

La gypsothérapie, ou l'art de l'immobilisation

► **TECHNIQUE** Les gypsothérapeutes utilisent de la fibre synthétique pour confectionner les fameux «plâtres», notamment pour soigner les fractures chez les enfants et les personnes âgées. Stéphanie Gaillard, infirmière responsable en gypsothérapie, voit passer un nombre croissant de patients entre ses mains expertes

En cas de fracture, il est parfois nécessaire d'immobiliser un membre – de le «mettre dans le plâtre» – afin de rendre possible sa guérison. Ces techniques d'entrave sont vieilles comme le monde, mais ont considérablement évolué. Ainsi, parler de plâtre (gypse) de nos jours est un abus de langage: les gypsothérapeutes, ces maîtres des techniques d'immobilisation de l'appareil locomoteur, préfèrent les résines synthétiques (rigide ou souple) au plâtre, plus solides, légères et agréables pour le patient. De plus en plus, d'ailleurs, les médecins renoncent au «plâtre», au profit de la chirurgie. Quels sont les avantages de ces différentes techniques et comment choisit-on la solution la mieux adaptée?

Plâtre et fibre de verre

De tout temps, les fractures furent traitées par l'immobilisation. Ainsi, les anciens Égyptiens posaient déjà des attelles faites d'écorce enveloppées de bandelettes de lin et les Romains rigidifiaient même le tissu grâce à de la résine naturelle et de la cire. Le «plâtre de Paris» fut introduit bien plus tard, au courant du XIX^e siècle, venant remplacer les enduits faits d'œuf, de farine et de graisse animale, utilisés tout au long du Moyen Âge. Cette technique, améliorée évidemment, a été employée jusqu'aux années nonante, quand sont apparues les fibres synthétiques. Elle l'est d'ailleurs toujours dans certains hôpitaux, même en Suisse, pour des raisons pratiques. Il faut savoir que «le plâtre traditionnel est plus malléable et non périssable et qu'il coûte bien moins cher que les résines synthétiques», détaille Stéphanie Gaillard, infirmière gypsothérapeute à l'Hôpital du Jura.

Le plâtre qu'on utilise encore de nos jours se présente sous forme de bandes qu'il faut imbiber d'eau avant de les disposer sur le membre. C'est une matière très malléable, certes, mais très fragile également, d'où la nécessité de créer une coque épaisse, «très lourde», et donc peu agréable pour le patient.

Son homologue synthétique, la fibre de verre, est beaucoup plus légère et solide. Elle se présente aussi sous forme de bandes de couleurs (bleu et violet à l'H-JU) que l'on vient disposer sur le membre préalablement enveloppé par un tissu de coton et de mousse, pour protéger la peau, et d'une bande de papier qui absorbe l'humidité.

Il peut être utilisé avec un rembourrage orthopédique hydrofuge permettant de se doucher avec la résine, solution idéale notamment pour les personnes qui continuent de travailler en extérieur (agriculteurs ou artisans), de même que les mamans qui peuvent ainsi baigner sans crainte leurs jeunes enfants. En été, le plâtre «piscine» est utilisé afin d'assurer des vacances «presque comme prévu» pour celles et ceux qui avaient réservé des vacances au bord de la mer. Une possibilité aussi très commode lors de canicules.

Enfin, le dernier «plâtre» à avoir fait son apparition est fait de résine semi-rigide, avec un renfort bloquant l'articulation désirée, nécessitant très peu de rembourrage et pouvant être posé «presque» à même la peau. «Souple et léger, il garantit une certaine liberté de mouvement. C'est aussi l'option choisie pour les petits enfants: ce genre de «plâtre» étant plus souple, il leur évite de se blesser par mégarde.



Stéphanie Gaillard, infirmière gypsothérapeute à l'Hôpital du Jura: «On reçoit de plus en plus de patients adressés par les médecins généralistes. La pose d'un plâtre nécessite de l'expérience, du matériel spécifique et une pratique régulière pour garder la dextérité.» PHOTO DR

Prescription de l'immobilisation

Stéphanie Gaillard ne décide pas seule de l'option qui sera retenue pour le traitement. D'ordinaire, le chirurgien le prescrit: «C'est un acte médical, avec ordonnance», explique-t-elle. Les consignes qu'elle re-

çoit sont précises: tel membre doit être immobilisé, de telle façon, selon tel angle. Oui, l'angle est important: «On choisit d'ordinaire d'immobiliser le membre dans sa position naturelle, ce qui garantit une rééducation beaucoup plus rapide.» L'immobilisation a des effets sur l'organisme, notamment l'atrophie des muscles, le raidissement de la peau et des tendons, d'où l'importance de la rééducation avec l'intervention des physiothérapeutes pour aider à retrouver une mobilité optimale. Chez les enfants, ce n'est pas toujours nécessaire, car ils ont moins d'appréhension à la mobilisation et peinent à enlever le «plâtre».

