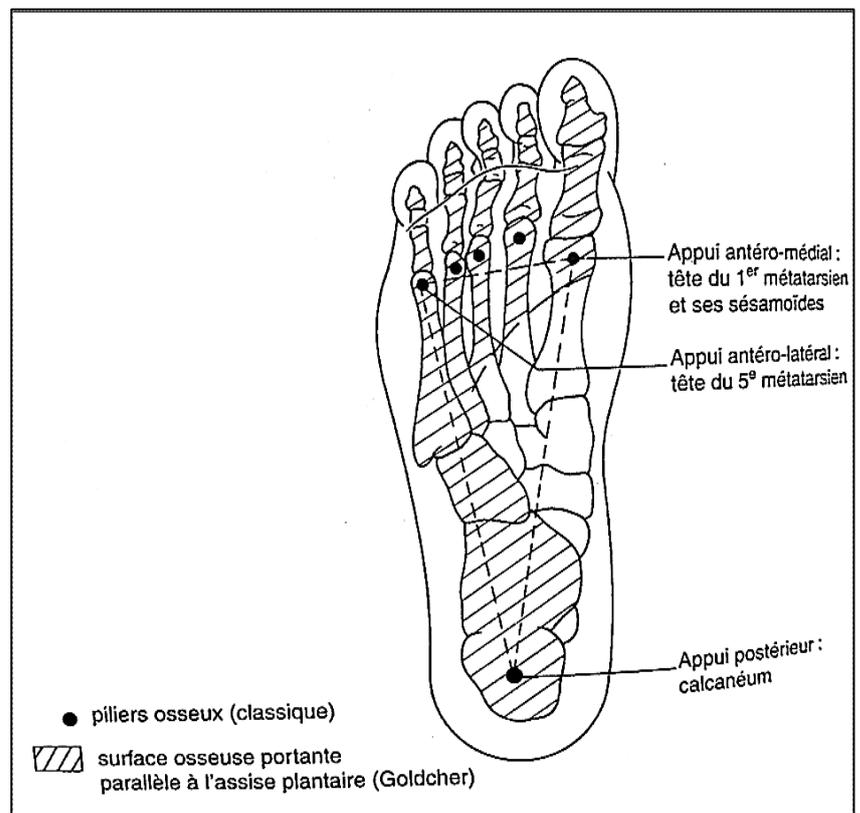


Figure 1 : Conception d'appui osseux [4].

1.1.2. Pied dynamique

L'exploration du pied en dynamique est encore incomplète et plusieurs théories tentent de l'expliquer.

Pour la plupart des individus, l'appui plantaire suit trois phases successives. Au départ, c'est l'attaque du sol par le talon postérieur (temps taligrade), suivi d'un appui sur le talon postérieur et antérieur, plus le bord latéral du pied (temps plantigrade), puis le pas se termine par un appui sur le talon antérieur seul, avec libération progressive de l'appui sur les têtes métatarsiennes de dehors en dedans (temps digitigrade) [4].

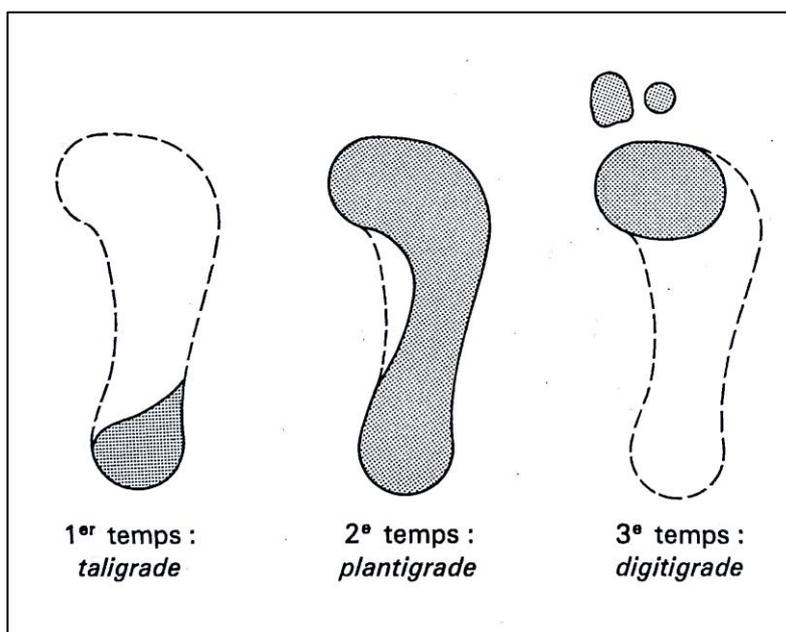


Figure 2 : Déroulement de l'appui plantaire durant le pas [4].

1.2. Examen clinique du pied

Cet examen est toujours guidé par un interrogatoire préalable obligatoire, se divise en 4 phases : l'examen pieds nus en décharge, pieds nus à la mise en charge, debout en position statique et à la marche, ainsi que l'examen pieds chaussés. L'examen des chaussures ainsi que d'éventuelles orthèses plantaires déjà prescrites ne sera pas oublié [5].

Selon un article paru dans la revue « Le médecin du Québec » et qui s'intitule « Pour partir du bon pied, examen systématique du pied ». Les auteurs considèrent que le pied est l'une des parties du corps souvent négligée par le patient et le médecin [6].

1.3. Examen podoscopique

Le premier appareil nécessaire pour voir directement la face d'appui plantaire des pieds est le podoscope. Après quelques instants de station debout sur la vitre de l'appareil, l'assise podoscopique apparaît, facilement reconnaissable par son aspect hypovascularisé [4] [7].

On regarde dans un premier temps l'alignement de l'arrière-pied sur l'avant-pied : pied équilibré, valgus ou varus calcanéen. Puis, l'étude bilatérale de l'empreinte laisse apparaître 3 zones d'appui : les orteils, la palette métatarsienne, et l'isthme. Dans le pied normal, l'isthme a une largeur égale au tiers de la palette métatarsienne. Cette largeur peut varier selon qu'il s'agit d'un pied plat ou d'un pied creux [3]. (Voir la photo ci-contre)



Examen sur le podoscope, Photo issue du site internet de Madame Ophélie Olivier, pédicure-podologue : www.podologue-ophelie.fr

2. Qu'est-ce qu'une orthèse plantaire

2.1. Définition

L'OP est une structure d'assistance amovible, appliquée sous tout ou partie de la plante du pied et destinée à être placée dans une chaussure de série [4].

Elles sont utilisées afin de rapprocher le plus possible le pied du sujet d'un fonctionnement statique et dynamique idéal [8].

L'Organisation internationale de normalisation définit l'OP comme un appareillage externe ayant pour but de modifier les caractéristiques structurelles et/ou fonctionnelles de l'appareil musculosquelettique [1].

Pour la haute autorité de santé (HAS), l'OP sur mesure est à visée thérapeutique et personnalisée. Elle est fabriquée exclusivement en réponse aux besoins et à l'état de santé d'un patient donné et est destinée à n'être utilisée que par lui [9].

Pour l'assurance-maladie, l'OP orthopédique est amovible, fabriquée sur mesure, et doit pouvoir être placée dans une chaussure de série [10].

Selon la littérature actuelle, l'OP présente une grande diversité et de nombreuses particularités, aussi bien par sa fabrication/réalisation définissant son type, par la famille à laquelle elle appartient et selon le ou les concepts auxquels elle se réfère [2]. (Voir Figure 3)

2.2. Types d'orthèses plantaires

Cette terminologie recouvre les différentes fabrications de l'OP.

2.2.1. Orthèse plantaire Préfabriquée {A} + {B}

L'OP est réalisée à l'avance, à l'écart du site de consultation, par un autre opérateur que le podologue lui-même [2].

Elles sont basées sur des résultats cliniques d'évaluation et sur les différents besoins des patients. Le but est de fournir un meilleur amortissement et d'avoir une meilleure répartition des pressions plantaires durant la marche [11].

2.2.2. Orthèse plantaire spécifique {C}

Les OP spécifiées ou sur mesures sont réalisées en fonction des caractéristiques propres du patient.

2.2.3. Orthèse plantaire mixte {D}

Parfois, la base ou une partie des stimulations plantaires est préfabriquée. Le podologue vient compléter cette base préfabriquée avec des stimulations spécifiques.

2.3. Familles d'orthèses plantaires

Ces trois types d'OP peuvent être réalisés de deux façons : plate ou moulée, formant ainsi deux familles.

2.3.1. Orthèse plantaire Plane {E}

La base est plane et le podologue vient adjoindre les stimulations par différentes techniques en réunissant les éléments nécessaires (soudage, collage, fluage, etc.).

2.3.2. Orthèse plantaire moulée {F}

La base est moulée soit directement sous le pied (en charge ou en décharge), soit par un négatif. Le podologue complète ou non ce processus avec des stimulations.

2.4. Concepts des orthèses plantaires

Le concept est ici défini par la méthode ou l'approche scientifique originale servant de base à l'élaboration d'une démarche structurée pour la réalisation de l'orthèse plantaire.

Quatre concepts d'orthèses plantaires existent : orthèse sensitivomotrice {G}, proprioceptive {H}, posturale {I} ou en relation avec la posture {J} et orthèse mécanique {K} [2].

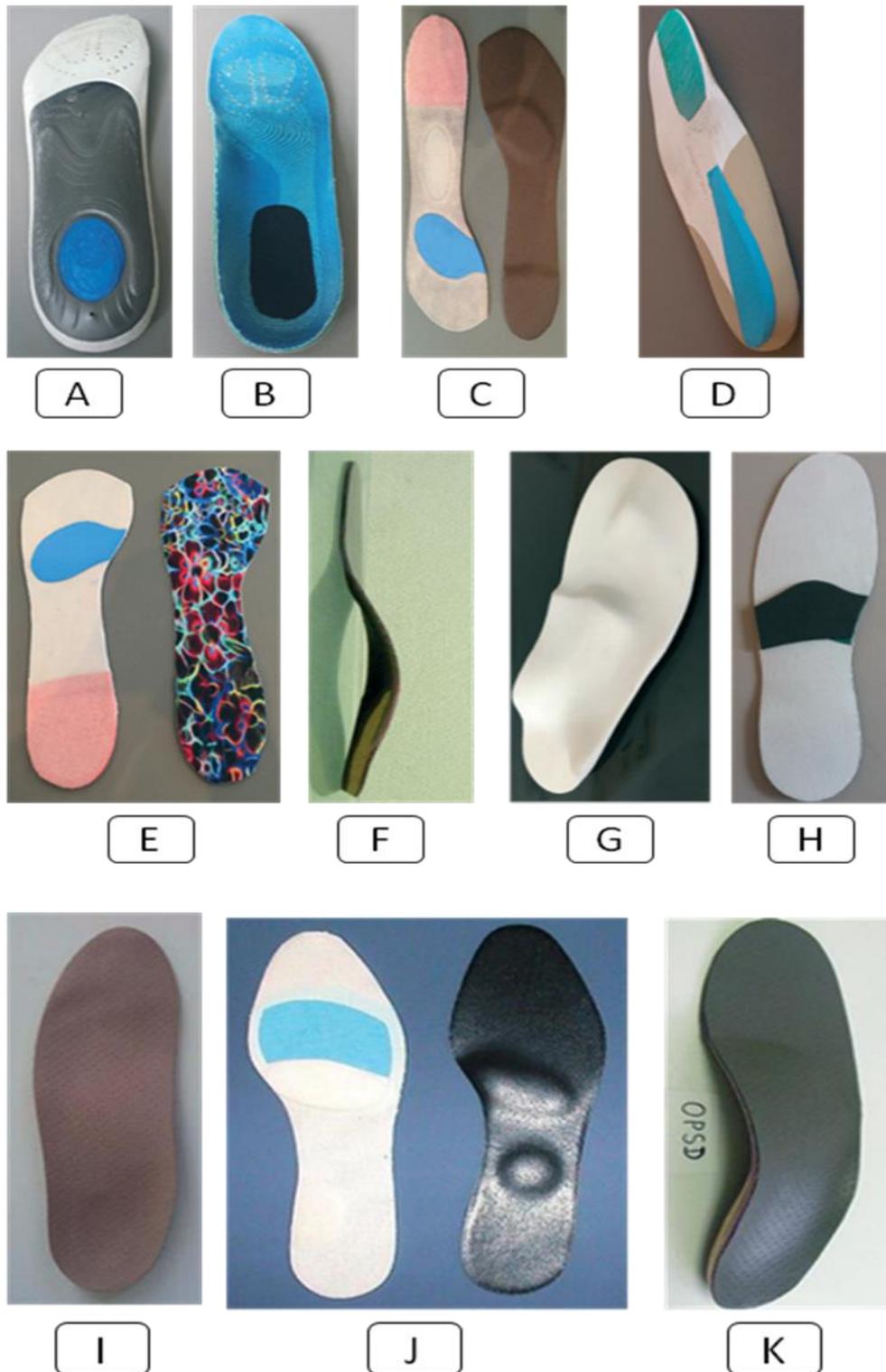


Figure 3 : Types, familles et concepts d'orthèses plantaires [2].

1- Types :	2- Familles :	3- Concepts :
Préfabriquée {A}{B} Spécifique {C}	Plane {E} Moulée {F}	Sensitivomotrice {G}, proprioceptive {H}, posturale {I} ou en relation avec la posture {J} et orthèse mécanique {K}

3. Prescription, prise en charge et renouvellement des orthèses plantaires

3.1. Prescription d'orthèses plantaires

Les orthèses plantaires doivent être prescrites par un médecin, quelle que soit sa spécialité médicale. En pratique, les médecins prescripteurs sont très majoritairement les médecins généralistes (MG), puis les rhumatologues, les chirurgiens spécialistes d'orthopédie et de traumatologie, les pédiatres et les médecins de médecine physique et de réadaptation (voir le tableau ci-dessous dont la source : analyse HAS à partir des données SNIIRAM).

<i>Part des prescriptions (En %)</i> <i>Spécialités</i>	En 2014	En 2016		
	Orthèses plantaires et coques talonnières	Orthèses plantaires	Orthèses plantaires monobloc	Coques talonnières
Médecine générale	90 %	90,5 %	88 %	78 %
Rhumatologie	3,4 %	3,2 %	4 %	0,7 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2,8 %	2,8 %	3,6 %	5 %
Pédiatrie	1,3 %	1,1 %	0,9 %	2,6 %
Médecine physique et de réadaptation	1,1 %	1 %	1,2 %	3,7 %
Chirurgie infantile	/	/	/	1 %

Tableau 1 : Fréquence de prescription d'OP selon la spécialité médicale [9].

3.2. Modalités de prescription des orthèses plantaires

Le professionnel de santé qui fabrique l'orthèse plantaire dispose des informations qui lui sont nécessaires pour réaliser l'orthèse en fonction de(s) l'objectif(s) thérapeutique(s) recherché(s) par le prescripteur. Le groupe de travail de la HAS d'avril 2018 relatif à l'évaluation des OP et des coques talonnières (EOPCT), considère que la prescription d'OP doit préciser les objectifs de l'appareillage, sans mentionner la pathologie : « Elle doit préciser, en plus de la désignation de l'orthèse plantaire, le siège de l'atteinte et les objectifs thérapeutiques justifiant la prescription » [9].

3.3. Prix et prise en charge des orthèses plantaires

Afin qu'une prescription OP soit prise en charge par les organismes sociaux, elle doit être libellée sur une ordonnance particulière, indépendante de celle comportant la prescription de produits pharmaceutiques ou de tout autre appareil [10].

Actuellement, la confection d'une paire d'OP par les pédicures-podologues varie de 75 à 350 euros. Si les OP sont réalisées sur prescription médicale, la sécurité sociale prend en charge une partie des dépenses. Néanmoins, le plafond de ce remboursement n'est pas très élevé. Il est conseillé d'avoir une mutuelle qui couvrira une autre partie de la dépense [12].

Le tableau ci-dessous résume les différents tarifs des orthèses plantaires selon la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévues à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale, mise à jour du 15/03/2019. Jusqu'à présent la sécurité sociale n'a pas pris de décision de radiation (avis ou arrêté) qui peut conduire à la fin de prise en charge des OP normalement fixée au 31 juillet 2019.

Code	Nomenclature	Tarif en euros	Date de fin de prise en charge
	<i>Orthèse plantaire de traitement exécutée sur mesure en matériaux non traumatisant pour affection du pied y compris les corrections progressives :</i>		
2180450 201B00.3	Orthèse plantaire au-dessous du 28	12,94	31-07-2019
2122121 201B00.2	Orthèse plantaire du 28 au 37	14,02	31-07-2019
2140455 201B00.1	Orthèse plantaire au-dessus du 37	14,43	31-07-2019
2158449 201B00.4	Orthèse plantaire, monobloc en résine coulée, moulage du pied 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)	27,34	31-07-2019

Tableau 2 : Nomenclature et tarifs des différentes OP à la date du 17 avril 2019 [10].

