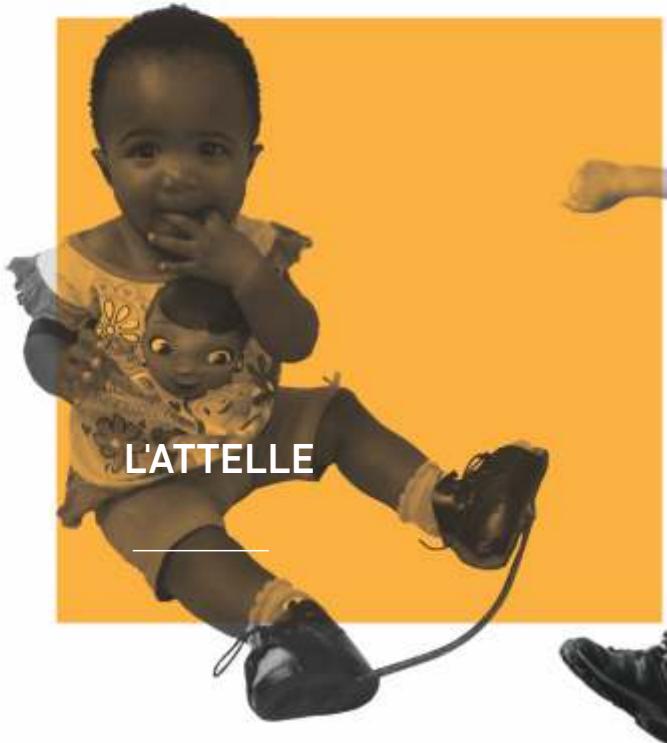
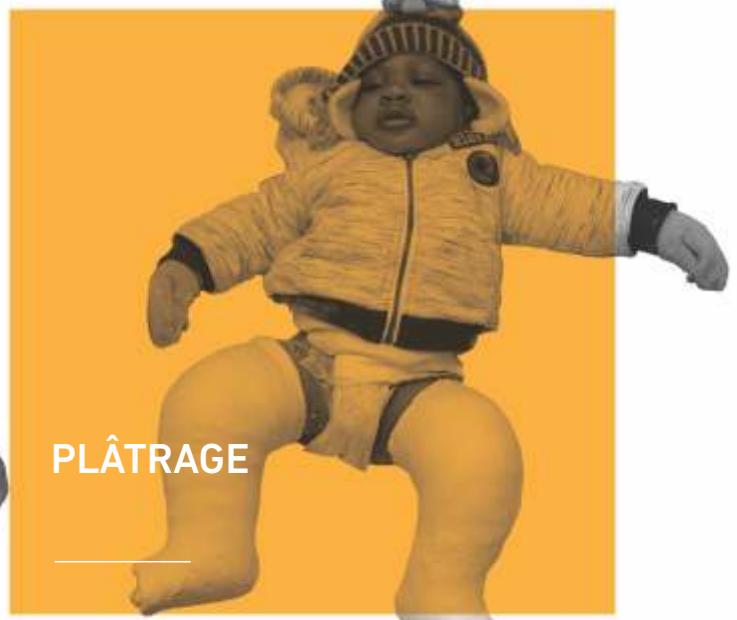
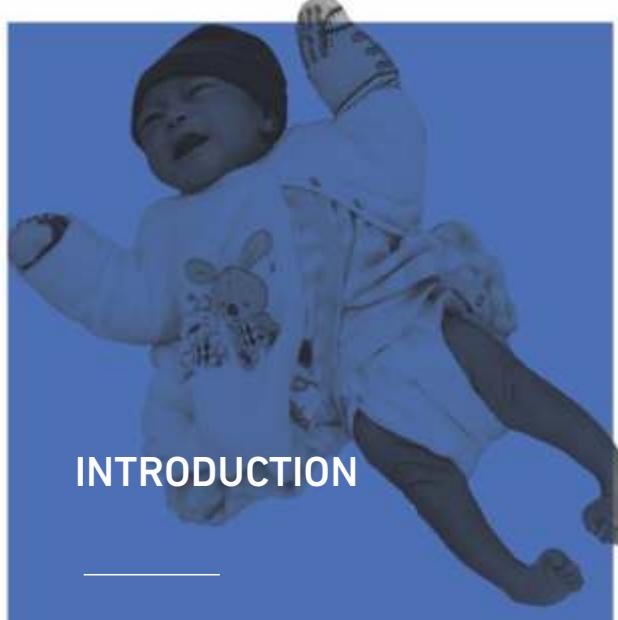




PONSETI POUR PARENTS[®]



www.steps.org.za

MANUEL POUR CONSEILLER PARENTAL

We will walk with you

Ponseti pour Parents

Manuel pour Conseiller Parental

Foreword

Le programme STEPS Ponseti pour Parents informe et encourage les familles d'enfants nés avec des pieds bots. Ce manuel fournit de l'information à propos des pieds bots et le traitement, ce que l'on doit attendre du traitement, et l'importance de leur implication et leur engagement pour obtenir un résultat positif.

Des études récentes et des rapports anecdotiques reçus des cliniques de pied bot, indiquent que soutenir et éduquer les familles avec un message positif, aide les parents à suivre les directives de traitement, et à réduire la récidive.

Le matériel est informatif et pratique. Il y a beaucoup de références visuelles pour permettre de transmettre le contenu de façon plus simple.

Chaque étape du traitement est de couleur, il est donc facile pour le conseiller parental de s'y référer pendant qu'il parle aux des familles.

Nous espérons que vous trouverez que ce manuel est une ressource précieuse et un soutien pour les familles des bébés nés avec un pied bot.

Cordialement,



Karen Moss
(STEPS founder and Executive Director)

References:

1. Congenital Clubfoot: Fundamentals of treatment - Ignacio V. Ponseti, Oxford University Press, January 1996
2. Ponseti Clubfoot Management: Teaching Manual For Health-Care Providers In Uganda - Shafique Pirani, Lynn Staheli, & Edward Naddumba (Global-HELP Organisation, 2008)
3. Treatment Of Congenital Clubfoot Using The Ponseti Method: Workshop Manual - Iris Lohan (Global-HELP Organisation, 2011)
4. Clubfoot: Ponseti Management (3rd edition) - Dr. Lynn Staheli, Dr. Ignacio Ponseti, and others, Global-HELP Publication (Global-HELP Organisation, 2009)
5. Ponseti International Association website, various articles, www.ponseti.info
6. South African clubfoot information website, www.clubfoot.co.za

NOTE: Ce manuel est utilisé en conjonction avec les brochures de Ponseti pour Parents données aux familles pour obtenir des informations à emporter:

- 1. Document Patient 1: Introduction et coulée**
- 2. Document Patient 2: contreventement**

POUR LE CONSEILLER PARENTAL

LE ROLE DES PARENTS

Le soutien des parents est crucial pour accomplir un bon résultat dans le traitement des pieds bots.

