

# LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION PIED PLAT

CMP            01328  
CIM-9        734, 754.6

## DÉFINITION

Le pied plat est une déformation du pied dans laquelle la position des os les uns par rapport aux autres a été modifiée, avec affaissement de la voûte longitudinale.

Dans les présentes lignes directrices, nous traitons du pied plat acquis et du pied plat congénital, **à l'exclusion** du pied plat antérieur.

Par **pied plat acquis**, nous entendons une déformation du pied dans laquelle la position des os les uns par rapport aux autres a été modifiée, avec affaissement de la voûte longitudinale, *à l'exclusion du pied plat congénital*.

Par **pied plat congénital**, nous entendons une déformation du pied présente à la naissance ou peu de temps après, dans laquelle la position des os les uns par rapport aux autres a été modifiée, avec affaissement de la voûte longitudinale, c'est-à-dire *le pied plat valgus statique (souple) et le pied plat rigide avec anomalies du tarse*.

## NORME DIAGNOSTIQUE

Un diagnostic doit être posé par un médecin qualifié. Bien qu'une preuve radiographique s'avère souvent utile, elle n'est pas obligatoire. Il n'existe aucune ligne directrice médicale établissant ce qui est considéré comme une « voûte normale ». Les orthopédistes conviennent que la hauteur observée de la voûte dépend, d'une part, de l'observateur et de ce qu'il considère comme une « voûte normale » et, d'autre part, de la posture du sujet au moment de l'examen.

## ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Les os du tarse, qui correspondent aux os carpiens du poignet, sont au nombre de sept et forment l'articulation entre le pied et la jambe. Il s'agit de l'astragale, du calcanéum et du scaphoïde (os naviculaire) dans la rangée proximale, et du cuboïde et des

cunéiformes latéral, intermédiaire et médial dans la rangée distale. Ces os s'articulent aux métatarsiens.

La voûte longitudinale du pied se situe entre le calcanéum (os du talon) et la tête des métatarsiens (les os longs du pied qui sont reliés aux orteils). Son point le plus élevé est situé médiatement, son apex étant formé par le scaphoïde, et son point le plus bas se trouve à la limite latérale du pied, là où celui-ci touche le sol ou presque. Son intégrité est maintenue par la structure des os qui la composent, notamment l'astragale et le calcanéum, et grâce au soutien des ligaments et au tonus général des muscles du pied.

À la naissance, le pied est normalement plat, la voûte ne se formant que lorsque le nourrisson commence à se tenir debout. La voûte longitudinale est alors réduite de façon qu'en position debout, le bord médial du pied soit proche du sol ou en contact avec lui. Le phénomène s'accompagne habituellement d'un certain degré de pronation ou de torsion du pied vers l'extérieur (déformation en valgus ou éversion).

Normalement, aux articulations intertarsières, le jeu entre les divers os est libre, la stabilité étant en grande partie assurée par la force musculaire. Les ligaments du pied raidissent et aident à restreindre tout autre mouvement aux positions extrêmes d'un mouvement donné. Si le pied est souple et que les ligaments sont détendus, les tarsiens peuvent se déplacer à un degré extrême avant que les ligaments se contractent. Une tendinite aiguë risque moins de se développer dans ce genre de pied que dans un pied rigide, notamment en présence d'arthrite.

Le *PIED PLAT ACQUIS* peut être unilatéral ou bilatéral. La notion englobe les instabilités osseuses, ligamentaires et musculaires, le pied plat postural ou statique, et le pied plat arthritique.

Le *PIED PLAT CONGÉNITAL* comprend le pied plat valgus statique et le pied plat rigide avec anomalies du tarse. Dans ces cas, le pied demeure plat, et la voûte ne se forme pas. Le *pied plat valgus statique* est une affection héréditaire dans laquelle les articulations médico-tarsienne et sous-astragaliennes présentent une amplitude de mouvement supérieure à la normale, la déformation disparaissant lorsque le pied n'est plus en charge. Dans la forme congénitale de pied plat connue sous le nom de *pied plat rigide avec anomalies du tarse*, un pont de tissus osseux, cartilagineux ou fibreux se forme entre l'astragale et le calcanéum, ou entre le scaphoïde et le calcanéum. Cette anomalie anatomique se traduit par un schéma de mouvement défectueux entre les tarsiens. La forme du pied observée chez les sujets atteints a conduit à parler de « pied plat congénital en piolet ».

## CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Le pied plat est habituellement manifeste à l'inspection du pied. Dans la majorité des cas, le pied plat est asymptomatique. Cependant, on note parfois des symptômes douloureux le long de la voûte ou derrière la protubérance osseuse de l'intérieur de l'articulation de la cheville. La douleur et la fatigue peuvent se manifester pendant la marche ou en position debout. Il est possible que, durant la marche, la personne affectée évite de lever le talon avant la pointe du pied (levant l'ensemble du pied d'un seul coup) pour ne pas forcer les ligaments plantaires.

Dans le pied plat valgus statique (souple), le tendon d'Achille est court, ce qui empêche la dorsiflexion (élévation du pied) à la cheville. La déformation devient habituellement manifeste pendant l'enfance, souvent au cours de l'adolescence. Des études effectuées par les armées canadienne et israélienne désignent le pied plat souple comme une affection courante bénigne, simple variante de la normale.