3.4. Renouvellement des orthèses plantaires

Selon la LPPR, prévue à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, le délai minimal d'utilisation avant renouvellement des OP, est d'un an pour l'adulte, de six mois pour l'enfant jusqu'à quinze ans inclus. Depuis avril 2018, la HAS préconise que ce délai soit étendu jusqu'au dix-huitième anniversaire du patient, pour prendre en compte le besoin lié à la croissance. Un renouvellement anticipé de l'OP peut toutefois être autorisé, suite à des détériorations accidentelles ou liées à une variation physiologique ou pathologique ou aux conditions particulières liées à un exercice professionnel, conformément à l'article R.165-24 du code de la sécurité sociale [9] [10].

Les pédicures-podologues sont autorisés à renouveler et le cas échéant, à adapter des prescriptions médicales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans, sous réserve que le médecin n'ait pas exclu la possibilité de renouvellement et d'adaptation sans nouvelle prescription par une mention expresse portée sur l'ordonnance initiale. Les pédicures-podologues informent le médecin-prescripteur ou, le cas échéant, un autre médecin désigné par le patient du renouvellement et, s'il y a lieu, de l'adaptation de la prescription médicale initiale [13].

4. Indication des orthèses plantaires

Les indications et les effets des OP sont vastes.

Elles ont un effet sur la fonction d'équilibration, sur la marche, la course et la répartition de pressions. Elles sont prescrites dans les pathologies telles que la maladie de Parkinson, le diabète, l'arthrose, les rhumatismes articulaires, les neuropathies avec pertes sensitives, les neuropathies sensitivomotrices héréditaires (telle que Charcot-Marie-Tooth) et des indications pour les morphotypes des pieds, comme les pieds plats et creux [2].

Il n'existe presque pas dans la littérature française, d'études sur la prescription d'OP, et particulièrement sur les indications de ces dernières. En revanche, on retrouve quelques avis d'experts.

Les indications d'OP sont nombreuses et les données de la littérature évaluant l'intérêt des OP sont limitées en nombre et avec niveau de preuve globalement faible à modéré. De ce fait, la HAS a publié en avril 2018, une liste de situations cliniques pour lesquelles les orthèses

plantaires sur mesure ont un intérêt. (Voir annexe 1).

5. Orthèses plantaires et le cursus de médecine générale

Pendant la formation initiale des médecins, on n'a pratiquement jamais abordé le domaine des OP. Ces dernières sont évoquées timidement et d'une manière très brève dans l'item 118 (Principales techniques de rééducation et de réadaptation) [14].

En conséquence, sous réserve d'une probable formation particulière durant leur troisième cycle et qui va dépendre des facultés de médecine, les médecins et en particulier les MG, n'ont aucune formation sur la prescription des OP durant leur cursus universitaire.

6. Objectif de l'étude

La prescription des OP, reste un acte fréquent en médecine générale. Malgré cette évidence, aucun cours pendant la formation initiale des études médicales n'est dispensé jusqu'à présent sur ce sujet. Ainsi, en l'absence de formation et vu le manque de consensus bien clair sur ce domaine, il nous semble intéressant de s'interroger sur les différentes pratiques de prescription d'OP par les MG libéraux de notre région, les Hauts-de-France.

Cette étude a pour objectif principal de dresser un état des lieux concernant la prescription d'OP par les MG libéraux de la région Hauts-de-France, et ayant comme objectif secondaire, de :

- Déterminer dans quelles indications les MG prescrivent-ils les OP.
- Déterminer les besoins en formation des MG concernant la prescription des OP

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale quantitative et descriptive auprès des MG libéraux de la région Hauts-de-France.

Cette étude a été réalisée en collaboration avec l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), de la région Hauts-de-France, après un accord préalable de la commission « sujet de thèse » de la faculté de médecine d'Amiens.

L'objectif principal de cette étude, est de dresser un état des lieux concernant les prescriptions d'OP par les médecins généralistes libéraux de la région Hauts-de-France.

2. Le questionnaire

Cette étude est menée au moyen d'un questionnaire anonyme, qui a fait l'objet de deux évaluations faites par la commission « sujets de thèse » de la faculté de médecine d'Amiens, ainsi qu'un accompagnement par l'URPS des Hauts-de-France. Afin de rendre le sujet intéressant et pertinent et que le questionnaire soit suffisamment fluide et agréable à remplir par les médecins.

Ce questionnaire comporte 28 questions, sous forme de QCM, réparties sur 3 pages. Il est précédé d'une introduction, pour présenter brièvement le sujet de thèse aux médecins interrogés.

Il est constitué d'une première partie qui concerne le médecin lui-même : âge, sexe, mode et secteur d'exercice.

Une deuxième partie est consacrée au pied, au podoscope, au rythme de prescription des OP, et à la provenance de la demande de prescription d'OP.

Une troisième partie résume un ensemble de pratiques des MG sur la prescription d'OP, présentée sous forme d'un tableau avec sept questions et une répartition des réponses en 4 items (« souvent » ; « parfois » ; « rarement » ; « jamais »).

La dernière partie du questionnaire explore les indications les plus fréquentes de prescriptions d'OP, puis la satisfaction et la formation des médecins généralistes à cette prescription.

Le questionnaire, tel qu'envoyé aux médecins généralistes concernés, est présenté en annexe 2.

2. Mode de recueil des données

508 MG libéraux ont été tirés au sort parmi les 5190 inscrits dans la base de données de l'URPS médecins libéraux Hauts-de-France.

Le questionnaire a été envoyé par voie postale le 28 mai 2019, aux 508 médecins généralistes concernés par le biais de l'URPS Haut-de-France, accompagné d'une enveloppe-réponse pré-affranchie.

126 réponses anonymisées ont été recueillies entre juin et septembre 2019, soit un taux de participation de 24,8%. Une réponse n'est pas prise en compte, car le médecin a indiqué qu'il ne pouvait pas donner suite à l'enquête du fait de son orientation en posturologie, ce qui va fausser probablement les résultats.

Une fois les questionnaires papiers remplis recueillis, les réponses ont été saisies dans un fichier Excel. Les données ont été codées afin de faciliter la saisie et d'en assurer la qualité.

4. Méthode statistique

L'ensemble des réponses du questionnaire a été décrit par l'effectif et le pourcentage des différentes modalités. L'âge et la durée d'exercice ont été résumés par la moyenne et l'écart-type. Des représentations graphiques de certaines questions ont été réalisées.

Plusieurs associations ont été évaluées entre certaines réponses et les caractéristiques des médecins. Les paramètres comparés sont l'âge (supérieur à 50 ans), la formation des médecins, la fréquence de prescription, la prescription aux enfants de moins de 5 ans et l'intérêt du podoscope. Un test du Khi-2 ou test exact de Fisher a été réalisé pour ces comparaisons.

Un modèle multivarié a été réalisé pour la prescription aux enfants de moins de 5 ans, en utilisant une régression logistique, afin de confirmer l'association significative observée dans le test de comparaison (analyse univariée).

Aucun autre modèle n'a été réalisé, compte-tenu du peu de paramètres contenant des associations significatives.

Enfin, une analyse multidimensionnelle a été réalisée dans le but de synthétiser l'information contenue dans le questionnaire en un seul graphique. La méthode utilisée est l'analyse des correspondances multiples (ACM) sur une partie du questionnaire.

Compte tenu du nombre de questions, une sélection de questions a été effectuée. Les caractéristiques des médecins seront ajoutées en tant que variables illustratives. L'ACM a été complétée par une classification hiérarchique non supervisée. Elle sera réalisée sur l'ensemble des dimensions de l'ACM, en utilisant la distance euclidienne et la méthode de classification de Ward. Le choix du nombre de classes sera effectué graphiquement en représentant un dendrogramme.

Tous les tests sont bilatéraux au seuil de 5%. Toutes les analyses ont été réalisées sous le logiciel R 3.3.3 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, <http://www.r-project.org>).

RESULTATS

1. Analyse descriptive

126 réponses ont été reçues sur les 508 questionnaires diffusés, soit un taux de participation de 24,8%. Tous les médecins participants ont répondu aux questions posées.

1.1. Caractéristiques de la population de l'enquête

Sexe : sur les 126 médecins généralistes qui ont participé à l'enquête, 60,3% sont des hommes, contre 39,7% de femmes.

Age : l'âge moyen de la population de l'étude tout sexe confondu est de 50,1 ans. L'âge s'échelonne entre 29 ans et 74 ans.

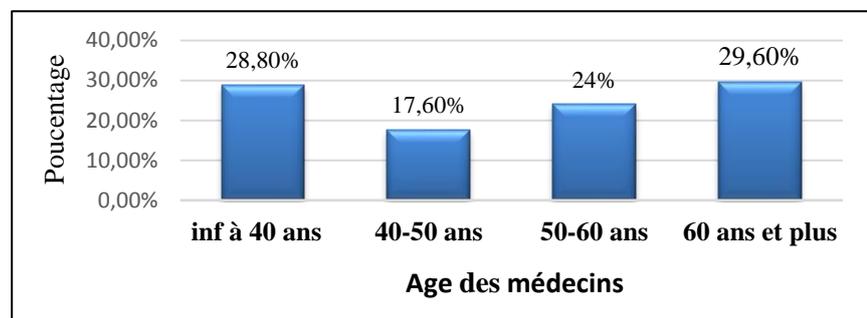


Figure 4 : Tranches d'âge des participants

Durée d'exercice : le temps d'exercice des médecins selon l'année d'obtention de leur thèse est compris entre 1 à 49 ans et avec une médiane de durée de 22 ans.

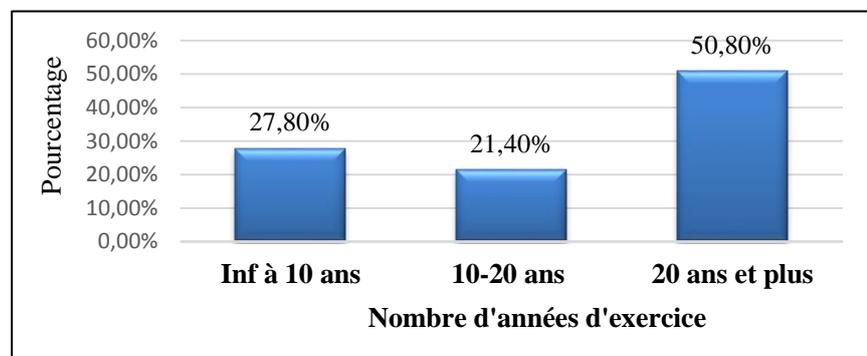


Figure 5 : Durée d'exercice des participants

Zone d'exercice : 15,9% exercent en milieu rural, 34,9% exercent en milieu semi-rural et environ la moitié des participants, soit 49,2% exercent en milieu urbain.

Mode d'exercice : le mode d'exercice des participants se présente comme suit :

- 43 médecins exercent seuls soit 34,1% des médecins questionnés.
- 66 médecins exercent en cabinet de groupe soit 52,4%.
- 17 médecins exercent en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) soit 13,5%.

1.2. Les circonstances d'examen des pieds

Les circonstances de consultation, où les 126 médecins participants examinent les pieds de leurs patients, sont résumés dans la figure suivante :

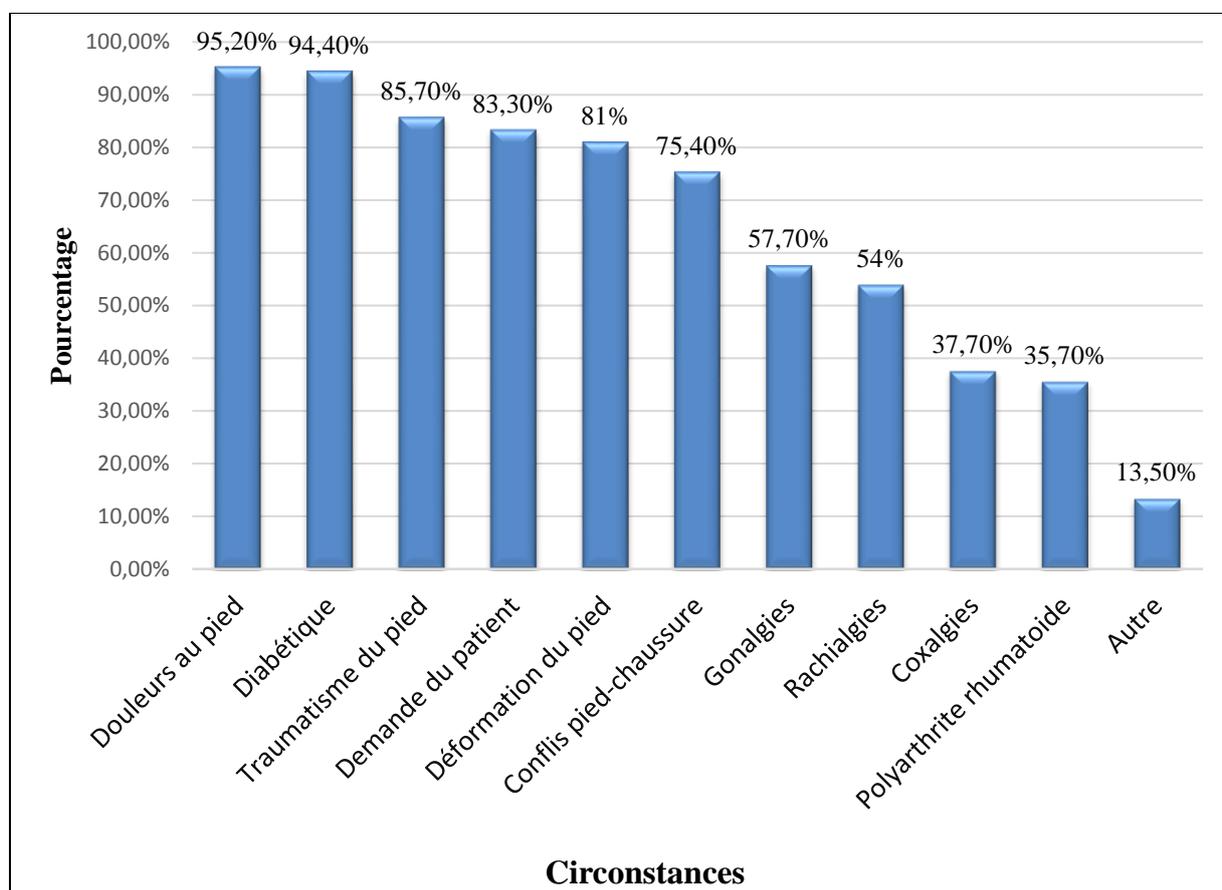


Figure 6 : Circonstances d'examen des pieds des patients par les MG

17 médecins (13,5% des répondants) ont évoqué d'autres circonstances :

- Examen d'aptitude au sport (pour 7 médecins)
- Examen systématique des enfants (pour 5 médecins)
- Examen dermatologique (pour 2 médecins)
- Trouble de la marche d'un enfant, trouble postural et examen systématique du pied (1 médecin pour chacune des trois circonstances).

1.3. Gène à l'examen des pieds des patients

Plus de la moitié des MG (52,4%) sont gênés souvent ou parfois par un examen des pieds.

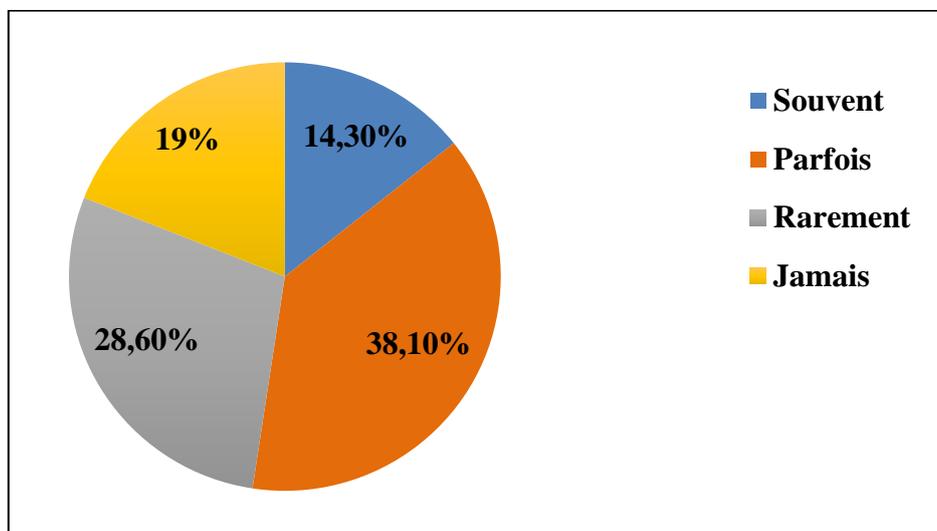


Figure 7 : Gêne éprouvée par les MG participants à l'examen des pieds

1.4. Prescription d'orthèses plantaires

Les 126 médecins généralistes participants (100%), ont répondu « oui » à propos de la prescription d'OP. La fréquence de cette prescription est présentée dans la figure ci-dessous.