Si les parents ne comprennent pas, ou ne suivent pas les instructions, des problèmes peuvent survenir, et la possibilité de récurrence ou de récidive est grande.

Il est important d'expliquer aux parents combien leur rôle est important pour obtenir un bon résultat.

Ils font partie de l'équipe qui assure que leur enfant marchera avec des pieds droits et flexibles.

Le traitement est plus dur pour les parents que pour l'enfant.

Ils se sentent tristes, coupables de ce que leur enfant subit, et pensent parfois c'est de leur faute que leur enfant ait un pied bot. Ils craignent que leur enfant souffre, et sont inquiets du résultat pour leur enfant.

Renforcer et confirmer que personne n'est coupable du pied bot de l'enfant.

Expliquer soigneusement les étapes du traitement. S'assurer qu'ils comprennent le traitement et l'importance de ces instructions.

Les parents peuvent se sentir dépassés par la nouvelle que leur enfant ait un pied bot.

Ils s'inquiètent qu'ils ne pourront gérer tout le traitement. Vous pouvez les réassurer que ce traitement ne fait pas mal à l'enfant, qu'une attelle bien ajustée sur un pied bot corrigé ne devrait pas faire mal, et avec le temps, l'attelle fera partie de la routine quotidienne.

PREMIÈRE CONSULTATION

- Expliquer ce qu'est un pied bot
- Expliquer comment marche la technique Ponseti, et combien de temps prend le traitement.
- Souligner que la coopération des parents est très importante dans le succès du traitement.
- Les réassurer que, bien que ce soit dur pour eux, leur enfant ne ressentira pas de douleur et le traitement réussit dans 95% des cas.
- Décrire le résultat pour les réassurer :
 - Le traitement réussit dans 95% des cas.
 - L'enfant pourra marcher et courir avec des pieds forts, fonctionnels, et sans douleurs.
- Leur donner la brochure d'introduction à rapporter chez eux.

PHASE DE CORRECTION – PLATRAGE ET TENOTOMIE (GÉNÉRALEMENT 4 à 8 SEMAINES)

- Expliquer comment prendre soin des plâtres – vérifier la circulation dans les doigts de pied, etc.
- Expliquer la ténotomie et pourquoi le plâtre doit être gardé plus longtemps.

PHASE DE MAINTENANCE – ATTELLE (GÉNÉRALEMENT 4 ANS)

- Souligner que le port de l'attelle est non-négociable.
- Expliquer l'emploi du temps du port de l'attelle.
- Expliquer que bien que le pied ait l'air droit, il peut retourner vers l'intérieur si l'attelle n'est pas portée.
- Expliquer que l'enfant a besoin de quelques jours pour s'ajuster à l'attelle, que c'est normal s'il pleure un peu.
- Renforcer que l'attelle ne doit pas être enlevée même si l'enfant pleure.
- L'attelle doit faire partie de la routine quotidienne depuis le début.
- Mettre l'attelle sur l'enfant avec les parents pour leur demander de pratiquer avec eux.
- Expliquer comment vérifier que la cheville dans la chaussure est positionnée correctement
- Leur donner une brochure sur l'attelle à prendre chez eux.

{Insister qu'ils devraient venir à la clinique si il y a un signe de problème décrit dans les brochures d'introduction et d'attelles.}

SUIVI, RESULTAT

- Expliquez que les rendez-vous de suivi sont importants, pour vérifier si l'attelle va bien au pied et cherchez des signes de récidive et autres changements
- Encouragez-les à venir à leurs contrôles réguliers comme prescrit et à suivre toutes les instructions
- Insistez pour qu'ils viennent à la clinique s'il y a des problèmes avec le maintien de l'attelle
- Encouragez-les à parler de leurs préoccupations au médecin ou tout autre personnel de la clinique

LES ENFANTS PLUS AGES, LES CAS COMPLEXES, LA RECHUTE

{Certains patients auront besoin d'information supplémentaire ou différente}

- Le diagnostic tardif, la rechute, le pied bot résistant (dans à peu près 10% des cas), exigent souvent plus de soutien et d'information détaillée.
- Ces patients ont besoin d'une équipe spécialisée pour diagnostiquer et spécifier le traitement. Dans la plupart des cas le traitement prend plus longtemps, ce qui requiert un soutien des familles plus spécialisé and intensif.
- Chez moins de 10% des patients le traitement ne marche pas car le pied est complexe ou résistant. Certains de ces cas peuvent toujours être traités, mais un docteur très expérimenté doit procurer traitement.
- Le pied bot récurrent est le plus souvent causé car l'enfant ne met pas son attelle la nuit. Le pied peut être traité une deuxième fois et plus d'information peuvent être donnée sur le port de l'attelle.

Pour aider avec la communication et l'information, le pied bot peut être classifié comme suit :

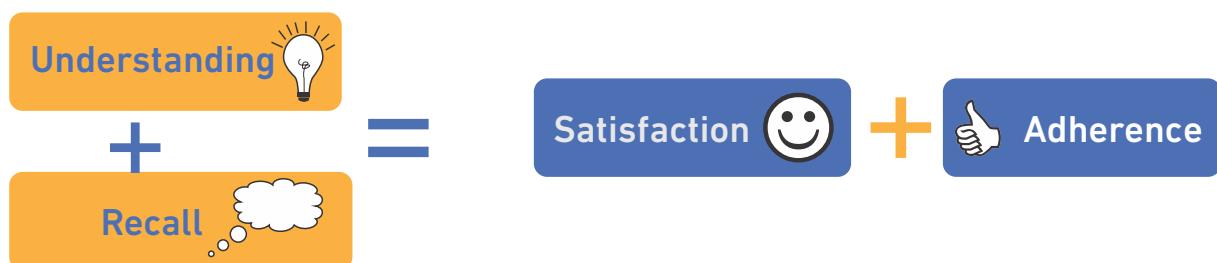
- a Pied bot non-traité** – moins de 2 ans
- b Pied bot négligé** – pied bot non traité après 2 ans
- c Pied bot corrigé** – pied bot corrigé par le traitement Ponseti
- d Pied bot récurrent** – le pied commence à tourner vers l'intérieur (supination) et l'étirement de la cheville se réduit, l'enfant est sur les doigts de pieds (equinus)
- e Pied bot résistant** – pied bot raide, souvent accompagné d'un syndrome, ex : arthrogryposis
- f Pied bot complexe** – normalement utilisé pour décrire un pied bot traité par une méthode autre que Ponseti et ayant besoin de plus de traitement

EFFECTIVE COMMUNICATION WITH PARENTS

According to studies 40-80% of medical information given to patients is forgotten immediately. The more information that is given, the less is remembered. Also about half of information that is remembered is incorrect.

