

# Orthèse de décharge de l'avant pied à lame de carbone. Alternative à l'hospitalisation du pied diabétique

J.-M. AUDEBRAND<sup>1</sup>, H. CAUDAN<sup>2</sup>

Obtenir une décharge absolue contrôlée fiable dans le temps avec une tolérance, sans faille, ne semble plus une espérance mythique. Cette orthèse impose la définition d'un délai **prévisible** de cicatrisation si le membre présente une vascularisation et un état septique ostéo-articulaire contrôlé.

Nombre de protocoles, notamment de consensus sont parus mais ou le chapitre de la décharge demeure éludé, pauvre avec un aspect de bricolage.

La place de cette orthèse de décharge devient le **premier temps thérapeutique obligatoire** ; elle définit la méthodologie du suivi appliqué par les protagonistes de santé **essentiellement hors hospitalisation** avec une coordination resserrée souvent hospitalière. Elle initie le combat des bonnes pratiques du chaussage, crée l'adhésion du patient et de son entourage généré par le succès maîtrisé de la cicatrisation.

La nouvelle stratégie de prise en charge de la plaie du pied diabétique qu'assure **une décharge du pied** maîtrisée, sans contrainte d'hospitalisation traditionnelle, entraîne des changements comportementaux des soignants et de l'intéressé mais aussi des possibilités thérapeutiques

Le concept simplifié de la décharge appréhendée est dédramatisée.

La réalisation technique précise, faite par un ortho prothésiste exige un suivi codifié par une équipe ambulatoire polyvalente pour concrétiser la réussite de la prise en charge.

Les principes présentés par cette orthèse à lame de carbone sont manifestement la tolérance cutanée, la rapidité de mise en œuvre, le respect de l'étiologie du patient, l'accès au soin de plaie, la résistance du matériel dans la durée, **le respect d'une marche physiologique**. La pause d'une contention adaptée et tolérée est utile afin de réduire les œdèmes des membres inférieurs pour stabiliser les volumes en prévision du chaussage et corriger l'inégalité de longueur pour la déambulation.

En outre, la notion d'un contrat de délais de cicatrisation sacralise la relation soignant-soigné et lui identifie le centre d'efficacité thérapeutique. **Optimise les coûts d'appareillage à long terme**, restreint la fatalité d'un « saucissonnage » chez le patient.

Deux types de prise en charge peuvent être adoptées, mais dans les deux cas un suivi par le centre hebdomadaire, demeure impératif, en fonction :

- du profil d'observance du patient de l'éducation possible de son entourage.
  - du potentiel du réseau sanitaire en particulier des paramédicaux
- Soit l'orthèse reste amovible et des stigmate de port sont visibles, le port de bas jarret de contention est possible.
  - Soit dans le cas inverse, la méthode est coercitive et non négociable et revient à un équivalent de plâtre **mais** : sans risque cutané et dont l'ablation est à volonté.

Les contraintes techniques pour l'ortho-prothésiste sont simples, précises et inaliénables. La mise à disposition d'un **kit carbone** est une aide certaine l'aspect du «**sur mesure**» avec moulage reste obligatoire en raison de force de contrainte de la **marche** sur des morphologies protéiformes, très fragiles. De même l'orthèse doit remonter sur l'ensemble du **segment jambier**.

Pour un succès total, le partenariat des caisses d'assurances est indispensable pour la responsabilisation des patients, en cas de refus ou de négligence de soin.



1. Médecin physique et de réadaptation – Pavillon Sergent, Hôpital général, 72000 LE MANS.

2. Orthoprothésiste, ETS ORTHOFIGA, 6, allée de la Bourgonnette, 3500 RENNES.