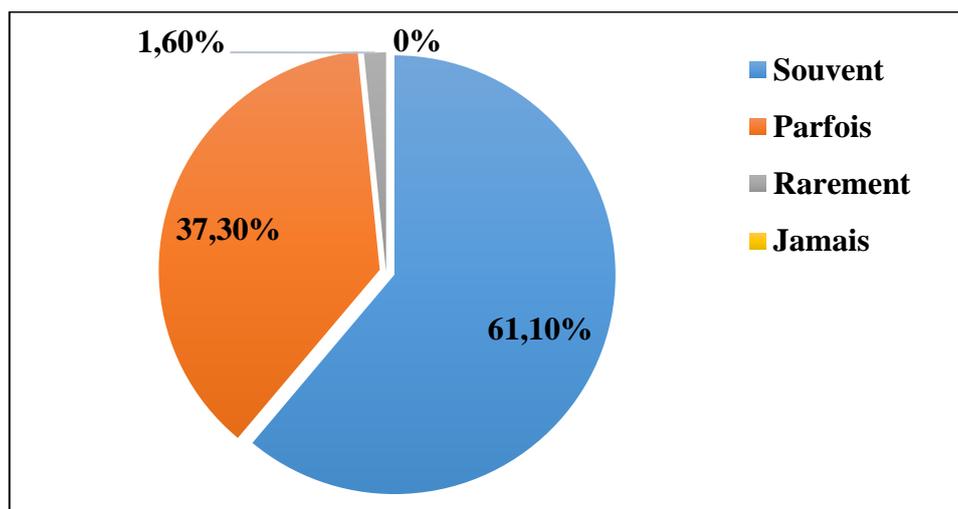


Figure 8 : Fréquence de prescription de semelles orthopédiques.

1.5. Age de prescription d'orthèses plantaires

Les médecins participants ont prescrit moins d'OP pour les enfants de moins de 5 ans (22,4%). En revanche, plus de 90% des patients dans la tranche d'âge 11-65 ans ont été concernés par cette prescription.

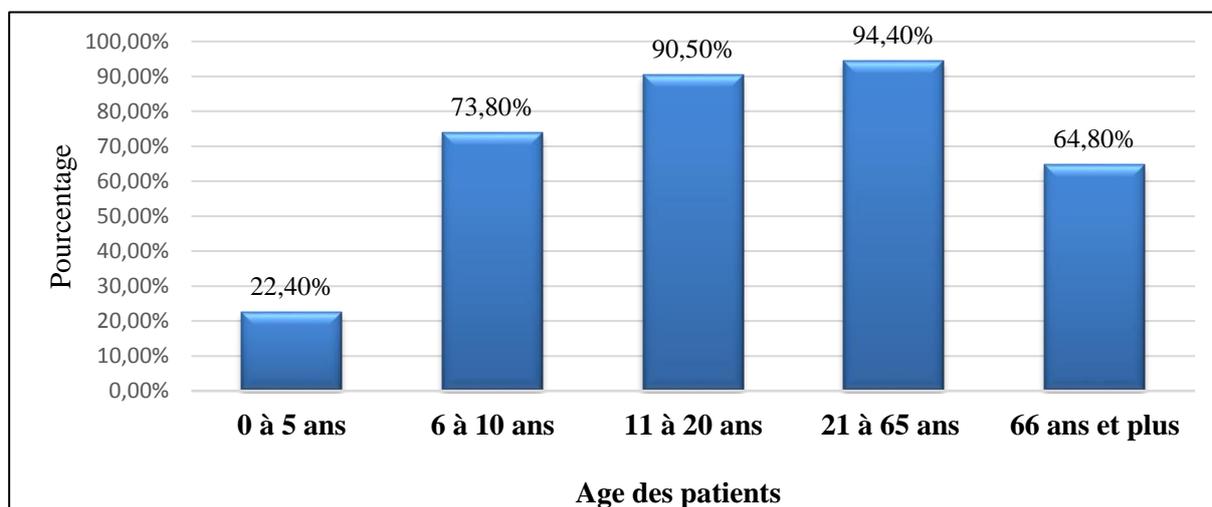


Figure 9 : Prescription de semelles orthopédiques selon l'âge des patients.

1.6. Nombre de patients qui consultent pour douleurs aux pieds

Aucun MG participant n'a reçu en consultation plus de 20 patients par semaine pour des douleurs au pied. En conséquence les deux intervalles : 21 à 30 patients et 30 patients et plus ne sont pas représentés sur la figure ci-contre.

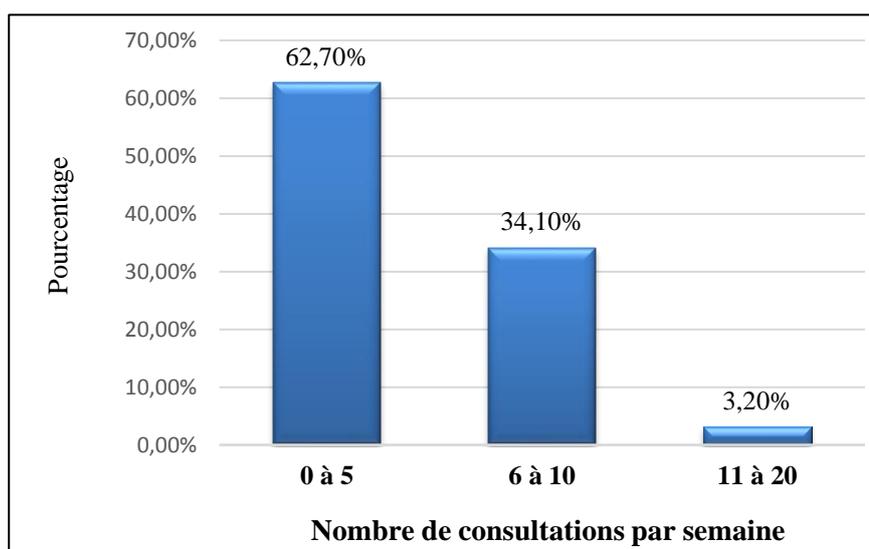


Figure 10 : Nombre de consultations par semaine pour douleurs au pied.

1.7. Posséder un podoscope dans un cabinet médical

NON : 118 participants (93,7%)

OUI : 8 participants (6,3%)

Parmi les 118 participants qui n'ont pas de podoscope dans leur cabinet, 86 médecins participants (72,9%) ont fait ce choix par défaut de formation, suivi de 56 médecins (47,5%) qui considèrent que posséder un podoscope n'est pas leur rôle. Enfin 13 médecins (11%) n'ont pas de podoscope par manque de temps.

2 autres raisons sont avancées par les MG participants : le manque de place dans le cabinet (1 médecin) et la présence d'un podologue non loin du cabinet (2 médecins).

Pour les 8 médecins restants qui possèdent un podoscope dans leur cabinet, la quasi-totalité des MG l'utilisent dans les 3 situations suivantes :

- 85,7% en cas de suspicion d'un trouble statique du pied
- 85,5% avant la prescription de semelles orthopédiques
- 71,4% en cas de consultation pour pieds douloureux

Un médecin nous a indiqué qu'il utilise aussi son podoscope en cas d'examen d'aptitude au sport et un autre nous a précisé qu'il n'utilise pas souvent son podoscope.

1.8. Intérêt d'un podoscope dans un cabinet médical

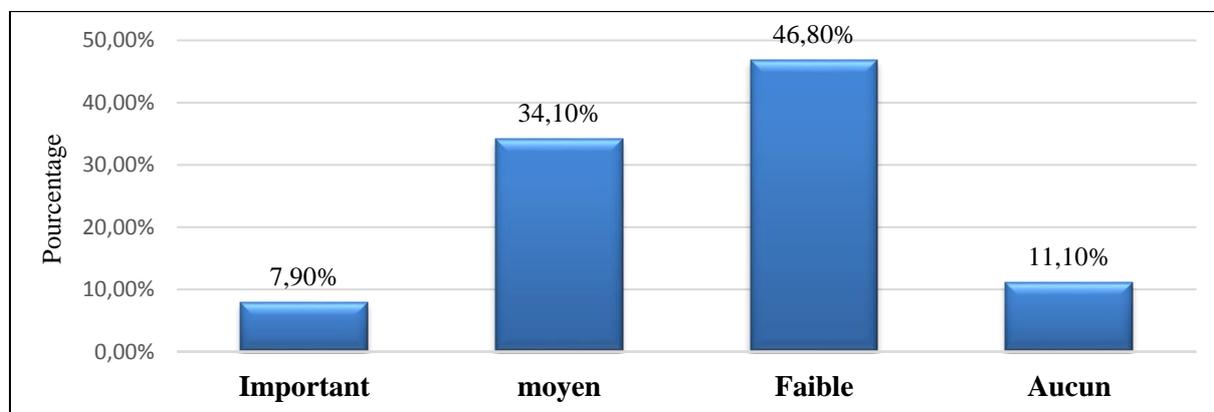


Figure 11 : Intérêt d'un podoscope d'après les MG participants à l'étude.

1.9. La provenance de la demande de prescription d'orthèses plantaires

D'après les médecins participants, aucune OP n'a été demandée par le pharmacien (0%), par contre ces demandes d'OP provenaient principalement du médecin généraliste (90,5%).

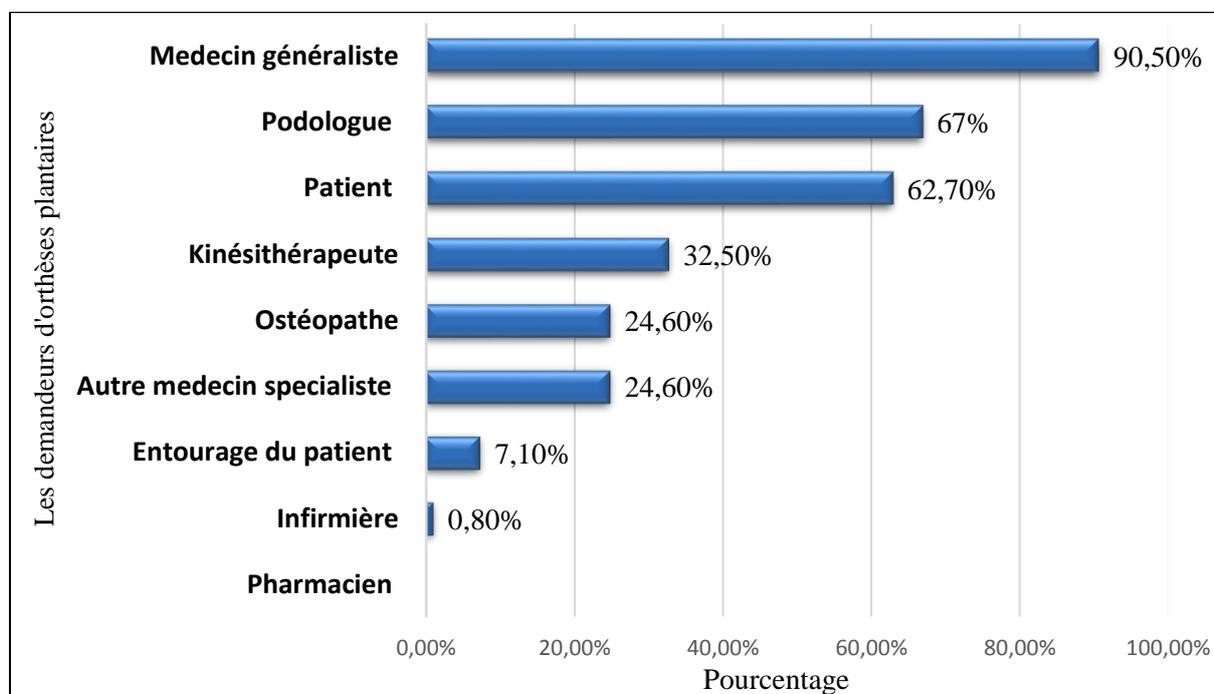


Figure 12 : Provenance de la demande de semelles orthopédiques.

1.10. Consultation d'un podologue avant le médecin généraliste pour bénéficier d'orthèses plantaires

82 médecins (65,1%) ne voyaient pas d'inconvénient à ce qu'un patient s'adresse directement à un podologue avant le MG pour bénéficier d'OP. 27 médecins (21,4%) ont considéré qu'un avis médical est nécessaire au préalable. Enfin, 17 médecins (13,5%) ont indiqué que cela doit rester dans le parcours de soins pour bénéficier d'un remboursement.

1.11. Quelques aspects pratiques concernant la prescription d'orthèses plantaires par le médecin généraliste

Les médecins participants ont été questionnés pour connaître leur expérience sur la prescription d'OP. 4 options constituaient l'échelle des réponses : « souvent », « parfois », « rarement », « jamais ». (Voir tableau 3).

Question	Réponses	N (%)
Adressez-vous, pour un bilan podologique, vos patients qui présentent des rachialgies, gonalgies, coxalgies ou sciatalgies traînantes ?		126 (100 %)
	Souvent	40 (31,7%)
	Parfois	67 (53,2%)
	Rarement	12 (9,5%)
	Jamais	7 (5,6%)
Réalisez-vous un bilan radiologique et/ou échographique avant de procéder à la prescription de semelles orthopédiques ?		126 (100%)
	Souvent	33 (26,2%)
	Parfois	51 (40,5%)
	Rarement	29 (23%)
	Jamais	13 (10,3%)
Avez-vous un retour du podologue après la réalisation de semelles orthopédiques à vos patients ?		126 (100%)
	Souvent	31 (24,6%)
	Parfois	36 (28,6%)
	Rarement	33 (26,2%)
	Jamais	26 (20,6%)
Notez-vous dans le dossier patient qu'il est porteur de semelles orthopédiques ?		126 (100%)
	Souvent	48 (38,1%)
	Parfois	21 (16,7)
	Rarement	26 (20,7%)
	Jamais	31 (24,6%)
Suite à la prescription de semelles orthopédiques à vos patients, évaluez-vous ultérieurement leurs effets thérapeutiques (efficacité, effet délétère, aucun effet) ?		126(100%)
	Souvent	73 (57,9%)
	Parfois	38 (30,2%)
	Rarement	10 (7,9%)
	Jamais	5 (4%)
Mentionnez-vous l'indication des semelles orthopédiques sur votre prescription ?		126(100%)
	Souvent	66 (52,4%)
	Parfois	31 (24,6%)
	Rarement	17 (13,5%)
	Jamais	12 (9,5%)

Tableau 3 : Quelques aspects pratiques sur la prescription d'orthèses plantaires par les médecins généralistes

1.12. Les indications de prescription d'orthèses plantaires

La figure ci-après représente les indications qui ont été retenues par les 126 médecins participants. Ces derniers pouvaient choisir les 3 indications les plus fréquentes de leurs prescriptions d'OP, sur les 20 indications proposées dans le questionnaire.

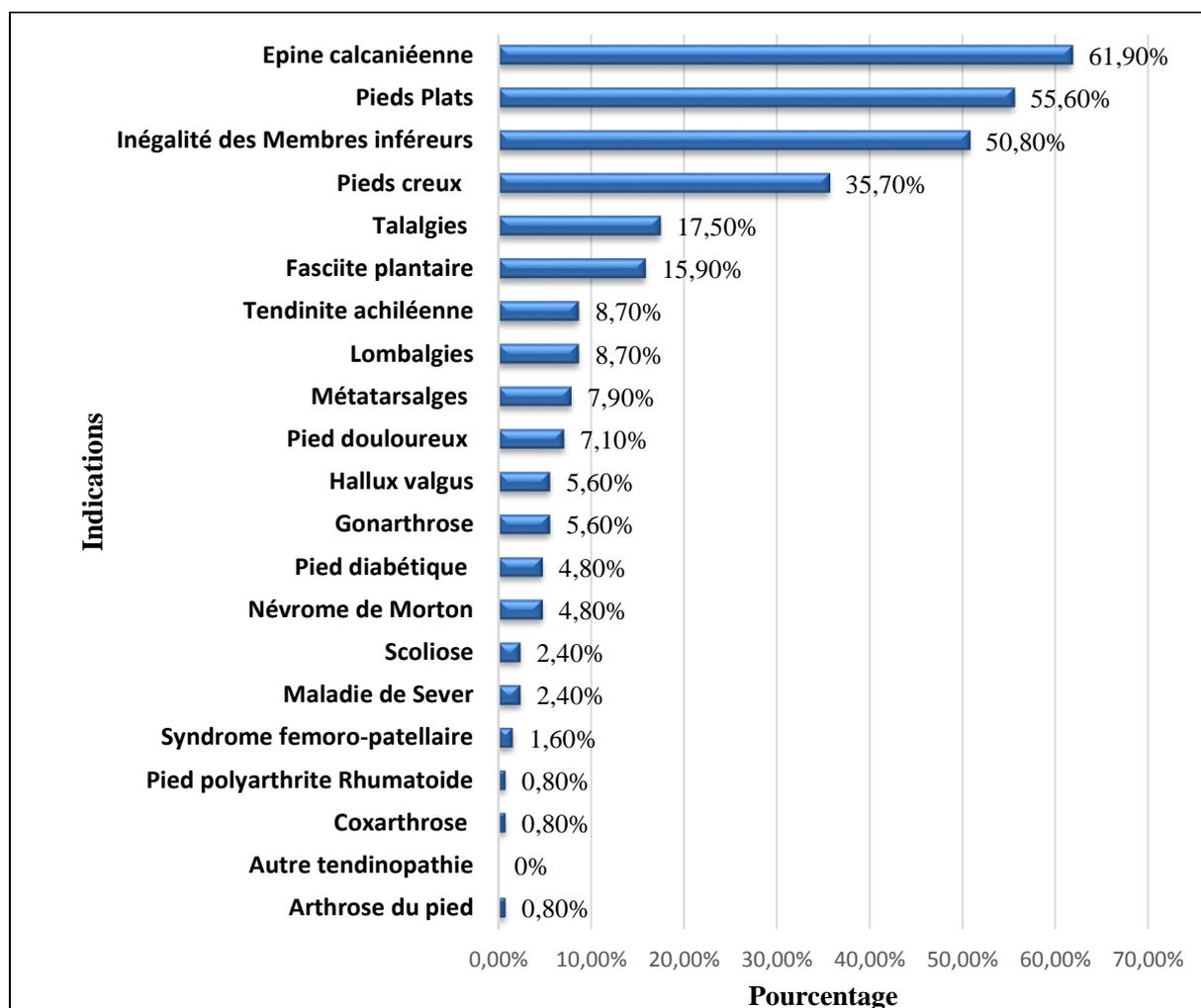


Figure 13 : Indications de semelles orthopédiques.