Medical information given to parents needs to be:

- Remembered + Understood in order for them to have = Satisfaction with the treatment = Adherence
- Simple and specific instructions are remembered better than general statements
- We have colour-coded the book, so the treatment explanation is categorized different phases
- Visual communication aids are especially effective in low-literacy patients
- The manual and leaflets are well-illustrated
- A combination of spoken (Clinic) and written/visual information (Leaflets) is best



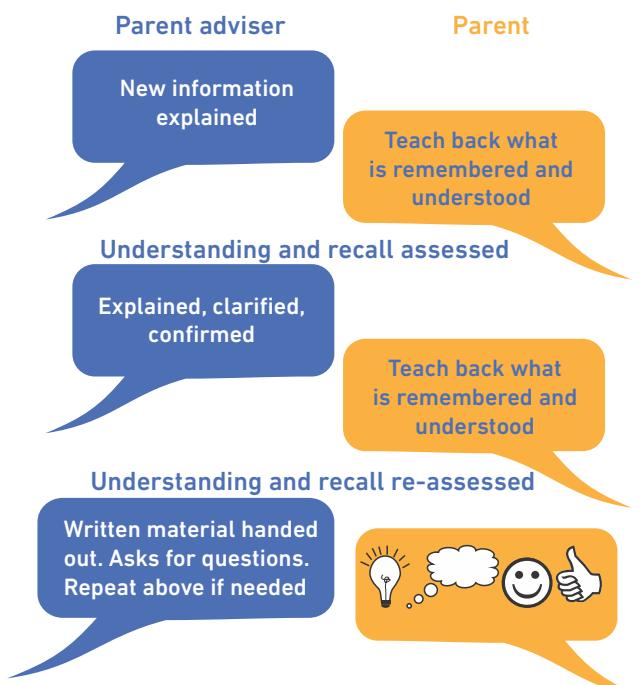
Overview of Ley's model on the interactions between patient-related factors and therapy adherence, Roy PC Kessels, PhD

The 'Teach-back' Method

Teach-back confirms that you have explained the information in a way that the parent or caregiver understands clearly. You confirm this by asking the patient to explain it back to you. This feedback can also help clinic staff find the best ways to communicate the information.

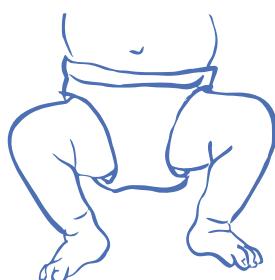
Tips for 'Teach-Back':

- Start slowly
- Plan your approach
- Listen more, talk less
- Use the correct questions: 'What are you going to do when you get home?', 'Show me how you would put on the brace.'
- Assess the memory and understanding
- Clarify anything that needs more explanation
- Repeat the Teach-back method until you are satisfied the parent understands
- Use the take-home leaflets, and show images in the manual as a visual reference.



PREMIÈRE CONSULTATION

DIAGNOSTIQUE DU PIED BOT ET TRAITEMENT



un pied normal



un pied bot

QU'EST-CE QU'UN PIED BOT CONGÉNITAL?

- Le pied pointe vers le bas, est tordu vers l'intérieur, jusqu'à ce que le haut du pied soit où là bas devrait être
- Le pied est raide, et ne peut pas être mis dans une position normale
- Un seul pied ou les deux peuvent être affectés
- Pied bot 'congénital' veut dire que l'enfant est né avec la condition
- Le nom médical pour le pied bot est Talipes Equinovarus

QUELLES SONT LES CAUSES DU PIED BOT?

- Le pied bot n'est la faute de personne.
- Le pied bot de votre bébé n'est pas causé par quelque chose que vous avez fait, ou que vous n'avez pas fait durant votre grossesse
- Les docteurs ne connaissent pas encore cause du pied bot
- Le pied bot peut être parfois héréditaire, parfois un cas isolé
- Le pied bot est parfois lié à d'autres conditions, mais cela est très rare.
- La plupart des enfants avec un pied bot sont autrement en bonne santé.

QUEL EST LE TRAITEMENT POUR LES PIEDS BOTS?

- Le traitement Ponseti est le traitement de choix.
- Ce traitement corrige la position du pied lentement et doucement, pour que votre enfant ait un pied qui fonctionne bien et ait l'air normal, sans douleur

QUAND COMMENCE LE TRAITEMENT?

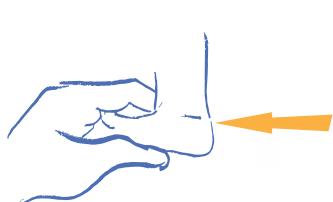
- Le traitement peut commencer à l'âge de 7 à 10 jours.
- Idéalement, votre enfant devrait avoir ses premiers plâtres à l'âge de 2 semaines.
- Si votre bébé est plus vieux mais ne marche pas, le traitement est quand même très efficace.
- Si votre enfant marche, le traitement peut être réussi, mais cela peut prendre plus longtemps puisque le pied est moins flexible et quelques enfants plus âgés aient besoin de chirurgie additionnelle.

VUE D'ENSEMBLE DU TRAITEMENT PONSETI POUR LES PIEDS BOTS

La description ci-dessous est la procédure standard pour les bébés nés avec des pieds bots congénitaux. Si votre enfant est plus vieux, ou a d'autres problèmes de santé ajoutés au pied bot, le traitement peut être différent

EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT?

