



Chapitre 98

Gypsothérapie

J.M. CLÉMENT

Points essentiels

- Délégation ou glissement de tâches entre Médecins prescripteurs et exécutants.
- Réalisation correcte des prescriptions écrites.
- Définir la formation du personnel exécutant au sein du service.
- Contrôle systématique des immobilisations par les prescripteurs.

1. Introduction

Qu'est-ce que la gypsothérapie ? sur quel décret s'appuie-t-elle ? quelle est la formation à acquérir pour devenir gypso et améliorer sa pratique ? quel est le lien avec le prescripteur ?

2. Historique

Nous savons, par les découvertes de squelettes, que les hommes préhistoriques réduisaient les fractures et maintenaient les fragments en place par un appareillage.

Correspondance : J.M. Clément, Orthopédiste Orthésiste Podologiste
Centre de Médecine et de Traumatologie de Sport – 61 bis, avenue de la Libération, 54520 Laxou.
Tél. : 03 83 55 52 60 – 06 23 00 84 77
E-mail : clement.orthopedie@orange.fr

« On a en effet trouvé assez de consolidations osseuses satisfaisantes pour que nous puissions douter de leur expérience chirurgicale » (Lucien Diamant-Berger, les Annales, février 1959) (1).

Dans les écrits d'Hippocrate, on trouve la description d'appareils immobilisateurs, fait avec de la colle de farine pour les fractures du nez, ou pour des appareils de jambes faits avec de la cire et des bandelettes imbibées de résine.

Au Moyen Âge, on utilise des bandes enduites de blanc d'œuf, on utilise également la terre glaise, les résines, la farine. Ambroise Paré utilisait des bandes avec de la cire et aussi des attelles en bois (2).

Dominique Larrey ramena, de la guerre d'Espagne, une technique où l'on utilisait le blanc d'œuf et de l'acétate de plomb. Il employait des attelles faites de bois ou de fer, et également la paille. On devine que ces appareils longs à confectionner, longs à sécher, pourrissaient souvent et ne donnaient qu'une immobilisation relative.

Des officiers anglais vers la fin du XVIII^e siècle, remarquèrent en Perse et en Mésopotamie, l'emploi du plâtre pour traiter les fractures, le procédé consistait à enduire le membre fracture de plâtre et à le mouler

Ce n'est pourtant qu'au XIX^e siècle que se généralisa son emploi en France surtout après les travaux d'Hergott et de Maisonneuve.

« Le plâtre permet de remplir exactement les indications du principe général de la contention des fractures : saisir et maintenir, dans un moule inaltérable, le membre fracture au moment où il vient d'être rétabli dans sa forme normale » Chavasse.

Ce décret de compétence de 2004 précise l'exercice de l'infirmier ou de l'infirmière sur la réalisation des immobilisations, dans les services d'urgences de consultations et de blocs opératoires, etc. Mais ont-ils ou ont-elles la formation pour la réalisation d'un acte particulier qui immobilise un segment de membre dans une position définie par le médecin ou le chirurgien prescripteur, puisqu'il ne faut surtout pas oublier que nous travaillons par délégation médicale comme tous les actes de soins que nous réalisons.

Aujourd'hui dans le cursus d'IDE aucune formation sur les immobilisations n'est donnée, ce qui nous pose un réel problème de qualification et de compétence dans ce domaine très particulier. Faire une immobilisation n'est pas un acte anodin ; comment la réaliser dans la bonne position, sans trop serrer les bandes, mettre assez de ouate, assez de jersey, etc. Il faut une pratique courante pour bien faire et connaître également les matériaux utilisés tels que plâtre, résine, jersey, ouate ou thermo formable.

L'intérêt de la délégation de compétence ou glissement de tâches selon les différentes instances est avant tout un avantage très net pour les services d'urgence et de consultations. En effet, le médecin prescrit les soins en ce qui nous concerne : une immobilisation. Pendant que l'infirmier ou l'infirmière réalise cette

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V Annexe.

JO n° 183 du 8 août 2004, page 37 087, texte n° 37086 NOR : SANPO 422530D

Livre III

Axillaires Médicaux titre I

Profession d'infirmier ou d'infirmière

Chapitre I

Exercice de la profession

Section I

Actes professionnels

Article R : 4311.5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les actes suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage.

Ligne 26 Recherche de signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention.

Article R : 4311.7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif, quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.

Ligne 13 Pose de bandages de contention.

Ablation de dispositifs d'immobilisation et de contention :

Article R : 4311.9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivant, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment.

Ligne 7 Pose de dispositifs d'immobilisation.

Article R : 4311.10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes.