1.13. Soulagement des patients porteurs d'orthèses plantaires

Aucun des MG (0%) n'a considéré que leurs patients étaient rarement ou jamais soulagés par les OP. En revanche, 78 médecins (61,9%) ont considéré que leurs patients étaient souvent soulagés par les OP et 48 médecins (38,1%) que leurs patients l'étaient parfois.

1.14. Suggestion d'orthèses plantaires préfabriquées aux patients

OUI : 54 participants (42,9%).

NON : 72 participants (57,1%).

Parmi les 54 médecins interrogés qui ont conseillé les OP préfabriquées à leurs patients :

- 34 médecins (63%) l'ont fait en cas de douleurs aux pieds.
- 28 médecins (51,9 %) : les ont recommandées aux sportifs.

7 médecins ont indiqué d'autres raisons que celles proposées :

- 1 médecin : en attendant la réalisation d'OP sur mesure.
- 4 médecins : souhaitent soulager les patients porteurs d'une épine calcanéenne.
- 1 médecin : les ont prescrites en cas de tendinite achilléenne.
- 1 médecin : les ont choisies pour des raisons financières.

Parmi les 72 médecins participants qui n'ont pas conseillé d'OP préfabriquées à leurs patients :

- 41 médecins (56,9%) l'ont fait par manque de connaissances sur ce type d'OP
- 31 médecins (43,1%) avaient un doute sur leur efficacité
- 1 médecin ne suggérerait aucune semelle sans bilan podologique

1.15. Satisfaction des médecins généralistes concernant leurs prescriptions d'orthèses plantaires

La majorité des médecins (73,8%) étaient plutôt satisfaits par leurs prescriptions d'OP et 2 médecins sur 126 (soit 1,6%) ne l'étaient pas.

Satisfaction	N (%)
Très satisfait	9 (7.1%)
Plutôt satisfait	93 (73.8%)
Peu satisfait	22 (17.5%)
Pas satisfait	2 (1.6%)

Tableau 4 : Satisfaction des MG participants concernant la prescription d'OP.

1.16. Formation

1.16.1. Les médecins généralistes et leurs niveaux de formation à la prescription d'orthèses plantaires

Aucun des médecins participants (0%) ne se considérait tout à fait formé à la prescription d'OP. En revanche 40,8% des MG participants ne s'estimaient pas du tout formés à cette prescription.

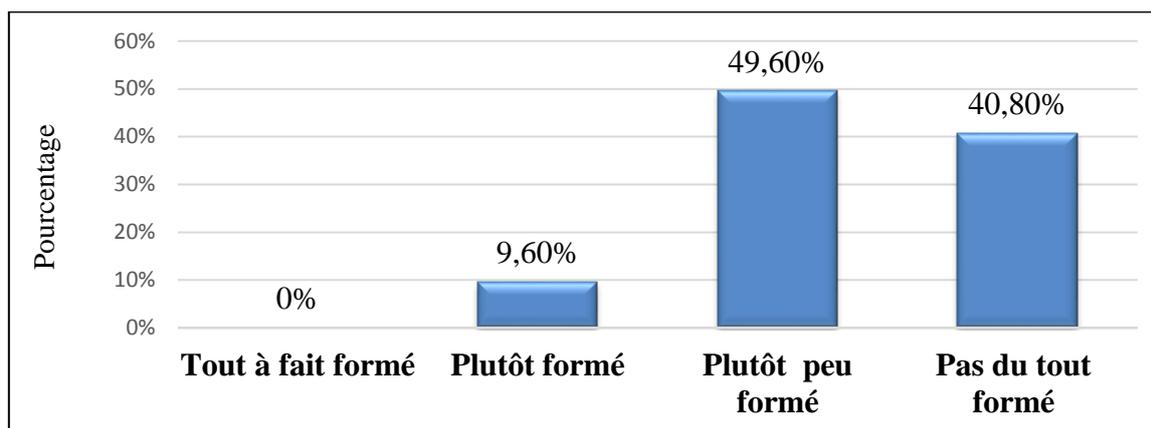


Figure 14 : Niveau de formation des participants à la prescription d'OP.

1.16.2. Les sources d'informations sur la prescription d'orthèses plantaires

Sources d'informations	N	%
Presse médicale, ouvrages	46	(36,50%)
FMC	36	(28,6%)
Internet	35	(27,8%)
Congrès	12	(9,5%)
Autre	29	(23%)

Tableau 5 : Source d'information des médecins à la prescription d'OP.

Parmi les MG participants, 29 médecins (23%) ont indiqué, en plus de nos propositions, les sources d'information suivantes :

- Confrères podologues pour 15 médecins.
- Aucune source d'information pour 12 médecins.
- Confrères orthopédistes pour 1 médecin.
- Expérience personnelle pour 1 médecin.

1.16.3. Les formations déjà suivies

Les médecins participants ont été interrogés sur les formations déjà suivies au sujet de l'examen du pied, l'utilisation du podoscope et la prescription d'OP. Il s'agissait d'une question à deux réponses possibles : Oui/Non.

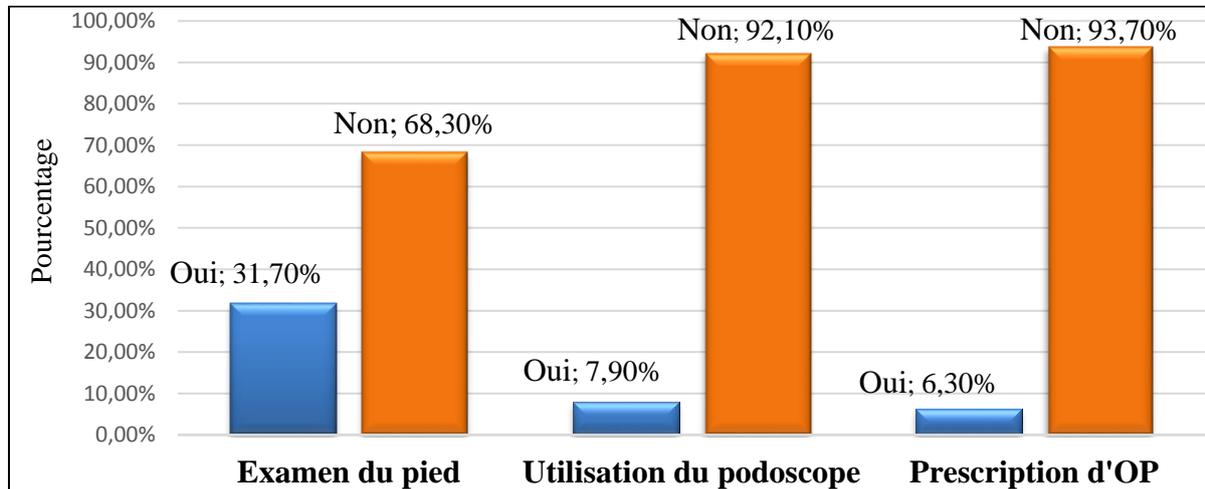


Figure 15 : Formations déjà suivies sur l'examen du pied, l'utilisation du podoscope et la prescription d'OP.

1.16.4. Attente des médecins généralistes en matière de formation sur la prescription d'orthèses plantaires

Plus d'1/3 des MG interrogés ont souhaité un module en formation initiale des médecins, sur la prescription d'OP. Un médecin a indiqué « autre » (mais sans précision).

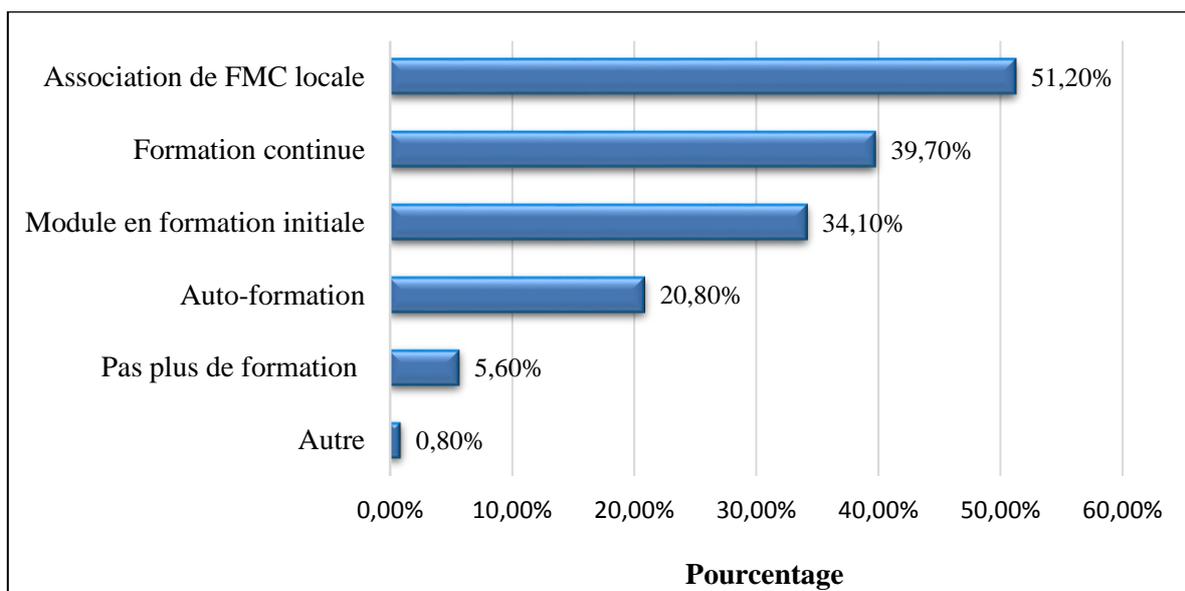


Figure 16 : Souhaits des participants concernant la formation à la prescription d'OP.

2. Analyse comparative

2.1. Les pratiques des médecins généralistes selon leurs âges

Puisqu'on n'évoque pas la prescription d'OP durant la formation initiale des médecins généralistes, nous avons vérifié s'il existe une association entre l'âge des médecins et certaines des réponses du questionnaire. Notre hypothèse est que les médecins les plus âgés, qui sont donc plus expérimentés et plus formés, ont des pratiques différentes.

Pour cela, nous avons divisé la population en deux groupes en prenant un seuil de 50 ans. L'âge médian des participants étant de 50,5 ans.

2.1.1. Examen du pied et possession de podoscope

D'après le tableau (6), concernant les circonstances d'examen du pied, 52,4% des MG de plus de 50 ans pratiquent un examen des pieds dans le cas d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) contre 19% seulement chez les 50 ans ou moins. Cette différence est significative ($p=0,0002$).

A l'inverse, ils sont plus nombreux à pratiquer cet examen lors d'un traumatisme du pied chez les moins de 50 ans. Cette différence n'est cependant pas significative ($p=0,075$). Il n'y a pas d'association de l'âge et de la gêne à l'examen du pied, ni avec le nombre de patients qui consultent au cabinet pour des douleurs au pied.

Parmi les raisons de la non-possession d'un podoscope, la grande majorité des moins de 50 ans considèrent qu'ils ne sont pas formés (86,7%) contre 58,6 % chez les plus de 50 ans ($p=0,001$). A noter également qu'il y a une tendance ($p=0,08$) à penser que ce n'est pas le rôle du MG de posséder un podoscope (55,9 % chez les plus de 50 ans et 38,3% chez les autres).

Questions	Catégorie	Age		P-valeur	
		≤ 50 ans	> 50 ans		
Circonstances d'examen des pieds					
Demande du patient		54 (85.7%)	51 (81%)	0.63	
Conflits pied chaussure		46 (73%)	49 (77.8%)	0.68	
Coxalgies		20 (31.7%)	25 (39.7%)	0.46	
Déformations du pied		54 (85.7%)	48 (76.2%)	0.26	
Diabétiques		61 (96.8%)	58 (92.1%)	0.44	
Douleurs du pied		59 (93.7%)	61 (96.8%)	0.68	
Gonalgies		38 (60.3%)	35 (55.6%)	0.72	
Polyarthrite rhumatoïde		12 (19%)	33 (52.4%)	0.0002	
Rachialgies		35 (55.6%)	33 (52.4%)	0.86	
Traumatismes du pied		58 (92.1%)	50 (79.4%)	0.075	
Gêne à l'examen des pieds		Souvent	9 (14.3%)	9 (14.3%)	0.14
		Parfois	25 (39.7%)	23 (36.5%)	
		Rarement	13 (20.6%)	23 (36.5%)	
		Jamais	16 (25.4%)	8 (12.7%)	
Nombre de patients qui consultent pour douleurs aux pieds par semaine		0 à 5	42 (66.7%)	37 (58.7%)	0.50
		6 à 10	20 (31.7%)	23 (36.5%)	
		11 à 20	1 (1.6%)	3 (4.8%)	
Possession du podoscope (oui)			4 (6.3%)	4 (6.3%)	1.00
Si possession					
	Consultation pieds douloureux		1 (33.3%)	4 (100%)	0.14
	Suspicion trouble statique du pied		2 (66.7%)	4 (100%)	0.43
	Avant la prescription de semelles		2 (66.7%)	4 (100%)	0.43
Si pas possession					
	Manque de temps		4 (6.7%)	9 (15.3%)	0.23
	Absence de formation		52 (86.7%)	34 (58.6%)	0.001
	Pas mon rôle		23 (38.3%)	33 (55.9%)	0.082

Tableau 6 : Examen du pied et possession du podoscope en fonction de l'âge.

2.1.2. La demande d'orthèses plantaire, les principales indications et l'apport du podologue

Aucune différence significative n'a été observée (tableau 7) dans la comparaison avec la demande d'OP, les principales indications et l'apport du podologue. A noter une faible tendance, concernant le retour du podologue où ils sont plus nombreux chez les plus de 50 ans (p=0,12).

Questions		Catégorie	Age		P-value
			≤ 50 ans	> 50 ans	
Demandes de semelles proviennent					
	Vous-même		58 (92.1%)	56 (88.9%)	0.76
	Autre médecin spécialiste		17 (27%)	14 (22.2%)	0.68
	Podologue		43 (68.3%)	41 (65.1%)	0.85
	Kinésithérapeute		23 (36.5%)	18 (28.6%)	0.45
	Ostéopathe		15 (23.8%)	16 (25.4%)	1.00
	Entourage patient		6 (9.5%)	3 (4.8%)	0.49
	Infirmière		0 (0%)	1 (1.6%)	1.00
	Patient		43 (68.3%)	36 (57.1%)	0.27
Consultation d'un podologue avant le médecin généraliste		Pas d'inconvénients	45 (71.4%)	37 (58.7%)	0.33
		Un avis médical est nécessaire au préalable	11 (17.5%)	16 (25.4%)	
		Cela doit rester dans le parcours de soin	7 (11.1%)	10 (15.9%)	
Bilan podologique pour rachialgies, gonalgies, coxalgies ou sciatalgies		Souvent	20 (31.7%)	20 (31.7%)	0.33
		Parfois	31 (49.2%)	36 (57.1%)	
		Rarement	9 (14.3%)	3 (4.8%)	
		Jamais	3 (4.8%)	4 (6.3%)	
Retour du podologue		Souvent	10 (15.9%)	21 (33.3%)	0.12
		Parfois	22 (34.9%)	14 (22.2%)	
		Rarement	17 (27%)	16 (25.4%)	
		Jamais	14 (22.2%)	12 (19%)	
Les indications les plus fréquentes					
	Épine calcanéenne		43 (68.3%)	35 (55.6%)	0.20
	Fasciite plantaire		10 (15.9%)	10 (15.9%)	1.00
	Inégalité longueur membres inférieurs		30 (47.6%)	34 (54%)	0.59
	Pieds creux		24 (38.1%)	21 (33.3%)	0.71
	Pieds plats		34 (54%)	36 (57.1%)	0.86
	Talalgies		9 (14.3%)	13 (20.6%)	0.48

Tableau 7 : La demande d'OP, ces principales indications et l'apport du podologue en fonction de l'âge.