1. Phase de correction (CASTING & TENOTOMY) 2. Maintenance phase (BRACE)



PHASE DE CORRECTION

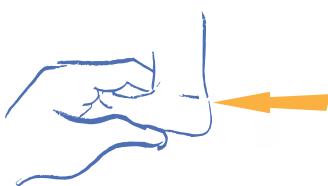
PLATRAGE



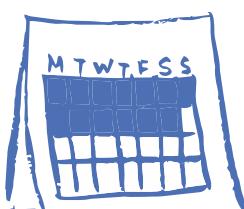
- Le pied est manipulé doucement et la jambe entière est plâtrée pour maintenir le pied en position et étirer les ligaments et tendons.
- Le plâtre est enlevé tous les 5 à 7 jours, le pied est encore manipulé et un autre plâtre de moulage est appliqué jusqu'à ce que les os soient dans une position correcte.
- La position du pied va vite changer.
- Pour les jeunes bébés qui commencent le traitement à 2 semaines, cela prend normalement 4 à 6 plâtres pour corriger les pieds.
- Pour les enfants de moins de 6 mois, le traitement devrait prendre un maximum de 8 plâtres, dans une période de deux mois, changés toutes les semaines.



TENOTOMIE ET PLATRE FINAL



- La plupart des enfants auront besoin d'une ténotomie. C'est une procédure mineure faite d'habitude avec une anesthésie locale.
- Les enfants ont besoin d'une ténotomie puisque le tendon de leur cheville (le tendon d'Achille) est court et tendu et tire la cheville vers le haut.
- Si ce n'est pas corrigé, l'enfant marchera sur ses doigts de pied.
- Certains docteurs utilisent un anesthésiant général pour les patients plus âgés.
- Après la ténotomie un dernier plâtre de moulage est appliqué et laissé 3 semaines.
- Pendant ce temps le tendon se régénère dans la position élongée et le pied peut être plié vers le haut facilement vers le devant de la jambe (dorsiflexion)
- Si votre bébé n'est pas content après la ténotomie, vous pouvez lui donner du paracetamol, comme après ses vaccinations.



{POUR REFERENCE A LA MAISON : POLYCOPIÉ POUR PATIENT
No. 1 – Introduction et Plâtrage}

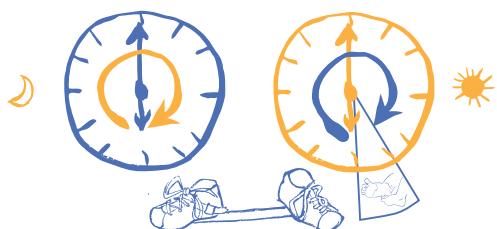
PHASE DE MAINTENANCE

L'ATTELLE

- L'attelle est une partie critique du traitement.
- Vous et votre famille jouez un rôle très important dans cette phase.
- Juste après que le plâtre est enlevé, votre bébé commence à mettre l'attelle (deux chaussures attachées à une barre)
- Les deux pieds sont mis dans les chaussures même si votre enfant n'a qu'un pied bot.
- Même si les pieds de votre enfant ont l'air normal, ils peuvent retourner vers l'intérieur si vous n'utilisez pas l'attelle.
- Si le pied retourne vers l'intérieur, votre enfant doit mettre plus de plâtres, et doit être opéré si l'enfant est plus âgé.
- **Il'est très important de faire attention que votre bébé porte l'attelle comme est indiqué ci-dessous:**

EMPLOI DU TEMPS DE L'ATTELLE

Pour obtenir les meilleurs résultats possibles, les instructions ont besoin d'être suivies contentieusement. Cela dépendra de l'âge de l'enfant, mais l'emploi du temps standard est celui-ci :



Premiers 3 mois:

l'attelle est portée 23 heures par jour. Elle est enlevée une heure par jour pour le bain.



Après avoir porté l'attelle

3 mois à plein-temps:

le port de l'attelle est réduit par 2 heures par mois – quand votre enfant est endormi (sieste et la nuit).

NOTE: Laissez l'attelle portée pendant au moins 14 heures jusqu'à ce que l'enfant commence à marcher.

Une fois que votre enfant marche: on recommande 12 heures de port de l'attelle (la nuit quand il dort) jusqu'à ce que votre enfant ait 4 ans.

SOUVENEZ-VOUS: Soyez régulier. Suivez une routine quotidienne depuis le début, et votre enfant s'adaptera à l'attelle. Mettre l'attelle est une bonne chose, et fait partie du traitement !

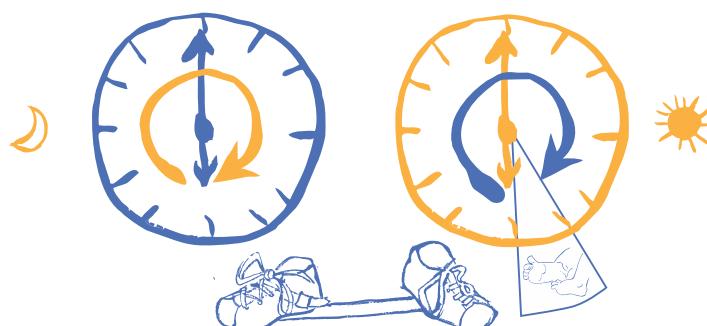
{POUR REFERENCE A LA MAISON : Polycopié pour patient no. 2 – l'attelle}

COMBIEN DE TEMPS DURE LE TRAITEMENT ?

L'emploi du temps ci-dessous est typique pour un nouveau-né d'à peu près 2 semaines

ATTELLE (phase initiale)

MOIS 1
MOIS 2
MOIS 3



**23 HEURES
PAR JOUR**

ATTELLE (phase continue)

ANNÉE 1

ANNÉE 2

ANNÉE 3

ANNÉE 4



LA NUIT, ET PENDANT LES SIESSES

INSTRUCTIONS ET CONSEILS POUR LA PHASE DE PLATRAGE

EST-CE QUE LA MANIPULATION VA FAIRE MAL À MON ENFANT ?