Responsable de la gypsothérapie depuis deux ans à l'H-JU, Stéphanie Gaillard voit passer un nombre croissant de patients entre ses mains expertes, un paradoxe si l'on sait que les chirurgiens et les médecins utilisent de moins en moins cette méthode. «On reçoit de plus en plus de patients adressés par les médecins généralistes. La pose d'un plâtre nécessite de l'expérience, du matériel spécifique et une pratique régulière pour garder la dextérité», explique la spécialiste.

Les jeunes dans le plâtre

Joerg Peltzer, médecin-chef du service de chirurgie, précise que l'immobilisation «plâtrée» ne suffit pas toujours et que le recours à une opération est parfois inévitable, en particulier lors de fractures déplacées ou articulaires. Il convient alors d'opérer et de poser des plaques et des vis directement sur les os pour

corriger ce déplacement, stabiliser les os fracturés et ainsi débiter un traitement fonctionnel précoce. Sinon, c'est l'arthrose garantie. Dans d'autres cas, la chirurgie est parfois déconseillée, comme pour les personnes âgées qui risqueraient de ne pas supporter l'anesthésie qu'implique l'acte chirurgical. Pour les enfants, si la fracture n'est pas, ou pas trop déplacée, l'immobilisation est préférée car on évite ainsi de poser du matériel à même les os qui sont encore en pleine croissance. D'ailleurs, dans son cabinet de l'unité ambulatoire du site H-JU de Delémont, la gypsothérapeute reçoit une majorité d'enfants.

Le temps de guérison varie grandement, selon l'âge du patient et la nature de la fracture. Ainsi, un mois sera suffisant pour soigner une fracture simple du poignet chez un enfant, alors qu'elle pourra nécessiter plusieurs mois chez l'adulte... jusqu'à trois mois si celui-ci a eu le malheur de fracturer le scaphoïde, os situé dans la main juste au-dessous du pouce, car cette partie du corps est très peu vascularisée.

Au bout de ces quelques semaines ou de ces quelques mois, on enlève le plâtre grâce à une scie oscillante. D'allure, on croirait une scie circulaire ou une meule, effrayante! La spécialiste rassure par une démonstration: elle pose la lame de l'appareil grondant directement sur sa peau. «Ça ne coupe que les matériaux durs!» Elle ajoute: «D'ordinaire, les adultes sont d'ailleurs bien plus effrayés que les enfants!»

ALAN MONNAT

Un véritable artisanat, complexe et précis, mais en manque de reconnaissance

La spécialisation de gypsothérapeute n'est pas reconnue par un diplôme et les infirmiers qui la pratiquent ont appris la technique «sur le tas», grâce à des anciens plus expérimentés et les quelques cours donnés par les fabricants de «plâtres». Stéphanie Gaillard regrette ce manque de formation, qui serait très utile à ses yeux, surtout pour les hôpitaux périphériques.

Ce déficit de reconnaissance provient en grande partie d'une méconnaissance de la pratique. Les gypsothérapeutes sont de véritables artisans, leur travail est complexe et précis. On fait appel à eux non seulement pour des fractures, mais aussi pour des entorses, des plaies chroniques (pour délester ladite plaie du poids du corps) ou encore pour corriger une déformation de naissance (au pied par exemple). Certaines fois, on recourt même à leur service pour éviter la propagation d'une infection, en cas de morsure par exemple, comme l'explique la spécialiste: «En cas de morsure de chat, on immobilise le bras avec une attelle plâtrée qui permet de suivre l'évolution de la plaie et d'immobiliser l'articulation, car plus on bouge, plus on active la circulation sanguine.»

Suivant le mal dont souffre le patient, le gypsothérapeute doit ménager des ouvertures dans le plâtre, afin de garantir aux soignants un accès à la plaie pour changer les pansements. D'autres fois, les résines peuvent être articulées ou amovibles pour conserver une certaine mobilité et

ainsi permettre aux patients de commencer au plus vite la rééducation. Chaque cas est différent et Stéphanie Gaillard doit souvent faire preuve d'une grande ingéniosité.

Les attelles et les bottes

Outre les plâtres, le gypsothérapeute est également responsable de la pose d'attelles; les plus modernes, ces sortes de bottes (soit fixes, soit articulées) qui recouvrent toute la jambe et qui ressemblent à des chaussures de snow-board. Bien qu'utilisant cette technique, Stéphanie Gaillard leur préfère ses créations en résine synthétique, «moins volumineuses, moins lourdes et faites sur mesure».

Poser un plâtre n'est pas un geste anodin, d'où l'importance d'un gypsothérapeute compétent. Parfois, dans de très rares cas, des complications peuvent surgir, avec notamment des conséquences cutanées. Stéphanie Gaillard prévient: «Un plâtre ne doit jamais faire mal et on écoute toujours le ressenti du patient: dès le moment où des douleurs apparaissent, inutile de prendre des contre-douleurs, il faut se rendre immédiatement à l'hôpital.»

L'infirmière se veut apaisante: d'ordinaire, tout se passe bien et les enfants, en particulier, le vivent très bien. «Une fois le plâtre retiré, ils le prennent chez eux, en souvenir.» Un souvenir toujours bariolé de petits mots d'encouragement, de signatures et de dessins. «Parfois, ce sont de véritables œuvres d'art.» AM