2.1.3. Aspects pratiques et expériences sur la prescription d'orthèses plantaires

Il n'y a pas d'association entre la prescription d'OP et l'âge (tableau 8). Aucune différence significative n'est également observée dans les autres comparaisons, excepté le dossier patient. En effet, les médecins plus âgés inscrivent plus souvent (55,6%) le port d'OP dans le dossier

patient, que les plus jeunes (20,6%, $p < 0,0001$).

Questions	Catégorie	Age		P-value
		≤ 50 ans	> 50 ans	
Prescription d'OP	Souvent	36 (57.1%)	41 (65.1%)	0.36
	Parfois	25 (39.7%)	22 (34.9%)	
	Rarement	2 (3.2%)	0 (0%)	
Age de prescription d'OP	0 à 5ans	10 (15.9%)	18 (29%)	0.12
	6 à 10ans	47 (74.6%)	46 (73%)	1.00
	11 à 20ans	60 (95.2%)	54 (85.7%)	0.13
	21 à 65ans	60 (95.2%)	59 (93.7%)	1.00
	Plus 65ans	38 (60.3%)	43 (69.4%)	0.38
Bilan radio/écho avant la prescription	Souvent	15 (23.8%)	18 (28.6%)	0.39
	Parfois	23 (36.5%)	28 (44.4%)	
	Rarement	16 (25.4%)	13 (20.6%)	
	Jamais	9 (14.3%)	4 (6.3%)	
Une note dans le dossier médical que le patient est porteur d'OP	Souvent	13 (20.6%)	35 (55.6%)	<0.0001
	Parfois	12 (19%)	9 (14.3%)	
	Rarement	11 (17.5%)	15 (23.8%)	
	Jamais	27 (42.9%)	4 (6.3%)	
Evaluation des effets d'OP	Souvent	32 (50.8%)	41 (65.1%)	0.15
	Parfois	21 (33.3%)	17 (27%)	
	Rarement	8 (12.7%)	2 (3.2%)	
	Jamais	2 (3.2%)	3 (4.8%)	
Patients soulagés par le port d'OP	Souvent	33 (55.9%)	45 (67.2%)	0.58
	Parfois	26 (41.3%)	22 (34.9%)	
Mentionner l'indication d'OP sur la prescription	Souvent	32 (50.8%)	34 (54%)	0.81
	Parfois	16 (25.4%)	15 (23.8%)	
	Rarement	10 (15.9%)	7 (11.1%)	
	Jamais	5 (7.9%)	7 (11.1%)	

Tableau 8 : Aspects pratiques et expériences à la prescription d'OP en fonction de l'âge.

2.1.4. Satisfaction et formation des médecins généralistes

La satisfaction à la prescription d'OP n'est pas associée à l'âge. Par contre, l'utilisation des semelles préfabriquées divergent en fonction de l'âge. En effet, près de 2/3 (64,5%) des plus de 50 ans les conseillent aux sportifs, contre près d'1/3 (34,8%) chez les moins de 50 ans. Cette différence est à la limite de la significativité ($p=0,059$). A l'inverse, l'utilisation de semelles

préfabriquées, dans le cas de douleurs au pied, est conseillée chez la plupart (82.6%) des moins de 50 ans contre la moitié (48.4%) des plus de 50 ans (p=0.022).

Concernant les besoins en formation, il n'y a pas de différence entre les deux groupes d'âge. Cependant, ils sont plus formés chez les plus de 50 ans, avec 41.3% pour l'examen du pied (contre 22.2% chez les moins 50 ans, p=0.035). 12.7% et 3.2% se déclarent formés au podoscope, respectivement chez les plus et moins de 50 ans. (Voir tableau 9).

Questions	Catégorie	Age		P-value
		≤ 50 ans	> 50 ans	
Satisfaction sur la prescription d'OP	Très satisfait	5 (7.9%)	4 (6.3%)	0.38
	Plutôt satisfait	43 (68.3%)	50 (79.4%)	
	Peu satisfait	13 (20.6%)	9 (14.3%)	
	Pas satisfait	2 (3.2%)	0 (0%)	
Evaluation de la formation à la prescription d'OP	Plutôt formé	5 (8.1%)	7 (11.1%)	0.58
	Plutôt peu formé	29 (46.8%)	33 (52.4%)	
	Pas du tout formé	28 (45.2%)	23 (36.5%)	
Sources d'informations sur la prescription d'OP				
	Presse ouvrage	21 (33.3%)	25 (39.7%)	0.58
	Congrès	7 (11.1%)	5 (7.9%)	0.76
	Internet	21 (33.3%)	14 (22.2%)	0.23
	FMC	13 (20.6%)	23 (36.5%)	0.076
	Autres	16 (25.4%)	10 (15.9%)	0.27
Conseiller des OP préfabriquées (oui)		23 (36.5%)	31 (49.2%)	0.21
Si oui				
	Dans le cas de douleurs au pied	19 (82.6%)	15 (48.4%)	0.022
	Aux sportifs	8 (34.8%)	20 (64.5%)	0.059
Si non				
	Non connaissance de ce type d'OP	26 (65%)	15 (46.9%)	0.19
	Doute efficacité	14 (35%)	17 (53.1%)	0.19
Suivi une formation				
	Examen pied	14 (22.2%)	26 (41.3%)	0.035
	Podoscope	2 (3.2%)	8 (12.7%)	0.099
	Prescription semelles	2 (3.2%)	6 (9.5%)	0.27
Développement de la formation sur la prescription d'OP				
	Module en formation initiale	24 (38.1%)	19 (30.2%)	0.45
	Formation continue	30 (47.6%)	20 (31.7%)	0.10
	Association de FMC locale	28 (45.2%)	36 (57.1%)	0.25
	Auto-formation	13 (21%)	13 (20.6%)	1.00
	Pas plus de formations	3 (4.8%)	4 (6.5%)	1.00

Tableau 9 : Satisfaction et formation des médecins en fonction de l'âge.

2.2. Autres comparaisons

On a comparé quelques données de l'étude selon les caractéristiques des médecins.

2.2.1. Formation des participants selon leurs caractéristiques

Aucune différence n'est observée entre la formation et les caractéristiques des médecins (tableau 10).

Variable	Catégorie	Formation		P-value
		Pas formé n=51	Formé n=74	
Sexe	Hommes	38 (74.5%)	60 (81.1%)	0.51
Age	Moyenne \pm écart-type	48.7 \pm 12.4	51.1 \pm 12.3	0.29
Age	> 50 ans	23 (45.1%)	40 (54.1%)	0.42
Durée d'exercice	Moyenne \pm écart-type	20 \pm 13	22.8 \pm 12.9	0.24
Durée d'exercice	> 20 ans	25 (49%)	42 (56.8%)	0.50
Mode d'exercice	Seul	15 (29.4%)	27 (36.5%)	0.70
	Cabinet de groupe	29 (56.9%)	37 (50%)	
	Maison de santé pluridisciplinaire	7 (13.7%)	10 (13.5%)	
Secteur	Rural	10 (19.6%)	10 (13.5%)	0.44
	Semi-rural	19 (37.3%)	24 (32.4%)	
	Urbain	22 (43.1%)	40 (54.1%)	

Tableau 10 : Formation des participants selon leurs caractéristiques.

2.2.2. Fréquence de prescription d'orthèses plantaires selon les caractéristiques des médecins

Aucune différence significative n'est observée dans cette comparaison (tableau 11).

Variable	Catégorie	Fréquence prescription semelles		P-value
		Parfois n=49	Souvent n=77	
Sexe	Hommes	36 (73.5%)	62 (80.5%)	0.48
Age		48.8 ± 12.3	50.9 ± 12.3	0.37
Age > 50 ans		22 (44.9%)	41 (53.2%)	0.46
Durée exercice		19.9 ± 13.2	22.6 ± 12.7	0.27
Durée exercice > 20 ans		22 (44.9%)	45 (58.4%)	0.19
Mode Exercice	Seul	18 (36.7%)	25 (32.5%)	0.58
	Cabinet de groupe	23 (46.9%)	43 (55.8%)	
	Maison de santé pluridisciplinaire	8 (16.3%)	9 (11.7%)	
Secteur	Rural	8 (16.3%)	12 (15.6%)	0.99
	Semi-rural	17 (34.7%)	27 (35.1%)	
	Urbain	24 (49%)	38 (49.4%)	

Tableau 11 : Fréquence de prescription d'OP selon les caractéristiques des participants.

2.2.3. Prescription d'orthèses plantaires aux enfants de moins de 5 ans, selon les caractéristiques des médecins

Les médecins prescrivant des semelles aux moins de 5 ans sont plus âgés que ceux qui n'en prescrivent pas, avec une moyenne d'âge respectivement de 53.9 ± 10.8 et 48.9 ± 12.6 (p=0.043). Le tableau (12) montre également qu'ils sont majoritairement seuls dans leur cabinet (57.1%), contre seulement 27.8% parmi ceux qui ne prescrivent pas aux moins de 5 ans (p=0.003).

Après ajustement, en utilisant le modèle multivarié, l'âge n'est plus significatif (p=0.21), contrairement au mode d'exercice seul (p=0.016). Cela signifie que c'est en réalité le fait d'exercer seul qui est associé à la prescription. De plus, l'âge et le mode d'exercice étant liés, il est logique qu'un seul parmi les deux, soit significatif en multivarié.

Variable	Catégorie	Prescription de semelles aux < 5ans		P-value
		Non n=97	Oui n=28	
Sexe	Hommes	73 (75.3%)	24 (85.7%)	0.36
Age		48.9 ± 12.6	53.9 ± 10.8	0.043
Age > 50 ans		44 (45.4%)	18 (64.3%)	0.12
Durée exercice		20.4 ± 13.2	25.1 ± 11.4	0.072
Durée exercice > 20 ans		49 (50.5%)	17 (60.7%)	0.46
Mode Exercice	Seul	27 (27.8%)	16 (57.1%)	0.003
	Cabinet de groupe	53 (54.6%)	12 (42.9%)	
	Maison de santé pluridisciplinaire	17 (17.5%)	0 (0%)	
Secteur	Rural	16 (16.5%)	4 (14.3%)	0.88
	Semi-rural	33 (34%)	11 (39.3%)	
	Urbain	48 (49.5%)	13 (46.4%)	

Tableau 12 : Prescription d'OP aux enfants de moins de 5 ans selon les caractéristiques des participants.

2.2.4. Intérêt du podoscope selon les caractéristiques des médecins généralistes

Aucune différence n'est observée entre l'intérêt du podoscope et les caractéristiques des médecins (tableau 13)

Variable	Catégorie	Intérêt du podoscope		P-value
		Non n=73	Oui n=53	
Sexe	Hommes	57 (78.1%)	41 (77.4%)	1.00
Age		49.6 ± 11.7	50.8 ± 13.1	0.61
Age > 50 ans		36 (49.3%)	27 (50.9%)	1.00
Durée exercice		20.9 ± 12.5	22.5 ± 13.7	0.49
Durée exercice > 20 ans		40 (54.8%)	27 (50.9%)	0.81
Mode d'exercice	Seul	21 (28.8%)	22 (41.5%)	0.31
	Cabinet de groupe	42 (57.5%)	24 (45.3%)	
	Maison de santé pluridisciplinaire	10 (13.7%)	7 (13.2%)	
Secteur	Rural	10 (13.7%)	10 (18.9%)	0.73
	Semi-rural	26 (35.6%)	18 (34%)	
	Urbain	37 (50.7%)	25 (47.2%)	

Tableau 13 : Intérêt du podoscope selon les caractéristiques des médecins.

Les médecins sont représentés par des points, de couleurs différentes, représentant deux groupes. La réalisation d'une technique de classification a permis de distinguer ces groupes de médecins : le groupe 1 (rouge) à gauche de la dimension 1 contenant 78 médecins et le groupe 2 (jaune) à droite de la dimension 1 avec 46 médecins. A noter que 2 médecins ont été exclus de l'analyse car ils ont des données manquantes dans certaines questions. La projection des réponses sur le plan permet d'interpréter les deux groupes.

Ainsi, le groupe 1 se définit par des médecins ayant déclaré prescrire majoritairement des semelles aux moins de 5 ans et des semelles préfabriquées. Ils réalisent souvent un bilan radiologique et se déclarent formés. Ces médecins sont majoritairement des hommes, avec plus de 20 ans d'expérience et exerçant seuls dans le milieu rural ou semi-rural.

Quant au deuxième groupe, il est défini, à l'inverse, par des médecins ne prescrivant pas de semelles aux moins de 5 ans, ni des semelles préfabriquées. Ils ne réalisent jamais ou rarement un bilan radiologique et se déclarent non formés. Ces médecins sont majoritairement des femmes, exerçant en groupe, en milieu urbain, et depuis moins de 10 ans.

DISCUSSION

1. Synthèse des principaux résultats de l'étude

126 réponses ont été reçues sur les 508 questionnaires envoyés, soit un taux de participation de 24,8%. 60,3% des participants sont des hommes et 39,7% sont des femmes avec un âge moyen, tous sexes confondus, de 50,1 ans.

La majorité des médecins participants ont examiné les pieds de leurs patients pour les dix circonstances de consultations proposées dans le questionnaire. Les deux seules circonstances qui n'ont pas dépassé les 50%, sont les coxalgies et la polyarthrite rhumatoïde (35,7%).

38,1% des médecins participants sont parfois gênés par l'examen des pieds des patients et 14,3% sont souvent gênés par cet examen.

Les 126 médecins participants (100%) ont réalisé des prescriptions d'OP à leurs patients et 61,1% de ces médecins ont réalisé souvent cette prescription. La tranche d'âge 11-65 ans est la plus concernée, avec plus de 90% des prescriptions.

La demande de prescription d'OP provenait surtout, par ordre décroissant de fréquence : du MG (90,59%), d'un podologue (67%) ou du patient (62,7%).

Le pied douloureux est l'une des indications de prescription d'OP, et notre étude a montré que plus d'1/3 des médecins participants (34,1%) ont reçu en moyenne 6 à 10 patients par semaine en consultation pour des douleurs aux pieds.

La quasi-totalité des MG participants (93,7%) n'ont pas de podoscope dans leur cabinet et la majorité de ces MG (72,9%) ne possèdent pas ce podoscope, par manque de formation.

Les médecins participants qui possédaient un podoscope dans leurs cabinets, l'utilisaient en cas de suspicion d'un trouble de la statique (85,7%), avant de prescrire des OP (85,5%) et pour les consultations pour pieds douloureux (71,4%).

Presque la moitié des MG (46,8%) ont considéré que l'intérêt d'un podoscope dans un cabinet médical est faible et pour 11,1% cela est d'aucun intérêt.

Près des 2/3 des médecins interrogés (65,1%), ne voyaient pas d'inconvénients à ce qu'un patient consulte un podologue avant le MG pour bénéficier d'OP, et la majorité des médecins (84,9%) ont adressé souvent ou parfois leurs patients chez un podologue en cas de rachialgies,

gonalgies, coxalgies ou sciatalgies trainantes. Dans 20,6% des cas, les MG participants n'ont reçu aucune correspondance du podologue après la réalisation d'OP.

Les 2/3 des médecins participants (66,7%) ont réalisé soit souvent, soit parfois, un bilan radiologique et/ou échographique à leurs patients avant de procéder à la prescription d'OP et 57,9% des médecins ont évalué souvent les effets thérapeutiques de ces dernières après leurs prescriptions.

Plus de la 1/2 des médecins (52,4%) ont mentionné souvent l'indication des OP sur leur prescription et les premières indications retenues par les MG sont : l'épine calcanéenne (61,9%), les pieds plats (55,6%) et l'inégalité de longueur des membres inférieurs (ILMI) dans 50,8% des cas.

La totalité des MG participants (100%) ont considéré que leurs patients sont souvent ou parfois soulagés par le port d'OP.

42,9% des MG ont suggéré des OP préfabriquées à leurs patients et 63% les ont conseillés à des patients souffrant de douleurs au pied.

80,9% des MG interrogés sont très ou plutôt satisfaits de leurs prescriptions d'OP. Pourtant, la quasi-totalité (93,7%) de ces médecins ne sont pas formés à cette prescription.

La quasi-totalité des MG participants (95,4%) ont souhaité plus de formations concernant la prescription d'OP.

2. Profil des médecins participants

Dans notre étude 39.7% des médecins sont des femmes et 60.3% des hommes.

Ce sex-ratio est en concordance avec les dernières données démographiques régionales du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de 2016.

L'ordre des médecins rapporte que 58% des médecins en exercice libéral sont des hommes et que 42% sont des femmes [15].