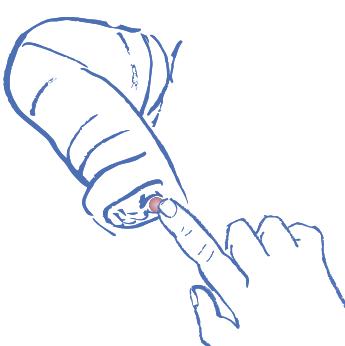


- La manipulation est très douce et ne fera pas mal à votre enfant.
- Si votre enfant pleure pendant la pose du plâtre, cela peut être parce qu'il n'aime pas qu'on lui tienne les jambes, ou qu'on lui enlève ses habits.
- Pour aider, vous pouvez réconforter votre bébé. Faites en sorte que votre bébé ait faim quand vous l'amenez à la clinique, et donnez-lui à manger pendant la pose du plâtre. Cela aidera à le relaxer. Vous pouvez aussi jouer, chanter, et utiliser des jouets brillants ou qui font du bruit comme distraction.
- Vous pouvez donner à manger à votre enfant pendant la pose du plâtre. L'équipe médicale vous dira où vous mettre et comment tenir votre enfant.
- Votre enfant sera peut être impatient après la pose du plâtre. Les plâtres sont lourds jusqu'à ce qu'ils soient complètement secs. Vous pouvez rouler une petite serviette et la mettre sous les genoux de l'enfant pour aider à soutenir le poids du plâtre.

SOIN DES PLATRES À LA MAISON



1. Garder le plâtre propre et sec.
2. Ne baigner pas votre enfant quand il est dans ses plâtres – allongez votre enfant sur une serviette, utilisez un chiffon savonneux pour laver, rincer et essuyez avec une serviette, sans mouiller le plâtre.
3. Donner des bains avec l'éponge à votre enfant sans mouiller le plâtre.
4. Vérifier qu'il n'y a pas de fissures ou cassures sur le plâtre.
5. Les endroits rugueux peuvent être rembourrés avec de la ouate pour protéger la peau contre le frottement du plâtre.
6. Ne pas mettre de poudre ou de lotion dans le plâtre.
7. Couvrez le plâtre pendant que l'enfant mange ou boit.
8. Empêcher les petits jouets ou des objets d'être mis à l'intérieur de le plâtre.
9. Pour les fuites, essuyez le plâtre pour qu'il soit aussi propre que possible avec des lingettes humides (ne pas utiliser d'eau ou un chiffon humide). Vous devriez toujours voir les pieds de votre bébé.
10. Les orteils devraient être de la couleur normale de la peau et être chauds.
11. Appuyez sur les orteils plusieurs fois par jour pour vérifier si ils sont chauds, et que la couleur revient rapidement ensuite.
12. Votre bébé devrait être capable de bouger les orteils, quand ils sont libres ou quand vous les touchez.
12. Par temps de froid, vous pouvez mettre des chaussettes sur les plâtres pour garder les pieds au chaud.
13. Lorsque votre bébé est dans un siège auto, vous pouvez rouler une petite serviette et la mettre sous les genoux pour aider à soutenir ses talons.



PROBLÈMES AVEC LE PLÂTRE

Si vous remarquez l'un de ces problèmes, ou si vous êtes inquiet, appelez votre médecin ou rendez-vous immédiatement à la clinique



1. Une forte fièvre.
2. Une enflure au-dessus ou en dessous du plâtre.
3. Mauvaise odeur ou fluide provenant de l'intérieur du plâtre.
4. Les orteils sont frais ou froid.
5. Les orteils ne sont pas la couleur de la peau normale.
6. Vous ne pouvez pas voir les orteils, ils ont glissé de nouveau dans le casting.
7. Le casting est fissuré ou doux
8. orteils enflés.
9. Le plâtre est trop serré autour haut de la jambe.



COMMENT ENLEVER LE PLATRE



- Certaines cliniques enlèvent le plâtre quand vous arrivez. Certaines vous demanderont de le retirer vous-même. Le plâtre ne devrait être retiré que le jour même du rendez-vous, et non la veille. Le pied peut commencer à tourner après avoir enlevé le plâtre, ce qui explique pourquoi il ne devrait pas y avoir beaucoup de temps le plâtre enlevé et le prochain appliquéd.
- Mouiller le plâtre et l'envelopper avec une serviette humide, puis le couvrir avec un sac en plastique jusqu'à ce que le plâtre se ramollit.
- Vous devriez trouver un bouton de bandage près du genou où vous pouvez détendre et enlever le plâtre.
- Ajoutez un peu de vinaigre dans l'eau de mouillage de la fonte aide à adoucir le plâtre plus rapidement.
- Si vous retirez le plâtre à la clinique, ils vous donneront un seau d'eau chaude pour asseoir votre bébé à l'intérieur, pour que vous mouillez les plâtres et les ramollisiez avant de les retirer.



{POUR REFERENCE A LA MAISON : POLYCOPIÉ POUR PATIENT
No. 1 – Introduction et Plâtrage}

INSTRUCTIONS ET CONSEILS POUR LA PHASE DE MAINTENANCE :

EST-CE QUE L'ATTELLE FERA MAL À L'ENFANT ?

- L'attelle ne fera pas mal à votre bébé.
- Ne retirez pas l'attelle si votre bébé pleure, sinon ce sera plus difficile de le garder dans l'avenir.
- Les premiers jours sont très importants pour établir la routine de l'attelle.
- Votre bébé a besoin de s'habituer à porter l'attelle, il prendra 2 à 7 jours pour s'adapter.
- Votre bébé a besoin de s'habituer à se déplacer en soulevant les deux jambes en même temps.
- Vous pouvez jouer avec la barre pendant qu'elle est portée, déplacez-la en haut et en bas, pliez et redressez les genoux pour montrer à votre bébé comment bouger les jambes ensemble.
- Lorsque votre enfant est habitué à l'attelle, ils peuvent se déplacer librement et atteindre des étapes comme ramper et à marcher comme n'importe quel autre enfant.
- Ne cessez pas d'utiliser la barre si vous avez des problèmes. Le pied bot peut récidiver sans la barre. Allez voir votre médecin ou une clinique et demandez de l'aide.