Ligne 8 Pose de systèmes d'immobilisation après réduction.

immobilisation, le médecin peut faire autre chose, voir un autre patient, terminer ou compléter un dossier, etc., ce qui est un gain de temps précieux pour les services concernés. Après réalisation de l'immobilisation, le médecin prescripteur vient contrôler la mise en place et la parfaite angulation si besoin est, et donner les consignes orales aux patients.

Dans différents services d'urgence, il existe des pools de Gypsos qui sont de permanence toute la journée pour effectuer les immobilisations du service. On peut prendre pour exemple le CH de Mulhouse qui a un pool de Gypsos en permanence au service de consultations externes qui font les urgences, la consultation et le bloc opératoire. Ces personnels de consultation ont eu une formation de plusieurs semaines avec leurs anciens collègues et leurs professeurs de chirurgie du service pour pouvoir réaliser les immobilisations courantes du service de Traumatologie ou du service de Rhumatologie.

Nous reconnaissons qu'aujourd'hui dans les services d'urgence de métropole, il existe un problème « technique », dirons-nous, pour la bonne réalisation de ces immobilisations. En effet, on demande à notre IDE de service d'urgence d'être polyvalent. La polyvalence est une bonne chose mais elle peut aussi amener un certain « désordre » dans le fonctionnement d'un service. À savoir, lorsque la personne est affectée en traumatologie, elle va commencer une immobilisation sur un patient et elle ne va pas pouvoir à un moment donné mettre en suspens ce qu'elle était en train de réaliser pour venir en aide à une autre personne polytraumatisée qui vient d'arriver dans le service. Il est vrai que quelquefois tout cela peut perturber le service d'urgence, mais il existe des organisations bien rôdées aujourd'hui pour pouvoir réaliser ce type de pratique quotidienne.

3. Formation spécifique idéale en gypsothérapie dans les services d'urgence

Avant toute chose, c'est d'avoir du personnel IDE motivé.

Ensuite, il serait judicieux d'établir une sorte de compagnonnage, c'est-à-dire d'avoir des Gypsos dans le service de consultation ou de rééducation par exemple, et que le personnel des urgences puissent suivre ces « compagnons » ou ces tuteurs dans leur journée de travail pour voir la réalisation et la confection des différentes immobilisations qu'il serait amené à réaliser au sein des urgences. Ce système de compagnonnage, à notre sens, doit durer plusieurs jours, voire plusieurs semaines si l'établissement s'en donne les moyens. Il est vrai que réaliser une immobilisation n'est pas toujours simple, nous l'avons déjà décrit précédemment. Il faut connaître les limites, il faut vérifier la bonne position, connaître l'anatomie, les matériaux mais aussi et surtout faire très attention au patient, car nous n'avons jamais la même personne en face de nous. Il est vrai que ce sont souvent les mêmes immobilisations qui se répètent dans la journée : manchettes, bottes, BABP, etc. mais il s'agit d'un être humain à part entière, à chaque fois avec ses faiblesses, ses douleurs et ses inquiétudes.

Il faut savoir que le patient gardera toujours en mémoire la dernière personne qu'il aura vue et qui aura réalisé les soins, en l'occurrence l'infirmier Gypsos qui s'est occupé de lui et c'est ce personnel soignant qui aura le mauvais rôle en cas de doléances du patient.

Seconde possibilité de formation, c'est de faire appel à des organismes de formation continue agréés, telle que la AHGTF (Association Hospitalière des Gypsos Thérapeutes de France) qui regroupent tous les Gypsos de France qui sont rompus à ces techniques d'immobilisation depuis longtemps et où l'on trouve des formateurs compétents, qui exercent depuis de nombreuses années dans les services de consultations de traumatologie. Ils ont vraiment cette expérience acquise depuis de nombreuses années pour pouvoir transmettre leur savoir. Il faut noter que les formations dispensées par ces organismes se font sur plusieurs jours, voire pour certaines sur plusieurs semaines. On ne peut pas s'improviser Gypsos du jour au lendemain, c'est avec une longue pratique que l'on gagnera ses galons. Il s'agit d'un acte médical et ça nous ne devons pas l'oublier !

4. Conclusion

La Gypsothérapie telle qu'elle est définie dans notre présentation est un art. Je crois que c'est l'art de l'immobilisation : savoir comment faire, bien le faire, bien se positionner et surtout toujours se conformer à la prescription médicale, c'est la condition *sine qua non*.

Références

1. Maissonnet J. Petite chirurgie, 3^e édition, Pratique Médico Chirurgicale Journalière, 1938, pages 623-26-7.
2. Les appareils plâtrés en chirurgie et en orthopédie, Laboratoires FISCH et Cie Éditeurs. Première édition, 1961, page 9.
3. Décret Infirmier N° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V, annexe JO, n° 183 du 8 août 2004, page 37 087, texte n° 37086 NOR : SANPO 422530 D livre III.