Les données démographiques du CNOM de 2018 constatent que l'âge moyen des MG en activité en France est de 50.8 ans [16].

Pour les haut-de-France l'âge moyen des MG en activité est de 50.2 ans, ce qui est équivalent à notre étude (50.1 ans) [16].

Notre étude a montré que 65,9% des médecins participants exercent en groupe, dont 52,4% en cabinet de groupe de médecine générale et 13,5% en MSP.

On note ici une différence avec les travaux du CNOM de 2016 qui rapportent que 50,1% des médecins travaillent en cabinet de groupe [15].

3. Le médecin généraliste et le podologue à propos des orthèses plantaires

Notre étude rapporte que 65.1% des médecins participants ne voyaient pas d'inconvénients à ce qu'un patient consulte un podologue avant le MG pour une demande d'OP.

Dans cette étude nous avons aussi observé, que la majorité des MG (84,9%) ont adressé souvent ou parfois leurs patients chez un podologues pour certaines pathologies récurrentes (rachialgies, gonalgies, coxalgies ou sciatalgies).

On peut penser que les MG ont confiance dans le travail du podologue et qu'ils considèrent celui-ci comme un expert dans le domaine des OP.

Pour une meilleure prise en charge des patients porteurs d'OP, la coopération entre le podologue et le MG est indispensable.

Mes recherches ne m'ont pas permis de trouver d'études consacrées à la relation MG-podologue. Par analogie, le Docteur Le Métayer dans sa thèse de médecine générale, dresse un tableau pessimiste sur la communication des infirmiers et des kinésithérapeutes avec les MG, au cours de l'adressage d'un patient par ces derniers [17].

Cette communication est décrite comme minimaliste et insatisfaisante.

Dans notre étude 73.8% des MG sont plutôt satisfaits de leurs prescriptions d'OP.

Il serait intéressant de s'interroger sur le ressenti des Pédicures-podologues envers les prescriptions d'OP des MG et de réaliser une étude qualitative sur cette relation.

4. Examen podologique en médecine générale

Notre étude objective de nombreuses circonstances de consultations requérant un examen podologique.

Certaines maladies peuvent être responsables de lésions graves du pied et onéreuse en termes de dépense de santé. Comme exemples on peut citer le diabète et la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Notre étude rapporte que les MG sont sensibilisés dans le cadre du diabète, puisque 94% ont

considéré cette pathologie comme circonstance d'examen du pied.

En mars 2015, la société Francophone du Diabète Paramédical, considère que le dépistage du risque podologique chez les patients diabétiques est essentiellement sous la responsabilité des médecins traitants [18].

Dans « Rhumatisme monographie » les auteurs d'un article sur le pied dans la PR, rapportent que celui-ci est fréquemment atteint au début de la maladie. Un diagnostic et une prise en charge précoce influence le devenir fonctionnel du patient et les OP sont une des thérapeutiques disponibles dans la PR [19].

Dans notre étude 37.5 % des MG considèrent la PR comme circonstance d'examen du pied.

Le Dr Alain Heuline, attaché du service de Rhumatologie de l'Hôpital Saint-Philibert précise (FORMATHON) que l'examen podologique doit concerner tous les âges et doit commencer par l'examen de la chaussure en observant son usure. La chaussure est considérée comme la première semelle et son usure peut révéler un trouble de la statique du pied.

L'examen du pied doit être visuel, palpatoire et podoscopique ce qui permet de cibler 90% des pathologies, les 10% restantes étant les cas complexes ou inflammatoire [20].

Notre étude rapporte que plus de la moitié des MG (52.4%) sont gênés (souvent ou parfois) par l'examen du pied.

Cette gêne influence probablement la régularité de cet examen.

6.3% des MG interrogés possèdent un podoscope dans leur cabinet, et les études antérieures confirment cette tendance.

Un article de 2003 « L'équipement du cabinet médical » paru dans la revue « Exercer », révèle que 11% des MG généralistes possédaient un podoscope [21].

Dans sa thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine Générale, le Dr Vasseur M, rapporte en 2014 que 8.8% des MG du Nord-Pas-de-Calais possédaient un podoscope dans leurs cabinets [22].

Notre étude rapporte que 46.8% des MG ont considéré l'intérêt d'un podoscope dans un cabinet médical faible et pour 11.1%, cela est d'aucun intérêt.

Notre étude indique également que 92.1% des MG participants n'ont pas de formation à l'utilisation d'un podoscope.

On peut donc s'interroger sur l'effet de ce défaut de formation, sur la faible présence de

podoscope dans les cabinets de MG et sur le manque d'intérêt pour celui-ci.

5. Etude des indications de prescription d'orthèses plantaires, retenues par les médecins généralistes

5.1. Indications des orthèses plantaires selon la pathologie du patient

5.1.1. Indications podologiques

Epine calcanéenne, talalgies

Mes recherches ne m'ont pas permis de retrouver d'études sur la prescription d'OP dans l'épine calcanéenne.

Notre étude rapporte que 61.9% des MG ont prescrit des OP dans cette indication.

Un article paru dans la revue du généraliste, « Syndrome de l'épine calcanéenne » du Dr Alain Goldcher rapporte que la talalgie plantaire représente le deuxième motif de consultation en podologie.

La cause la plus fréquente de cette talalgie est l'entésopathie de l'aponévrose plantaire superficielle d'origine mécanique [23].

Notre étude rapporte que 17.5% des participants ont prescrit des OP pour des talalgies.

Deux revues systématiques avec méta-analyses récentes ont étudié les talalgies :

La première de Rasenberg N et al [24] de 2018. Cette revue systématique conclut que les orthèses du pied ne sont pas supérieures pour améliorer les talalgies plantaires par rapport aux autres interventions conservatrices.

Une deuxième étude de Whittaker GA et al [25], de 2018, sur l'efficacité des OP contre la douleur au talon plantaire rapporte une efficacité modérée mais sans certitude.

Pied plat et pied creux

Les MG participants prescrivaient souvent des OP en cas de pieds plats (55,6%) et creux (37,5%). Ceci est en accord avec les recommandations de la HAS d'avril 2018 (EOPCT), qui retiennent ces deux indications et précisent que le pied doit être douloureux dans ces deux situations cliniques.

Dans un article de la revue du rhumatisme de 2014, intitulé « indications, principes d'action et de prescription des orthèses plantaires », le Docteur Alain Goldcher, médecin généraliste, spécialiste en podologie et en médecine du sport [26], ne considère pas utile de porter les OP

en l'absence de douleurs du membre inférieur. Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur l'utilité des OP en cas de pieds plats ou creux non douloureux.

Pied diabétique

La quasi-totalité des MG participants (94,4%) ont considéré le diabète comme circonstance de consultation pour un examen du pied.

Dans notre étude, une minorité de médecins (4,8%) prescrivaient des OP à leurs patients diabétiques.

Certains experts recommandent le port en permanence d'OP pour les diabétiques, dans le cadre de la prévention primaire et secondaire des maux perforants plantaires lorsqu'ils sont associés à une neuropathie [18].

Les recommandations écossaises de « Scottish Intercollegiate Guidelines Network » de 2010, mises à jour en 2011, 2014 et 2017 [27], sont en faveur de l'intérêt des OP dans la prévention des ulcères des pieds diabétiques.

La HAS d'avril 2018 (EOPCT), a considéré une utilité des OP pour le pied du patient diabétique, de grade 2 et 3, dans la prévention des lésions cutanées et vasculaires.

Dans un article de 2008, paru dans le journal des Maladies Vasculaires [28], les auteurs observaient que la conception de la podo-orthèse sur mesure permettrait d'améliorer la prévention des plaies du pied diabétique pour les patients à haut risque.

Dans sa thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine Générale réalisée en 2018 [29], le Docteur Delattre a fait le même constat que notre étude. Les médecins ne prescrivaient pas suffisamment d'OP dans le cadre des pathologies du pied chez le diabétique.

Pied rhumatoïde

Dans notre étude, une petite minorité des MG participants (0,8%) ont prescrit des OP en cas de PR. La HAS d'avril 2018 (EOPCT) a retenu la PR comme situation clinique où les orthèses plantaires sur mesure ont un intérêt, et le but de ces orthèses est de diminuer les hyper-appuis douloureux du pied, de faciliter la marche et de réduire ou prévenir les déformations.

Dans 2 études sur la PR : Sena da Conceição et al, de 2015 [30] et Hawke et al, de 2008 [31]. Les auteurs ont observé une diminution de la douleur par les OP sur mesure.

Dans une autre étude de Gijon-Nogueron, G et al, de 2018 [32], les auteurs ont observé que les OP pouvaient soulager la douleur et l'invalidité du pied rhumatoïde, mais aucune différence significative n'a été constatée avec le groupe contrôle.

Douleur du pied

Dans notre étude, les médecins interrogés ont prescrit des OP à 7,1% des patients souffrant de pieds douloureux.

La « Cochrane Library » [33], a publié en 2008 une revue de la littérature afin d'évaluer l'effet des OP sur mesure pour le traitement de la douleur du pied.

Les auteurs (Hawke et al), ont considéré que les OP sont utiles pour le traitement de la douleur du pied creux, dans l'arthrite juvénile idiopathique, la PR, la fasciite plantaire et l'hallux valgus.

5.1.2. Indications extra-podologiques

Inégalité de longueur des membres inférieurs

Dans notre étude 50,8% des MG participants prescrivait des OP dans cette indication.

Les données de la littérature sont très variées concernant l'intérêt d'OP dans l'ILMI. Un article de décembre 2017, dans la revue de podologie, conclut que le port d'OP, chez les individus avec une ILMI ≤ 2 cm, apporte un bénéfice sur la symétrie des amplitudes articulaires et permet de diminuer la sensation de douleur lombaire.

Cette réduction de la douleur semble liée aux améliorations cinématiques de la cheville lors de la marche [34].

Lombalgies

La lombalgie est un motif de consultation fréquent en médecine générale. Elle est un problème de santé publique avec un impact économique et social majeur. La prise en charge de ces lombalgies est complexe, et le MG se retrouve parfois dans une situation délicate surtout après épuisement des autres moyens thérapeutiques.

Dans notre étude, 8,5% des MG participants prescrivait des OP à leurs patients en cas de lombalgies.

La « Cochrane Library » [35] a publié une revue de la littérature sur l'utilisation des OP pour la prévention et le traitement des douleurs dorsales. Les auteurs ont conclu avec des preuves solides que les OP ne sont pas efficaces sur la prévention des dorsalgies et des lombalgies.

Une revue de la littérature de Papuga MO et Cambron J [36] sur l'intérêt des OP dans les lombalgies rapporte qu'il n'y a pas de preuves suffisantes de l'efficacité clinique des OP sur les lombalgies.

En mars 2019, la HAS a publié des recommandations professionnelles concernant la prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [37].

Les auteurs n'ont pas retenu l'indication d'OP dans les lombalgies communes, en s'appuyant sur des recommandations Belges [38], Britanniques [39] et Canadiennes [40].

Gonarthrose, syndrome fémoro-patellaire et la coxarthrose

Dans notre étude, une minorité de MG participants (5,6%) ont retenu la gonarthrose comme indication de prescription d'OP.

La HAS d'avril 2018 (EOPCT), considère en se basant sur deux revues systémiques avec méta-analyse de Duivenvoorden et al, 2015 [41] et de Parkes et al, 2013 [42], qu'il n'y a pas suffisamment de données pour suggérer que les orthèses plantaires soient plus efficaces que l'absence de traitement dans la gonarthrose.

Une petite minorité des MG interrogés (1,6%) ont retenu le syndrome fémoro-patellaire comme indication des OP.

Dans la revue Cochrane de Hossain et al. 2011[43], les auteurs ont rapporté l'absence de différence significative sur la douleur du syndrome fémoro-patellaire entre les orthèses plantaires et la kinésithérapie ou les orthèses plantaires neutres.

Dans la coxarthrose, notre étude révèle que seul 0,8% des MG prescrivait les OP à leurs patients. Les recommandations Françaises de 2008 n'ont pas rapporté d'efficacité des OP dans la coxarthrose et la gonarthrose [44].

5.2. Indications des orthèses plantaires chez l'enfant et la personne âgée

Enfant et prescription d'OP

Notre étude rapporte que 22.4% des MG ont prescrit des OP à des enfants de moins de 5 ans et 73% aux enfants de 6 à 10 ans.

Dans sa thèse d'exercice pour le diplôme de Docteur en Médecine générale, réalisée en 2018 [45], le Docteur GIDON rapporte que les OP ne sont pas indiquées dans les situations d'orthopédie pédiatrique les plus fréquentes en soins primaires (Le Metatarsus Adductus, ILMI,

pieds plats et maladie de Sever).

Elle rapporte également que la prescription d'OP par les MG est motivée par la prévention des complications et des douleurs et par la pression parentale.

La HAS d'avril 2018 (EOPCT) a retenu l'arthrite idiopathique juvénile et le pied plat douloureux comme situations cliniques où l'OP a un intérêt pour cette catégorie d'âge [9].

Personnes âgées et prescription d'OP

Une majorité de MG participants (64,8%) ont prescrit des OP aux patients de 65 ans et plus.

Dans sa thèse de 2018 [46] sur l'état des lieux de la prescription d'OP par le médecin généraliste, le Docteur Delattre rapportait que les plus de 65 ans étaient moins concernés par la prescription d'OP par les MG (18,84%).

Il existe une véritable différence avec notre étude.

La HAS a publié, en juillet 2005 (avec une actualisation le 26 novembre 2020), des recommandations de prescription d'orthèses plantaires pour cette catégorie de population. En effet, les OP sont recommandées pour maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles du patient âgé à la marche, en luttant contre les douleurs et les déformations du pied. Les orthèses moulées sont adaptées pour les pathologies podologiques de la personne âgée, car elles sont bien tolérées et elles optimisent la répartition des pressions plantaires.

Les recommandations précisent également l'importance de veiller à l'innocuité du matériel chez ses patients fragiles [47].

6. Formation des médecins généralistes à propos de l'examen du pied, l'utilisation du podoscope et la prescription d'orthèses plantaires

Examen du pied

Les circonstances d'examen du pied sont diverses et dans certaines pathologies, cet examen doit être rigoureux et régulier (diabète, la PR...).

Plus de la moitié des MG participants (52,4%) sont souvent ou parfois gênés par l'examen des pieds et que seuls 31% des MG ont suivi une formation à cet examen.

Ce défaut de formation et cette gêne à l'examen du pied peuvent influencer la régularité de cet examen ; on imagine aisément quel impact aura ce défaut de formation et cette gêne sur la santé des patients.

Utilisation du podoscope

Dans notre étude, 46,8% des médecins ont considéré que l'intérêt d'un podoscope dans un cabinet médical est faible et 11,1%, qu'il n'a aucun intérêt. Elle a montré aussi que 93,9% des médecins n'ont pas de podoscope au cabinet ; ceci serait dû dans 72,9% des cas à un défaut de formation.

La quasi-totalité des MG participants (92,1%) n'ont pas bénéficié d'une formation au podoscope.

Une formation des médecins semble nécessaire.

Prescription d'orthèses plantaire

Notre étude rapporte que 57,1% des MG n'ont pas suggéré les OP préfabriquées à leurs patients, et cela du fait d'un manque de connaissances de ce type d'orthèses, pour 56,9% des MG.

La nécessité de formation se confirme par ces données chiffrées, en sachant que dans plusieurs situations cliniques les OP préfabriquées sont autant efficaces que les OP sur mesure [9].

La quasi-totalité des MG participants (93,7%) ne sont pas formés à la prescription d'OP. En revanche on a observé que la majorité des médecins (80,9%) sont très ou plutôt satisfaits de leurs prescriptions d'OP. On se trouve ici devant une situation paradoxale.

En plus des sources d'information sur les prescriptions d'OP qu'on a proposées dans le questionnaire, 14 médecins ont développé leurs connaissances par l'intermédiaire des podologues.

Notre étude a montré aussi que l'autoformation est privilégiée par les MG pour développer leurs connaissances sur les OP (36,5% des médecins, grâce à la presse médicale et aux ouvrages et 27,8% grâce à Internet).

7. Les pratiques des médecins généralistes selon leurs âges

La prescription d'OP est un sujet peu abordé au cours de la formation initiale de médecine générale.

Il nous a paru intéressant de connaître la pratique des médecins les plus expérimentés.

Examen podologique :

Dans la PR, par exemple, 37,5% des médecins font un examen podologique à leurs patients. Il est apparu une différence significative ($p=0.0002$) de prescription selon l'âge.

En effet, 52,4 % des plus de 50 ans et 19 % des 50 ans et moins font un examen du pied dans la PR.

De surcroît, 41.3% des MG de plus de 50 ans se considèrent formés à l'examen du pied contre 22.2 % des moins de 50 ans ($p=0.035$).

Non-possession d'un podoscope :

Dans notre étude, 86.6% des MG de moins de 50 ans et 58.6% des plus de 50 ans ($p=0.001$) expriment comme raison, leur défaut de formation à cet outil.