COMMENT METTRE L'ATTELLE

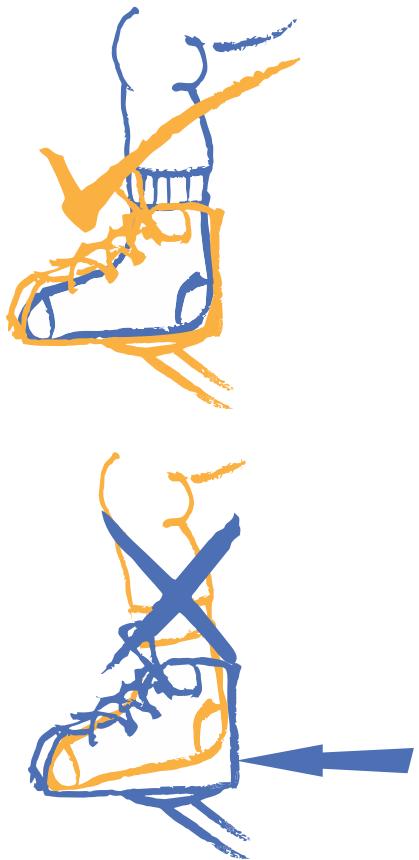
1. Il est important de mettre l'attelle correctement, et elle doit être portée tous les jours pour la quantité de temps indiquée par votre médecin.
2. Les chaussures doivent être portées avec la barre que l'attelle marche.
3. Il faut du temps pour s'habituer à mettre les chaussures, mais soyez régulier et l'attelle fera bientôt partie de votre routine.

CONSEILS POUR METTRE L'ATTELLE:



- La peau sur les jambes et les pieds doit être propre et sèche.
- Ne mettez pas de crème ou de lotion sur les pieds.
- Des chaussettes en coton, sans coutures ou motifs sont plus confortables.
- Des chaussettes avec des points en caoutchouc sur le bas peuvent aider à éviter le pied de glisser à l'intérieur de la chaussure.
- Certains enfants sont plus à l'aise sans chaussettes, surtout par temps chaud.
- Ouvrez la chaussure complètement la première fois qu'elle est mise afin que vous puissiez voir ce que le pied est correctement positionné.
- Mettez la chaussure sur le pied bot ou le pied bot le plus sévère en premier.
- Pliez le genou et appliquer un peu de pression pendant que vous mettez sur la chaussure. Cela aide à garder le talon vers le bas et le pied dans la bonne position.
- Lors du premier essai de l'attelle, marquez la chaussure au bord des orteils avec un stylo.
- Toujours vérifier que le talon est juste à l'arrière de la chaussure et toucher le fond avant de serrer les sangles ou de faire les lacets.

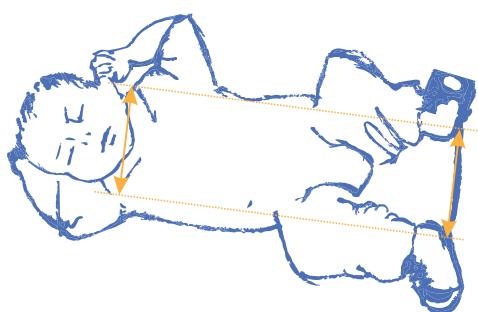
CONSEILS POUR METTRE L'ATTELLE (continued)



- Gardez votre pouce enfoncé dans le milieu du pied pour le maintenir fermement vers le bas pendant que vous faites les lacets ou attacher les sangles.
- Fixez les lacets de chaussures ou des sangles en toute sécurité.
- Maintenir la chaussure fermement avec une main, tirez la jambe vers le haut pour faire en sorte que le pied ne se déplace pas à l'intérieur de la chaussure. Si c'est le cas, serrez les lacets.
- Vous devriez toujours être en mesure de voir la ligne que vous avez dessiné devant les orteils. Si vous ne pouvez pas le talon a glissé vers le haut. Retirez la chaussure et recommencer.
- Vérifiez à nouveau que le talon est toujours baissé et assez à l'arrière de la chaussure. La plupart des chaussures ont un petit trou sur le côté du talon pour que vous puissiez vérifier facilement.
- Vérifiez que vous pouvez voir tous les orteils, et qu'ils sont droits.
- N'ayez pas peur de le refaire jusqu'à ce que l'attelle soit bien mise. Après un certain temps, mettre l'attelle deviendra rapide et facile et fera partie de votre routine.

{Faites une démonstration sur un enfant en montrant comment mettre l'attelle. Vérifiez la chaussure, les doigts de pieds, les talons, etc. }

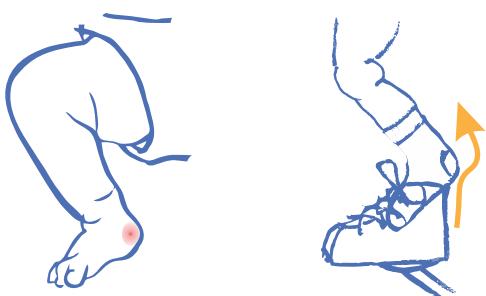
PROBLÈMES AVEC L'ATTELLE



Après les premiers jours d'adaptation, votre enfant devrait porter l'attelle sans problèmes. Il est important de noter tous les changements, et de les communiquer avec votre médecin ou d'aller à la clinique, puisqu'un problème avec l'attelle peut signifier que:

- La largeur de l'attelle est trop courte
- Les chaussures sont trop petites
- Le pied se tourne à nouveau ou est mal corrigé

ESSAYAGE DE LA CHAUSSURE, REGLAGE DE L'ATTELLE



Si la chaussure ne s'adapte pas correctement, elle peut causer des problèmes. Contactez votre clinique immédiatement si vous voyez :

- Des marques de pression rouge ou contusions sur les pieds.
- Des escarres ouvertes ou des cloques sur les pieds.
- Le pied glisser sur la semelle, même si vous avez serré correctement.

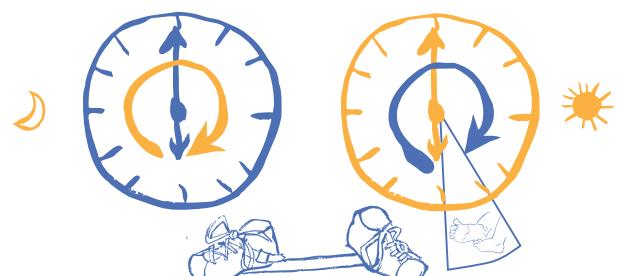
TROUBLES DU SOMMEIL

Après la première période d'ajustement, la plupart des enfants dorment bien dans leur attelle. Si, après ajustement pour l'attelle, votre bébé est contrarié ou ne dort pas, mais n'est pas malade ou fait ses dents, etc, il y a quelques petites choses à essayer:

- Vérifiez que les chaussures sont toujours la bonne taille.
- La barre peut devenir trop étroite parce que votre enfant a grandi. Si vous avez une barre réglable, élargissez-la légèrement.
- Assurez-vous que les draps ne soit pas emmêlée avec l'attelle. Un sac de couchage ou une couverture légère est plus sûr.
- Rembourez le côté du lit si l'attelle tape contre le lit et réveille votre bébé.
- Déplacez votre enfant plus âgé à un lit de camp s'ils ont besoin de plus de place pour l'accordéon.