L'aggravation est indiquée par une accélération permanente du processus pathologique, par une augmentation permanente de la gravité ou de la fréquence des signes et symptômes ou par l'apparition de changements secondaires dans les os et les tissus mous avoisinants. L'intensification de symptômes qui se manifestent de façon continue ou récurrente depuis environ 6 mois peut indiquer une certaine aggravation (évolution négative permanente). Parmi les aggravations possibles, notons les callosités, la fasciite plantaire, les épines calcanéennes et la foulure du pied.

## CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA PENSION – PIED PLAT CONGÉNITAL ET PIED PLAT ACQUIS

### A. CAUSES OU AGGRAVATION

**LES CONDITIONS ÉNONCÉES CI-DESSOUS NE DOIVENT PAS OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES. DANS CHAQUE CAS, LA DÉCISION DOIT SE PRENDRE EN FONCTION DU BIEN-FONDÉ DE LA DEMANDE ET DES PREUVES FOURNIES.**

1. Traumatismes spécifiques graves portant atteinte aux structures ligamentaires ou osseuses du ou des pieds touchés, avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Un traumatisme spécifique grave peut aggraver le pied plat congénital et causer ou aggraver le pied plat acquis.

*Pour pouvoir considérer que le traumatisme spécifique grave a causé ou aggravé le pied plat, les observations suivantes doivent être faites :*  
apparition d'une sensibilité, douleur, enflure, décoloration, altération de la mobilité ou de tout autre signe ou symptôme pertinent dans la région affectée, au cours des 24 heures qui suivent la blessure, et manifestation continue ou intermittente des signes et symptômes entre le moment du traumatisme et le moment du diagnostic.

Par traumatisme spécifique grave, on entend une fracture ou une luxation des os du pied, ou une déchirure des ligaments, cartilages et tissus fibreux du pied.

2. Activité physique avant l'aggravation des symptômes

*Pour pouvoir considérer que l'activité physique a aggravé le pied plat, les observations suivantes doivent être faites :*  
augmentation des signes et symptômes durant l'activité ou dans les 2-3 jours qui suivent; et  
augmentation des signes et symptômes de façon continue ou récurrente durant au moins 6 mois.

L'activité physique, y compris les sports, peut accroître de façon permanente la gêne due au pied plat et aggraver ainsi l'invalidité. Des changements secondaires peuvent survenir dans les os et les tissus mous environnants lorsque l'affection était déjà présente depuis un certain temps. Lorsque la structure est déjà endommagée, la position debout maintenue pendant une durée normale pour la vie de tous les jours provoque souvent une tendinite chronique ou récurrente.

3. Neuropathie périphérique du pied touché, avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

La neuropathie périphérique peut aggraver le pied plat congénital et causer ou aggraver le pied plat acquis.

La neuropathie périphérique consiste en une perturbation fonctionnelle ou changement pathologique dans le système nerveux du pied, y compris la neuropathie périphérique due au diabète sucré ou à la lèpre.

4. Affection dégénérative ou inflammatoire des articulations tarsières du pied touché, lorsque l'affection en question porte atteinte à l'intégrité de l'articulation avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Une affection dégénérative ou inflammatoire du type mentionné ci-dessus peut aggraver le pied plat congénital et causer ou aggraver le pied plat acquis.

Exemples :

- (1) polyarthrite rhumatoïde
- (2) arthrose
- (3) tuberculose

5. Incapacité d'obtenir un traitement médical approprié

**B. AFFECTIONS DONT IL FAUT TENIR COMPTE DANS LA DÉTERMINATION DU DROIT À PENSION/L'ÉVALUATION**

- Épines calcanéennes
- Callosités
- Cors
- Déformation en valgus
- Arthrose des articulations tarso-métatarsiennes
- Métatarsalgie
- Fasciite plantaire
- Névrome de Morton
- Fatigue au pied
- Avant-pied plat

**C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER EN TOTALITÉ OU EN PARTIE D'UNE PIED PLAT ET/OU DE SON TRAITEMENT**

- Bursite chronique de la première articulation métatarso-phalangienne
- Exostose de la 1<sup>re</sup> articulation métatarso-phalangienne
- Arthrose de la 1<sup>re</sup> articulation métatarso-phalangienne
- Hallux rigidus
- Hallux valgus (« oignon »)

## BIBLIOGRAPHIE

1. Australie. Department of Veterans Affairs : recherche médicale se rapportant au Statement of Principles concernant Pes Planus, où sont citées les références suivantes :
  - 1) Harrison's Principles of Internal Medicine. 13<sup>th</sup> ed.
  - 2) Turek, S.L. Orthopaedics Principles and Their Application. 3<sup>rd</sup> ed.
  - 3) Schwartz, et al, Principles of Surgery. 4<sup>th</sup> ed.
2. Berkow, Robert et Andrew J. Fletcher, (dir.). *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique*. 2<sup>e</sup> éd. Paris : Éditions D'Après, 1992.
3. Canada. Anciens Combattants Canada. Directive médicale sur les *affections des pieds*.
4. Dee, Roger, et al. *Principles of Orthopaedic Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Montreal: McGraw-Hill, 1997.
5. Harries, Mark, et al, eds. *Oxford Textbook of Sports Medicine*. 2<sup>nd</sup> ed. An Introduction to chronic overuse injuries. Toronto: Oxford University Press, 2000.
6. Weinstein, Stuart L. and Joseph A. Buckwalter, eds. *Turek's Orthopaedics Principles and Their Application*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J.P. Lippincott, 1994.