55.9% des plus de 50 ans et 38.3% des autres considèrent que ce n'est pas le rôle du MG d'en posséder un dans le cabinet ($p=0,082$).

Formation au podoscope :

Dans notre étude, 12.7% déclarent se former au podoscope chez les plus de 50 ans et 3.2% chez les moins de 50 ans ($p=0,099$).

Consigner dans le dossier médical qu'un patient est porteur d'OP :

Les plus de 50 ans consignent dans le dossier médical dans 55.6% des cas contre 20.6% pour les moins de 50 ans ($p<0,0001$).

Prescription d'OP préfabriqués :

49.2% des plus de 50 ans les conseillent contre 36.5 % des moins de 50 ans ($P=0,21$).

On a constaté une différence de pratiques entre les MG de moins de 50 ans et de plus de 50 ans. La formation initiale apparaît comme un levier de bonne pratique.

Il est à préciser que la HAS a proposé en avril 2018 des recommandations de bonnes pratiques sur la prescription d'OP et les coques talonnières [9].

8. Discussion avec quelques études similaires

Deux thèses sont retenues :

- La thèse de médecine générale du Docteur Amélie Delattre [46] : intitulée : « Etat des lieux de la prescription d'Orthèses plantaires par les médecins généralistes de Nord-Pas-de-Calais. », réalisée en 2018.

Et

- La thèse de médecine générale du Docteur Nathalie Bourcier [48] : intitulée : « Pourquoi et comment les médecins généralistes prescrivent des orthèses Plantaires ? Des preuves à la pratique... », réalisée en 2012.

Notre étude a montré que 61,1% des MG participants prescrivait souvent des OP à leurs patients. Pour obtenir plus de précisions sur cette fréquence de prescription d'OP, on peut la comparer aux deux études antérieures.

Le Docteur Delattre a observé que 75% des MG interrogés ont réalisé au moins cinq prescriptions d'OP sur les trois mois précédant le recueil de données.

Le Docteur Bourcier avait estimé que les MG prescrivait une paire d'OP tous les 15 jours.

Les trois études prouvent que la prescription d'OP est fréquente en médecine générale.

20 indications d'OP ont été retenues par les MG participants. Ce nombre d'indications m'a semblé excessif. Pourtant dans son étude, le Docteur Bourcier objectivait qu'en plus des 21 indications proposées dans son questionnaire, les MG ont indiqué 14 autres.

Ainsi on peut considérer que les MG prescrivent des OP dans des indications multiples.

Dans notre étude, 61,9% des MG ont considéré que leurs patients étaient souvent soulagés par les OP et les 38,1% restants l'étaient parfois. Le Docteur Bourcier a retrouvé la même tendance dans son étude. La quasi-totalité des patients (96,6%) étaient satisfaits de leurs OP, d'après les médecins interrogés.

On retrouve peu de thèses sur les OP. Ces trois études confirment que le MG est souvent confronté à la prescription des OP, que les indications sont nombreuses et que la majorité des patients sont satisfaits de leurs OP.

9. Force et limites de l'étude

9.1. Force de l'étude

Pour minimiser les éventuels biais de sélection. On a constitué l'échantillon de notre étude par un tirage au sort, à partir de l'ensemble des MG inscrits au conseil de l'ordre et exerçant dans la région des Hauts-de-France.

Les caractéristiques démographiques des médecins participants à notre étude, tels que l'âge moyen et le sexe, sont comparables à celles de la région.

9.2. Limites de l'étude

Sur les 508 MG sollicités, 126 sont intéressés par notre sujet, ce qui fait un taux de participation de 24.8%. Ce taux faible de participation peut entraîner un manque de puissance statistique pour notre étude.

Certaines questions dépendent des souvenirs des MG et cela peut entraîner des biais de mémorisation.

On note aussi un biais de mesure car notre étude analyse ce que les médecins déclarent réaliser et il est possible que la réalité de leurs prescriptions soit différente.

Une question aurait pu être formulée différemment :

- La question 16 sur la prescription d'un bilan radiologique, il aurait fallu peut-être ajouter « autre proposition ». Car les MG peuvent prescrire d'autres examens si nécessaire (une prise de sang par exemple).

Je n'ai pas pu développer toutes les indications retenues par les MG.

Il est intéressant de répertorier les expériences des MG pour chaque indication par une étude qualitative.

10. Propositions

Dans notre étude, plus des 2/3 des MG (68.3%) ne sont pas formés à l'examen du pied et ils sont 52.4%, gênés (souvent ou parfois) par l'examen de celui-ci. Elle montre aussi que la quasi-totalité des médecins (93,9%) ne disposent pas de podoscope au cabinet.

Certaines pathologies sont responsables des lésions graves du pied et sont, de surcroît, onéreuses pour la société.

La première proposition serait donc de développer la formation des médecins en leur proposant un module « Pathologies du pied » par l'intermédiaire de structure de formations médicales continues.

La deuxième proposition serait l'incitation financière à l'acquisition d'un podoscope de la part de la CPAM, comme celle du tensiomètre qui est offert gracieusement aux médecins actuellement, pour favoriser l'automesure tensionnelle chez leurs patients.

L'analyse de quelques articles m'a permis de constater qu'il n'y avait pas de différence en termes statistiques entre les OP sur mesure et les OP préfabriquées sur la douleur du pied [11].

On ne rapporte pas non plus dans la littérature d'effets secondaires graves des OP sur le pied.

Une communication auprès des MG pourrait les informer de la possibilité de préconiser les OP préfabriqués (moins onéreuses), comme alternative aux OP sur mesure ou en attendant leurs réalisations.

Notre étude révèle également que la moitié des MG n'ont pas de retour du podologue après la réalisation des OP. Le podologue est susceptible d'apporter une véritable valeur ajoutée aux médecins généralistes et l'avènement des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) pourrait être l'occasion de développer ce partenariat.

Les situations cliniques de prescription d'OP sont nombreuses et notre étude nous permet modestement de rejoindre les propositions de la HAS d'avril 2018 (EOPCT) qui recommande la prescription d'OP en se basant sur les objectifs thérapeutiques suivants :

- Corriger un déséquilibre statique ou dynamique de l'appui d'un ou des membre(s) inférieur(s) en dessous de 20 mm.
- Compenser les anomalies morphologiques du pied.
- Soulager certains appuis douloureux du ou des membre(s) inférieur(s).
- Prévenir certains troubles trophiques ou vasculo-nerveux du pied [9].

Pour finir, un module spécifique pendant la formation initiale des médecins est plus que souhaitable étant donné le peu de place laissée à cette discipline et la fréquence élevée de demande de soins du pied en médecine générale.

CONCLUSION

Notre étude confirme que la prescription d'OP est un acte courant en médecine générale. Ceci contraste donc avec le peu de place laissée à cette discipline lors de la formation initiale des médecins.

Dans cette approche clinique importante les médecins sont livrés à eux-mêmes et sont contraint à l'autoformation. Notre étude montre que la quasi-totalité des médecins généralistes (93,7%) ne sont pas formés à la prescription d'OP.

Dans la littérature actuelle, on trouve peu d'études sur la prescription d'OP. Ceci est en contraste avec le fait que leurs indications sont nombreuses et variées.

Cette étude révèle aussi que les MG prescrivent peu fréquemment des OP dans deux pathologies à risques qui sont : la PR et le diabète.

Afin d'aider les médecins, en avril 2018, la HAS (EOPCT) [9] nous a dressé un tableau de situations cliniques pour lesquelles la prescription d'OP a un intérêt. Celle-ci précise les modalités de prescription d'OP et surtout ne recommande pas de mentionner la pathologie. En revanche elle recommande de stipuler le siège et les objectifs justifiant la prescription.

La plus large diffusion de ces recommandations de la HAS semblerait intéressante afin d'aider les MG dans leurs pratiques.

Dans certaines situations les OP préfabriquées peuvent être préconisées, on pense notamment aux cas où le patient connaîtrait des difficultés financières car le coût des OP sur mesure est non négligeable.

Le podologue est un partenaire important pour les MG et, dans notre étude, il est considéré comme expert par ces mêmes généralistes.

Améliorer la formation des MG à la prescription des OP et développer la relation médecin-podologue est un axe de travail qui devrait être entrepris pour le plus grand intérêt des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Leemrijse Th, Besse JL, Devos Bevernage B, Valtin B. Pathologie du pied et de la cheville. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S ; 2015. p. 49 ; 907 ; 919.
2. Rencurel C, Puil C, Rouland D, Ceccaldi E, Boissonnot V, Bréard T, et al. Orthèses plantaires : types, familles et concepts. EMC - Podologie 2017 ; 13(4) :1-8 [Article 27-130-A-15].
3. Le Goux P. Orthèses plantaires. La revue du praticien médecine générale 2015 ; 29 : 319–21.
4. Goldcher A. ABREGES Podologie. Paris : Elsevier Masson ; 2012. p. 15 – 25 ; 53 ; 87.
5. Zing E, Goldcher A. Examen clinique du pied et de la cheville chez l'adulte. Rev Rhum monogr 2014 ; 81 : 71 – 75.
6. Pelletier M. Pour partir du bon pied, examen systématique du pied. Le médecin du Québec 2009 ;44 : 29 – 34.
7. Rongvaux E. Premières expériences de réalisation de semelles orthopédiques à l'officine. Université Henri Poincaré – nancy1 ; 2009.P. 23–24. [En ligne] mars 2018 [consulté le 19 janvier 2019]. Disponible sur <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733979/document>
8. Berger L, blanc S, Effets des orthèses plantaires thermoformées sur la marche. Revue du podologue. 2010 ; 31 : 20 – 21.
9. Haute Autorité de santé. Révision de catégories homogènes de dispositifs médicaux : Évaluation des orthèses plantaires et des coques talonnières. [En ligne] avril 2018. Saint Denis : Haute Autorité de santé [consulté le 20 décembre 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/evaluation_des_ortheses_plantaires_et_des_coques_talonnières_rapport_devaluation.pdf
10. Liste des produits et prestations remboursables prévues à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale. [En ligne] Maj du 15/03/2019. [Consulté le 18 juillet 2019]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/443783/document/liste_des_produits_et_prestations_lpp_assurance_maladie-15032019.pdf
11. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). L'orthèse de pied préfabriquée ou faite sur mesure : examen de l'efficacité clinique et de la rentabilité. [En ligne] mai 2010. [Consulté le 30 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/L0181_Foot_Orthotics_f.pdf
12. Prix semelle orthopédique : critères de prix de la semelle orthopédique [Internet]. Ooreka.fr. [Consulté le 17 avril 2019]. Disponible sur : <https://podologie.ooreka.fr/comprendre/prix-semelle-orthopedique>

13. Décret n°2009-983 du 20 août 2009 relatif aux actes professionnels accomplis par les pédicures-podologue. JO du 21 août 2009. Texte 19. [Consulté le 15 mai 2019].
Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020985627&categorieLien=id>
14. Item 118 Principales techniques de rééducation et de réadaptation [En ligne]. COFER – collège Français des Enseignants en rhumatologie. [Consulté le 30 août 2019].
Disponible sur : <http://www.lecofer.org/item-cours-1-8.php>
15. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016. [En ligne janvier 2016] [consulté en novembre 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1j2jckd/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf : p 128 – 131
16. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 01er janvier 2018. [En ligne janvier 2018] [consulté en novembre 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf : p 13-207
17. Le Métayer C. Etude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne : Analyse du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sur leur communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient. Université Paris Diderot-Paris 7 ; 2016
18. Référentiel de bonnes pratiques pour la prévention et le traitement local des troubles trophiques podologiques chez les patients diabétiques à haut risque podologique. [En ligne]. Médecine des maladies Métaboliques. Mars 2015. [Consulté en décembre 2019]
Disponible sur :
https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/mmm_guide_sfd_para.pdf
19. Bouysset M, Tebib JG, Cyteval C, Coury F. Le pied de la polyarthrite rhumatoïde. Revue du Rhumatisme monographies 2014 ; 81 : 109 – 114.
20. Heuline A. L'examen podologique – Formathon. Lille. Disponible sur :
<https://formathon.fr/Formathon/72/l-examen-podologique>
21. Le Goaziou M F. L'équipement du cabinet médical. Revue Exercer. 2003 ; 67 : 20 – 26.
22. Vasseur M. le matériel diagnostique et thérapeutique du médecin généraliste du Nord-Pas-de-Calais : Quel taux d'équipement ? Quelle fréquence d'utilisation ? Etat des lieux et propositions d'amélioration. Université de Lille ; 2014
23. Goldcher A. Le syndrome de l'épine calcanéenne. Revue Le généraliste. 2015 ; 2727 : 27 – 29.
24. Rasenberg N, Riel H, Rathleff MS, Bierma-Zeinstra SMA, van Middelkoop M. Efficacy of foot orthoses for the treatment of plantar heel pain: a systematic review and meta-analysis. British Journal of Sports Medicine. 2018 ;52 :1040-1046.

25. Whittaker GA, Munteanu SE, Menz HB, Tan JM1, Rabusin CL, Landorf KB. Foot orthoses for plantar heel pain: a systematic review and meta-analysis *British Journal of Sports Medicine* 2018 ;52 :322-328.
26. Goldcher A. Indications, principes d'action et de prescription des orthèses plantaires. *Rev Rhum Monogr* 2014 ; 81(3) : 203 – 8.
27. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of diabetes. A national clinical guideline. Updated november 2017. Edinburgh: SIGN; 2010.
<http://www.sign.ac.uk/assets/sign116.pdf>
28. Tazi O, Debure C. Prévention des plaies du pied chez les diabétiques à haut risque par une méthode innovante d'appareillage par podo-orthèses sur mesure. Étude prospective. *J Mal Vasc.* 2008 ; 33 (4 – 5) : 191 – 5.
29. Delatte A. État des lieux de la Prescription d'Orthèses Plantaires par le Médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Université de Lille ; 2018
30. Sena da Conceição C, Gomes Neto M, Mendes SMD, Nunes Sá K, Fontes Baptista A. Systematic review and meta-analysis of effects of foot orthoses on pain and disability in rheumatoid arthritis patients. *Disabil Rehabil* 2015 ;37(14) :1209-13.
31. Hawke F, Burns J, Radford JA, du Toit V. Custom-made foot orthoses for the treatment of foot pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3 : CD006801.
32. Gijon-Nogueron, G., Ramos-Petersen, L., Ortega-Avila, A.B. et al. Effectiveness of foot orthoses in patients with rheumatoid arthritis related to disability and pain: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res* 27, 3059–3069 (2018).
<https://doi.org/10.1007/s11136-018-1913-5>
33. Hawke F, Burns J, Radford JA, du Toit V. Custom-made foot orthoses for the treatment of foot pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008.
34. Menez C, L'hermette M, Dodelin D, Coquart, J. Orthèses plantaires, cinématique de la marche et douleur chez des sujets ayant une inégalité de longueur des membres inférieurs. *Revue du podologue.* 2017 ; 78 : 26 – 28.
35. Sahar T, Cohen MJ, Ne'eman V, Kandel L, Odebiyi DO, Lev I, et al. Insoles for prevention and treatment of back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2010.
36. Papuga MO, Cambron J. Foot orthotics for low back pain: The state of our understanding and recommendations for future research: Elsevier Masson 2016. 26 : 53 – 57.
37. Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [en ligne] mars 2019. Saint Denis : Haute Autorité de santé [consulté le 20 décembre 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_rapport_lombalgie_2019_04_02.pdf
38. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, et al. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires. KCE Reports 287Bs. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: KCE; 2017.
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume1.pdf

39. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59]. London: NICE; 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>
40. Toward Optimized Practice. Evidence-informed primary care management of low back pain. Clinical practice guideline. 3rd edition - minor revision 2017. Edmonton : TOP ; 2015. <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/885801>
41. Duivenvoorden T, Brouwer RW, van Raaij TM, Verhagen AP, Verhaar JAN, Bierma-Zeinstra SMA. Braces and orthoses for treating osteoarthritis of the knee. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015; Issue 3: CD004020.
42. Parkes MJ, Maricar N, Lunt M, LaValley MP, Jones RK, Segal NA, et al. Lateral wedge insoles as a conservative treatment for pain in patients with medial knee osteoarthritis. A meta-analysis. JAMA 2013 ;310(7) :722-30.
43. Hossain M, Alexander P, Burls A, Jobanputra P. Foot orthoses for patellofemoral pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 ; Issue 1 :CD008402
44. Gélis A, Coudeyre E, Hudry C, Pelissie J, Revel M, Rannou F. Intérêt des orthèses plantaires dans la gonarthrose et la coxarthrose. Élaboration de recommandations françaises pour la pratique clinique. Rev Rhum.2008 ; 75(12) : 1255-63.
45. Gidon M. Prescription d'orthèses plantaires chez les enfants d'âge scolaire par les médecins généralistes en Aveyron. Université Toulouse III ; 2018.
46. Delatte A. État des lieux de la Prescription d'Orthèses Plantaires par les Médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Université de Lille ; 2018
47. Haute Autorité de santé. Le pied de la personne âgée : approche médicale et prise en charge de pédicurie-podologie. [En ligne] décembre 2020. Saint Denis : Haute Autorité de santé [consulté le 17 janvier 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/00_reco265_pied_personnes_agees_recommandations_-_relecture_et_post_cd_30_11_2020-mel.pdf
48. Bourcier N. Pourquoi et comment les médecins généralistes prescrivent des orthèses Plantaires ? Des preuves à la pratique... Université de Bordeaux ; 2012

ANNEXES

[1] Situations cliniques pour lesquelles les orthèses plantaires sur mesure ont un intérêt, selon la HAS d'avril 2018 [9].