COMBIEN DE TEMPS L'ENFANT DOIT-IL METTRE L'ATTELLE?

La plupart des bébés portent l'attelle jusqu'à l'âge de quatre ans



Pour les trois premiers mois, le corset est porté pendant 23 heures par jour.



Après ces 3 mois, l'attelle est portée seulement pendant la nuit et les siestes.

QUELS VÉTEMENTS MON BÉBÉ PEUT-IL PORTER, AI-JE BESOIN D'EQUIPEMENT SPECIAL

- Si votre bébé est dans ses plâtres, des leggings sans pieds et un tout-en-un sont les habits les plus pratiques.
- Quand l'enfant porte l'attelle, il est plus facile d'utiliser des pantalons qui ont des boutons de sorte que vous pouvez changer la couche et retirer les vêtements sans avoir à retirer la barre. Les salopettes devraient aussi marcher, et les filles peuvent porter des robes ou des jupes.
- Les sièges pour voiture et poussettes ou landaus devraient tous convenir, si vous pouvez toujours fixer la sangle centrale. Achetez-les plutôt larges.

{POUR RÉFÉRENCE A LA MAISON: Document pour Patient No. 1 – L'ATTELLE}

SUIVI, RESULTATS

QUE SE PASSERA-T-IL DANS LE FUTUR?



Des contrôles réguliers pour s'assurer que l'attelle est conforme aux pieds de l'enfant et que ses pieds sont encore en bon état. Votre enfant peut porter n'importe quel type de chaussures ou se balader pieds nus lorsqu'il ne porte pas son attelle.

Votre bébé va grandir avec des pieds droits et flexibles, et va pouvoir courir, marcher et jouer comme n'importe quel autre enfant.

Certains enfants auront un pied bot plus résistant, qui reviendra quand ils grandissent, et auront donc besoin de plus de plâtres parfois d'une intervention chirurgicale ; les visites régulières à la clinique sont donc très importantes.

AVEC QUI PUIS-JE PARLER DU PIED BOT ?

Plusieurs cliniques disposent d'un assistant de clinique qui vous expliquera ce qu'est un pied bot et comment le traiter. Les jours de clinique, vous rencontrerez d'autres parents qui ont des enfants dans différentes étapes du traitement ; vous pouvez leur parler ou vous joindre à un groupe de soutien pour parents.

Pour plus d'informations sur le Ponseti d'Afrique Australe CLN

www.steps.org.za

www.clubfoot.co.za

www.ponsetic.co.za

Il est important de se rappeler que vous, les parents, êtes la partie la plus importante du traitement. Cela ne peut se faire sans que vous vous assurer que votre enfant est à chaque rendez-vous. Les moules doivent être changés une fois par semaine et le corset doit être porté chaque nuit.

Si vous avez besoin d'aide ou de soutien pendant le traitement, contactez votre clinique ou un groupe de soutien pour parents pour obtenir des conseils et de l'aide.

GLOSSARY OF TERMS

This glossary of terms is designed to be a quick guide to the medical terms.

Abduction:	The movement of a limb away from the midline of the body
Achilles Tendon:	The tendon that joins the bone of the heel to the calf muscle.
Anterior:	At or towards the front.
Anterior Tibialis Tendon Transfer (ATTT):	A procedure usually only performed around age four for children with continual relapse problems. To prevent further relapses, the tendon of the tibialis anterior muscle is transferred (pulled across and attached) to the third cuneiform (bone of the foot). This makes the foot plantigrade and prevents relapse.
Arthrogryposis:	Distal arthrogryposis type 1 is a disorder characterized by joint deformities (contractures) that restrict movement in the hands and feet. The characteristic features of this condition includes permanently bent fingers and toes (camptodactyly), overlapping fingers, and a hand deformity in which all of the fingers are angled outward toward the fifth finger (ulnar deviation). Clubfoot (syndromic) is also commonly seen with distal arthrogryposis type 1.
Bilateral clubfoot (BCF):	Both feet are affected.
Calcaneus:	Heel bone, the larger of the two bones forming the ankle joint
Complex clubfoot:	This clubfoot is shorter, broader and has a deep crease across the sole. It is more difficult to treat, and usually requires modified casting
Congenital:	A condition that is present at birth.
Deformity:	A distortion of any part of, or the body in general, different in size or shape
Dorsiflexion:	In clubfoot treatment, dorsiflexion is the ability to bend at the ankle, moving the foot upward in the direction of the shin.
Eversion:	Sole of the foot turns outwards
Genetic:	Refers to genes, and inherited traits or conditions.
Heel cord:	See Achilles tendon.
Idiopathic:	Medical term that means of unknown cause. Clubfoot is idiopathic in most cases, unless it is linked to a syndrome (in the minority of cases)
In utero:	When the baby is in the mother's womb.
Inversion:	Sole of the foot turning inwards

Ligament:	A short band of tough, flexible, fibrous connective tissue that connects two bones or cartilages or holds together a joint.
Maceration:	Skin softened by soaking. Maceration can occur if a child's skin becomes wet under the cast. The skin breaks down and it is painful.
Manipulation:	Manually stretching the clubfoot in specific positions to achieve correction before casting.
Metatarsus adductus:	Condition that looks similar to clubfoot but only the forefoot is turned in, the ankle is not twisted. Typically not treated with casts, it is usually outgrown as the child gets older.
Neurogenic clubfoot:	See Syndromic Clubfoot.
Orthotist:	An orthotist is trained to make orthotics such as braces or splints to support limb function. An orthotist working with will often fit the brace that is used after clubfoot correction.
Paediatric Orthopaedic Surgeon:	A doctor specialising in children's orthopaedics.
Percutaneous:	In surgery it refers to a procedure that punctures the skin rather than using the 'open' approach that exposes tissue. A 'percutaneous tenotomy' forms part of the Ponseti method and can be done using local anaesthetic only.
Physical therapy:	Some doctors prescribe physical therapy to assist with tight tendons in correct clubfoot. Parents can be taught stretching exercises to be done on their baby to increase flexibility and prevent relapse.
Plantigrade:	Walking evenly on the sole of the foot.
POP:	Plaster of Paris.
Positional clubfoot:	Not considered a clubfoot by doctors, this is when a baby is born with the foot turned in, but it is flexible and can be easily pushed into the correct position. Caused by position of the baby in utero, it usually self-corrects without any treatment. Also called "postural" clubfoot.
Posterior:	At or towards the back
Pressure sore:	A sore that develops from a long period of too much pressure on the skin. In clubfoot treatment, it is usually due to casts being put on too tight, or the brace shoes not fitting correctly – either due to incorrect measurement, or the clubfoot is not completely corrected.
Pronation:	The inward roll of the foot during normal motion and occurs as the outer edge of the heel strikes the ground and the foot rolls inward and flattens out. Moderate pronation is required for the foot to function. With excessive pronation, the foot arch flattens out and stretches the muscles, tendons and ligaments underneath the foot.