→ Pied du patient diabétique, de grades 2 et 3

Prise en charge : orthèse plantaire

Objectifs de l'orthèse plantaire : prévenir et compensation +/- correction

Mode d'action de l'orthèse : l'évitement et l'amortissement des hyper-appuis visent à prévenir les lésions cutanées et vasculaires.

→ Pronation excessive du pied +/- effondrement de l'arrière-pied

Prise en charge : orthèse plantaire

Néanmoins, sur l'effondrement de l'arrière-pied, les coques talonnières et un bon chaussage sont plus efficaces que des orthèses plantaires.

Objectifs de l'orthèse plantaire : corriger et soulager la douleur

Mode d'action de l'orthèse : la correction-limitation de la déformation limite ses effets pathogènes sur les articulations et le système tendineux de la cheville et du pied, tout en améliorant la fonction de la marche.

→ Aponévrosite plantaire chronique secondaire à une pathologie dégénérative chez le patient de plus de 45 ans

Prise en charge : kinésithérapie puis orthèse plantaire en adjonction de la kinésithérapie et infiltrations

Objectifs de l'orthèse plantaire : soulager la douleur et compensation +/- correction

Mode d'action de l'orthèse : obtenir l'indolence par la suppression des tractions excessives de l'aponévrose plantaire favorisée par l'affaissement plantaire.

→ Pathologies articulaires inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, arthrite juvénile idiopathique...)

Prise en charge : orthèse plantaire en adjonction des infiltrations et des traitements immunosuppresseurs

Objectifs de l'orthèse plantaire : prévenir et soulager la douleur +/- correction

Mode d'action de l'orthèse : réduire ou prévenir les déformations et les hyper-appuis douloureux du pied et faciliter la marche.

→ **Pied creux douloureux**

Prise en charge : orthèse plantaire ou chaussures orthopédiques puis chirurgie

Objectifs de l'orthèse plantaire : soulager la douleur et compenser

Mode d'action de l'orthèse : soulage en répartissant la surface des appuis.

→ **Pied plat douloureux (distinction entre pied plat statique ou dynamique)**

Prise en charge : orthèse plantaire puis chirurgie

Objectifs de l'orthèse plantaire : soulager la douleur et corriger

Mode d'action de l'orthèse : rééquilibre les appuis dynamiques pour soulager et faciliter la marche.

→ **Névrome de Morton**

Prise en charge : chirurgie. L'orthèse plantaire est utilisée en préopératoire.

Objectifs de l'orthèse plantaire : soulager la douleur

Mode d'action de l'orthèse : évite la compression du nerf en corrigeant les appuis défectueux.

→ **Anomalie statique du pied neurologique**

Prise en charge : orthèse plantaire ou chaussures orthopédiques en adjonction de toxine botulique +/- chirurgie

Objectifs de l'orthèse plantaire : compenser +/- soulager la douleur

Mode d'action de l'orthèse : les orthèses plantaires n'ont pas d'action sur la pathologie neurologique (contrairement aux chaussures orthopédiques), mais sur les conséquences des pathologies neurologiques : elles facilitent la statique (équilibre), la marche (dynamique) en limitant les déformations (corrections) et leurs conséquences : douleurs, frottements...

→ **Gonarthrose unicompartmentale avec déformation dans le plan frontal, réductible**

Prise en charge : traitement médical, infiltrations, chirurgie et orthèse plantaire en attente de chirurgie ou pour les cas non opérables

Objectifs de l'orthèse plantaire : soulager la douleur +/- correction

Mode d'action de l'orthèse : diminuer les contraintes mécaniques excessives sur le compartiment arthrosique.

→ **Arthrose dégénérative d'origine traumatique du pied ou de la cheville**

Prise en charge : orthèse plantaire ou chaussures orthopédiques en adjonction des infiltrations puis chirurgie (arthrodèse)

Objectifs de l'orthèse plantaire : soulager la douleur et compensation +/- correction

Mode d'action de l'orthèse : soulager en diminuant les hyper-appuis / malformations localisés et faciliter la dynamique de la marche.

→ **Pathologies neurologiques centrales et périphériques +/- dégénératives (myopathies, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, poliomyélite...)**

Prise en charge : orthèse plantaire ou chaussures orthopédiques en alternative à la toxine botulique en cas de pathologie centrale si besoin +/- chirurgie

Objectifs de l'orthèse plantaire : prévenir/ soulager la douleur / compenser +/- corriger

Mode d'action de l'orthèse : supplée les déficiences motrices et protège en présence de lésions sensibles.

→ **Hallux rigidus**

Prise en charge : orthèse plantaire en adjonction des infiltrations

Objectifs de l'orthèse plantaire : soulager la douleur / compenser

Mode d'action de l'orthèse : supplée la perte de mobilité de l'articulation métacarpo-phalangienne

→ **Séquelles post-traumatiques**

Prise en charge : orthèse plantaire ou chaussures orthopédiques en adjonction d'infiltrations puis chirurgie

Objectifs de l'orthèse plantaire : soulager la douleur / compenser

Mode d'action de l'orthèse : indolence et facilite la dynamique de la marche

→ **Pathologies dermatologiques inflammatoires ou non**

Prise en charge : orthèse plantaire en adjonction du traitement médicamenteux de la pathologie initiale

Objectifs de l'orthèse plantaire : prévenir / soulager la douleur / compenser

Mode d'action de l'orthèse : protéger les zones lésées, des frottements et des excès d'appuis.

[2] QUESTIONNAIRE

1/ Vous-êtes : Un homme Une femme

2/ Votre âge :

3/ Année de votre thèse :

4/ Votre secteur : Rural Semi-Rural Urbain

5/ Votre mode d'exercice : Seul(e) En cabinet de groupe En *maison de santé*
Pluridisciplinaire

6/ Dans quelles circonstances, procédez-vous à l'examen des pieds de vos patients ?

- A la demande du patient Conflits pied-chaussure Coxalgies
 Déformations du pied Diabétiques Douleurs du pied
 Gonalgies Polyarthrite rhumatoïde Rachialgies
 Traumatismes du pied Autre(s) :

7/ Dans votre pratique courante, ressentez-vous une gêne (*odeur, hygiène*) à l'examen des pieds de vos patients ?

- Souvent Parfois Rarement Jamais

8/ Prescrivez-vous des semelles orthopédiques à vos patients ?

- Oui ; à quelle fréquence ? Souvent Parfois Rarement Jamais
 Non ; pourquoi ?

9/ A des patients de quel âge, prescrivez-vous des semelles orthopédiques ?

- 0 à 5 ans 6 à 10 ans 11 à 20 ans 21 à 65 ans 66 ans et plus

10/ Combien de patients par semaine consultent à votre cabinet pour des douleurs aux pieds ?

- 0 à 5 6 à 10 11 à 20 21 à 30 30 ou plus

11/ Disposez-vous d'un podoscope au cabinet ?

- Oui ; vous utilisez ce podoscope :
 En cas d'une consultation pour pieds douloureux
 En cas de suspicion d'un trouble statique du pied
 Avant chaque prescription de semelles orthopédiques
 Autre(s)
- Non ; pourquoi ? :
 Par manque de temps
 Par absence de formation
 Car ce n'est pas mon rôle
 Autre(s)

12/ Globalement, que pensez-vous de l'intérêt d'un podoscope dans un cabinet médical ?

- Important Moyen Faible Aucun

13/ Les demandes de semelles orthopédiques proviennent le plus souvent (plusieurs choix possibles) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> De vous-même | <input type="checkbox"/> D'un autre médecin spécialiste |
| <input type="checkbox"/> D'un Podologue | <input type="checkbox"/> D'un Pharmacien |
| <input type="checkbox"/> D'un kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> D'un ostéopathe |
| <input type="checkbox"/> De l'entourage du patient | <input type="checkbox"/> D'une infirmière |
| <input type="checkbox"/> Du patient | <input type="checkbox"/> Autre (s) : |

14/ Lorsque le patient s'adresse directement au podologue :

- Vous n'y voyez pas d'inconvénient
- Vous considérez qu'un avis médical est nécessaire au préalable
- Vous considérez que cela doit rester dans le parcours de soin pour être remboursé
- Autre(s) :

	SOUVENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
15/ Adressez-vous pour un bilan podologique, vos patients qui présentent des rachialgies, gonalgies, coxalgies ou sciatalgies traînantes ?				
16/ Réalisez-vous un bilan radiologique et/ou échographique avant de procéder à la prescription de semelles orthopédiques ?				
17/ Avez-vous un retour du podologue après la réalisation de semelles orthopédiques à vos patients ?				
18/ Notez-vous dans le dossier patient qu'il est porteur de semelles orthopédiques ?				
19/ Suite à la prescription de semelles orthopédiques à vos patients, évaluez-vous ultérieurement leurs effets thérapeutiques (efficacité, effet délétère, aucun effet) ?				
20/ Selon votre expérience, vos patients semblent-ils soulagés par le port de semelles orthopédiques ?				
21/ Mentionnez-vous l'indication des semelles orthopédiques sur votre prescription ?				

22/ Quelles sont les 3 indications les plus fréquentes de vos prescriptions de semelles orthopédiques (ne cocher que 3 réponses maximum) ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrose du pied | <input type="checkbox"/> Autre tendinopathie | <input type="checkbox"/> Coxarthrose |
| <input type="checkbox"/> Épine calcanéenne | <input type="checkbox"/> Fasciite plantaire | <input type="checkbox"/> Gonarthrose |
| <input type="checkbox"/> Hallux valgus | <input type="checkbox"/> Lombalgies | <input type="checkbox"/> Inégalité de longueur des membres inférieurs |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Sever | <input type="checkbox"/> Métatarsalgies | <input type="checkbox"/> Névrome de Morton |
| <input type="checkbox"/> Pieds creux | <input type="checkbox"/> Pied diabétique | <input type="checkbox"/> Pied douloureux |
| <input type="checkbox"/> Pieds plats | <input type="checkbox"/> Scoliose | <input type="checkbox"/> Pied de la polyarthrite rhumatoïde |
| <input type="checkbox"/> Talalgies | <input type="checkbox"/> Tendinite achilléenne | <input type="checkbox"/> Syndrome fémoro-patellaire |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : | | |

23/ Êtes-vous satisfait de vos prescriptions de semelles orthopédiques ?

- Très satisfait Plutôt satisfait Peu satisfait Pas satisfait

24/ Comment évaluez-vous votre formation à la prescription de semelles orthopédiques ?

- Tout à fait formé (e) Plutôt peu formé (e)
 Plutôt formé (e) Pas du tout formé (e)

25/ Quelles sont vos sources d'informations sur la prescription de semelles orthopédiques ?

- Presse médicale, ouvrages Congrès Internet
 FMC Autres(s) :

26/ En dehors de vos prescriptions de semelles orthopédiques sur mesure, conseillez-vous des semelles orthopédiques préfabriquées (sans correction) à d'autres patients ?

- Oui ; dans quelles circonstances ?
 En cas de douleurs du pied sans problématique majeure
 Aux sportifs
 Autres(s) :
.....
- Non ; pourquoi :
 Je ne connais pas ce type de semelles
 J'ai des doutes sur leur efficacité
 Autres(s) :
.....

27/ Avez-vous déjà suivi une formation ?

- Sur l'examen du pied : Oui Non
→ Sur l'utilisation du podoscope : Oui Non
→ Sur la prescription de semelles orthopédiques : Oui Non

28/ Comment souhaiteriez-vous le développement de la formation sur la prescription de semelles orthopédiques en médecine générale ?

- Plus d'enseignement à la faculté de médecine avec la création d'un module spécifique.
 Formation continue.
 Association de FMC (*Formation Médicale Continue*) locale.
 Auto-formation.
 Je ne souhaite pas plus de formation sur ce sujet.
 Autres(s) :

THE PRESCRIPTION OF ORTHOPEDIC INSOLES TO PATIENTS BY THE GENERAL PRACTITIONER

Study carried out in the Hauts-de-France region

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Foot orthoses (FO) are commonly prescribed by general practitioners (GP's) and the indications are diverse. The recent numerous studies concerning FO and in particular on their effectiveness are sometimes contradictory. Despite this fact, GPs often rely on their own experience to prescribe FO. The main objective of this study is to draw up an inventory of prescriptions for FO by liberal GP's in the Hauts-de-France region.

MATERIAL AND METHOD:

This is a quantitative and descriptive study, which was carried out between June and September 2019, with 508 liberal GP's from the Hauts-de-France region. A questionnaire was sent to GP's by post, with the help of URPS Liberal Doctors Hauts-de-France.

RESULTS:

126 out of the 508 physicians answered the questionnaire. 61.1% of these doctors often carry out FO prescriptions for their patients. The FO demand mainly comes from: the GP (90.59%), the podiatrist (67%) or the patient (62.7%). 93.7% of participating GP's do not have a podoscope in their offices and approximately 72.9% of these GP's do not have one due to a lack of training. 65.1% of participating GP's have no problem with a patient consulting a podiatrist before a GP to benefit from FO. 52.4% of participating GP's often mentioned the indication of FO on their prescription and the three most frequent indications observed in our study are: heel spur (61.9%), flat feet (55.6%) and inequality of the lower limbs (50.8%). 61.9% of participating GPs consider their patients to be relieved by wearing FO. 42.9% of GP's suggest considering prefabricated orthopedic insoles to their patients. 40.8% of doctors do not consider themselves trained at all in prescribing FO, whereas the almost all of participating GP's (95.4%) would like more training on this subject.

CONCLUSION:

FO are often prescribed by the questioned doctors to their patients. However, the majority of these doctors is not properly trained as regards FO and they consider podiatrist as an expert in this area. A huge improvement in practices could be brought by a wider dissemination of the 2018 HAS recommendations, the development of the doctor-podiatrist relationship and progress in the training of GP's regarding.

KEYWORDS: General practitioner, state of the art, foot orthoses, prescription, indication.

**LA PRESCRIPTION DE SEMELLES ORTHOPEDIQUES AUX PATIENTS PAR LE
MEDECIN GENERALISTE
Etude réalisée dans la région Hauts-de-France**

RESUME

INTRODUCTION :

Les orthèses plantaires (OP) sont couramment prescrites par les médecins généralistes (MG) et les indications sont diverses. Les nombreuses études récentes concernant les OP et en particulier sur leur efficacité sont parfois contradictoires. Alors, les MG se réfèrent souvent à leur propre expérience pour les prescrire. L'objectif principal de cette étude est de dresser un état des lieux de la prescription des OP par les MG libéraux de la région Hauts-de-France.

MATERIEL ET METHODE :

Il s'agit d'une étude quantitative et descriptive, qui est réalisée entre juin et septembre 2019, auprès de 508 MG libéraux de la région Hauts-de-France. Un questionnaire a été adressé aux MG par voie postale à l'aide de l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France.

RESULTAT :

126 réponses ont été reçues sur les 508 envoyés. 61,1% de ces médecins ont réalisé souvent des prescriptions d'OP à leurs patients. La demande d'OP provenait principalement : du MG (90,59%), du podologue (67%) ou du patient (62,7%). 93,7% des MG participants n'ont pas de podoscope dans leurs cabinets et environ 72,9% de ces MG ne le possèdent pas par défaut de formation. 65,1% des MG participants ne voyaient pas d'inconvénient à ce qu'un patient consulte un podologue avant le MG pour bénéficier d'OP. 52,4% des MG participants ont souvent mentionné l'indication des OP sur leurs prescriptions et les trois indications les plus fréquentes observées dans notre étude sont : épine calcanéenne (61,9%), pieds plats (55,6%) et inégalité des membres inférieurs (50,8%). 61,9% des MG participants ont considéré que leurs patients sont soulagés par le port d'OP. 42,9% des MG ont suggéré des semelles orthopédiques préfabriquées à leurs patients. 40,8% des médecins ne se considèrent pas du tout formés à la prescription des OP, tandis que la quasi-totalité des MG participants (95,4%) souhaitent plus de formations sur ce sujet.

CONCLUSION :

Les médecins libéraux interrogés prescrivent souvent des OP à leurs patients. Cependant, la majorité de ces médecins ne sont pas formés à la prescription d'OP et ils considèrent le podologue comme expert dans ce domaine. Une large diffusion des recommandations de la HAS 2018, un développement de la relation médecin-podologue et un progrès dans la formation des MG à la prescription des OP, pourraient aider à l'amélioration des pratiques.

MOTS CLEFS : Médecin généraliste, état des lieux, orthèses plantaires, prescription, indication.