Recurrence:	In clubfoot treatment, refers to a recurrence of the symptoms. The foot turns in and children put weight on the outside of the foot when walking. Recurrence requires recasting, brace wear and sometimes surgery.
Serial casting:	The term used for the repetitive casting process that is used in the Ponseti method. A cast is applied and removed after five to seven days. This is repeated until the clubfoot is corrected.
Supination:	The opposite of pronation, it is the outward roll of the foot during normal motion. A natural amount of supination occurs during the push-off phase of running as the heel lifts off the ground and the forefoot and toes are used to propel the body forward.
Syndromic clubfoot:	This is a rare form of clubfoot that is associated with a syndrome. It is more difficult to treat. Some syndromes and conditions that can include clubfoot are arthrogryposis, spina bifida, tethered cord, Down syndrome, Ehler Danlos syndrome, and cerebral palsy. Some are also referred to as teratologic, neuromuscular or neurogenic clubfoot.
Talus:	Anklebone, the smaller of second the two bones forming the ankle and heel joint
Tenotomy:	A minor surgical procedure that clips the Achilles tendon (heel cord) to lengthen it and drop the heel. The cast is left on for three weeks to allow the tendon to heal. No stitches are required.
Tibia:	Shin bone.
Tibialis Anterior tendon:	Dorsiflexes and inverts foot at the ankle
Unilateral clubfoot:	Only one foot is affected by with clubfoot.
Valgus:	Directed away from the midline of the body.
Varus:	Directed towards the midline of the body.

References:

1. The Iowa Orthopaedic Journal, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1888384/>
2. Oxford English dictionary
3. Clubfoot: Ponseti Management (Global Help books)
4. Genetics Home Reference <http://ghr.nlm.nih.gov/condition/distal-arthrogryposis-type-1>
5. Merriam-Webster's Medical Dictionary

Ponseti pour Parents

Text Copyright © 2014 by Steps Charity

Illustration Copyright © 2014 by Lori Bentley Design and Illustration

All rights reserved. This book or any portion thereof may not be reproduced or used in any manner whatsoever without the express written permission of the publisher except for the use of brief quotations in a book review.

Printed in South Africa

First Printing, 2016

ISBN 978-0-620-60445-1

Ponseti for Parents

REALISE PAR STEPS CHARITY (AFRIQUE DU SUD) :

13 Chesterfield Road

Oranjezicht

Le Cap

8001

AFRIQUE DU SUD

Exonération de responsabilité

Ce manuel pour pieds bot pour l'éducation des parents n'est pas conçu pour fournir des conseils médicaux, diagnostiques professionnels, ou d'avis sur le traitement. Ce manuel fournit des informations générales à des fins seulement éducatives. Les informations contenues dans ce manuel ne substituent pas les soins médicaux ou professionnels, et vous ne devriez pas utiliser d'information à la place d'une visite, appelez consultation ou l'avis d'un professionnel de la santé Ponseti. STEPS n'est pas tenue responsable pour tout conseil, durée du traitement, diagnostic ou toute autre information que vous obtenez grâce à ce manuel.



STEPS a développé le programme Ponseti pour Parents© pour soutenir les familles grâce à des informations et conseils essentiels pour assurer la réussite du traitement.

Les parents et les soignants sont extrêmement importants dans la réalisation de bons résultats, comme ce sont eux qui emmènent l'enfant à la clinique, font face aux soins des plâtres à la maison, vérifient tous les problèmes, s'assurent que l'attelle est bien portée 23 heures par jour pendant les trois premiers mois, puis s'engagent à ce que leur enfant qui dorme dans l'attelle jusqu'à l'âge de 4 ans.

STEPS a créé ce programme d'éducation des parents multi-médias pour les cliniques de pied bot hebdomadaire:

Les parents à la salle d'attente clinique de rencontrer d'autres familles et de voir les enfants dans les différentes étapes de traitement, et ils peuvent parler entre eux.

- STEPS identifie des conseillers dans les cliniques, qui peuvent être formés pour comprendre les différentes étapes de traitement et comment conseiller et soutenir les parents. Le manuel Ponseti pour Parents © fournit des informations sur le pied bot et le traitement, ce à quoi s'attendre, et l'importance de leur participation et**

l'engagement des parents pour assurer un résultat positif.

- Les brochures sont informatives et pratiques, et répètent les messages du conseiller. Il y a beaucoup de références visuelles pour rendre le contenu plus facile à absorber.**
- Durant la première visite, les parents prennent une première brochure, qui contient des informations de base sur le pied bot, une vue d'ensemble de traitement, et la phase de plâtrage.**
- La deuxième brochure est pour le début de la phase d'attelle, et a des explications sur l'attelle, la routine et l'importance de suivre les instructions pour prévenir contre la récidive.**
- Le DVD d'information des parents peut être diffusé en clinique dans les salles d'attente, et transmettront les mêmes messages que ceux donnés par les conseillers de parents et les brochures**
- Il y a une affiche conçue pour l'utilisation dans les centres de santé de l'enfant, cliniques prénatales et les centres de vaccination, etc. Cela aidera à faire prendre conscience que le pied bot peut être traité, une explication simple de la façon dont il est traité, et où trouver de l'aide.**

STEPS s'engage à soutenir les parents et le programme Ponseti Parents © est notre contribution à la réalisation des meilleurs résultats pour les enfants ayant un pied bot.

**Endorsed and approved by
Steps medical director: Dr Jacques du Toit**

