

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
ECOLE DE KINESITHERAPIE DE NANCY

AIDE MEMOIRE POUR AMPUTES

Lors des phases :

- **de pré-appareillage**
- **d'appareillage**
- **de post-appareillage**

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Dominique Voisin**
étudiant en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'état
de masseur-kinésithérapeute
1992-1993

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION	p. 1
2. PHASE DE PRE-APPAREILLAGE	p. 1
2. 1. Entretien du moignon	p. 1
2. 1. 1. Bandage du moignon	p. 1
2. 1. 2. Toilette du moignon	p. 3
2. 1. 3. Conseils d'hygiène de vie	p. 3
2. 2. Entretien musculaire	p. 3
2. 2. 1. L'amputé tibial	p. 4
2. 2. 2. L'amputé de cuisse	p. 5
2. 2. 3. L'amputé d'avant-bras	p. 7
2. 2. 4. L'amputé de bras	p. 8
2. 3. Prévention du mal du dos	p. 9
2. 3. 1. L'amputé du membre supérieur	p. 9
2. 3. 2. L'amputé du membre inférieur	p. 10
3. PHASE D'APPAREILLAGE	p. 11
3. 1. Le chaussage	p. 11
3. 1. 1. Intérêt de l'appareillage	p. 11
3. 1. 2. La prothèse provisoire fémorale	p. 11
3. 1. 3. La prothèse provisoire tibiale	p. 12
3. 1. 4. La prothèse définitive	p. 12
3. 2. Entretien du moignon	p. 13
3. 3. Entretien du matériel	p. 13

4. PHASE POST-APPAREILLAGE	p. 14
4. 1. Port de la prothèse	p. 14
4. 2. Défaillances, principaux défauts	p. 15
4. 3. Questions sociales	p. 15
4. 3. 1. Les ressources	p. 15
4. 3. 2. Le financement des prothèses	p. 16
4. 3. 3. L'aménagement du logement	p. 16
4. 3. 4. Le permis de conduire	p. 17
4. 3. 5. La carte d'invalidité	p. 18
4. 3. 6. Adresses utiles	p. 18
5. CONCLUSION	p. 19

ANNEXES

RESUME

Au cours de sa rééducation, l'amputé doit veiller au bon état de son moignon ainsi qu'à celui de la prothèse qui remplacera son membre absent.

Pour une parfaite adaptation de la prothèse au moignon, l'état trophique de ce dernier est primordial. Le patient devra faire attention à l'état de la cicatrice, à éviter toute altération de la peau et des autres membres dans leur ensemble (surtout chez les artéritiques) et à entretenir régulièrement les groupes musculaires de son moignon en privilégiant les plus faibles (afin de lutter contre toutes mauvaises attitudes du moignon). Pendant cette phase de cicatrisation, le moignon sera recouvert d'un bandage : afin de l'habituer à une certaine pression et de permettre une diminution de volume.

La cicatrisation obtenue, une première prothèse provisoire sera réalisée et mise en place par le sujet. Le port de celle-ci permettra une diminution de volume et une amélioration de l'état trophique du moignon. En fonction du volume du moignon, d'autres prothèses seront confectionnées, la définitive sera faite lorsque le moignon aura un volume stable. Tout au long de cette phase d'appareillage, la surveillance du moignon et du matériel sera poursuivie.

Une fois la prothèse bien intégrée, son utilisation acquise, la dernière étape sera tournée vers une reprise des activités de tous les jours en apportant au patient les réponses aux différentes questions d'ordre sociale qu'il peut être amené à se poser, tout en insistant sur la nécessité de surveiller quotidiennement l'état de son moignon et de sa prothèse. Pour répondre aux futures questions que le patient pourrait se poser, des organismes plus spécialisés existent, leur adresse étant notifiée à la fin de ce mémoire.

1. INTRODUCTION

Après avoir subi la lourde opération qu'est l'amputation d'un membre ou d'une partie d'un membre, autant sur le plan physique que psychique, le patient reste pendant une courte période en service hospitalier, correspondant à la période de soins, de cicatrisation (une semaine environ).

Puis il est envoyé dans un centre de rééducation comprenant un centre d'appareillage, celui qui nous a permis d'effectuer ce mémoire étant le centre de Gondreville (54), où seront réalisés la préparation du moignon, la mise de la prothèse et l'apprentissage de son utilisation.

Afin de répondre aux diverses questions que se pose le patient, d'obtenir sa coopération entière à l'étape de la rééducation, une palette de conseils (adaptés aux différentes phases de pré-appareillage, d'appareillage et de post-appareillage) peut lui être apportée.

2. PHASE DE PRE-APPAREILLAGE

2. 1. Entretien du moignon

2. 1. 1. Bandage du moignon (fig. 1)

Très important, il permet d'éviter la "stase veineuse" : c'est à dire de lutter contre un mauvais retour du sang vers le coeur, contre la formation d'œdème (dans le but d'obtenir un moignon de volume stable, de l'habituer à une pression continue et ferme).

Il existe différents types de bandes de contention élastique :

Coheban (3m)	100 mm x 3,5 m	remboursé
	70 mm x 3m	remboursé
Biflex (Thuasne)	4 tailles	remboursé
Griflex (Thuasne)	5 tailles	remboursé
Néoplastex (Thuasne)	6 tailles	remboursé

Il existe aussi des bandes de contention adhésives :

Théraplast (Thuasne)	6 tailles	remboursé
Biplast (Thuasne)	6 tailles	remboursé
Niflexogrip (3m)	taille unique	remboursé

Les plus employées restent Coheban ou Biflex et les bandes Velpeau (pour les artéritiques).

Le bandage doit : - se mettre avant de se lever, encore couché,
- recouvrir entièrement le moignon, remonter au dessus,
- être porté toute la journée.

Le serrage sera dégressif : plus serré à l'extrémité, plus lâche en amont.

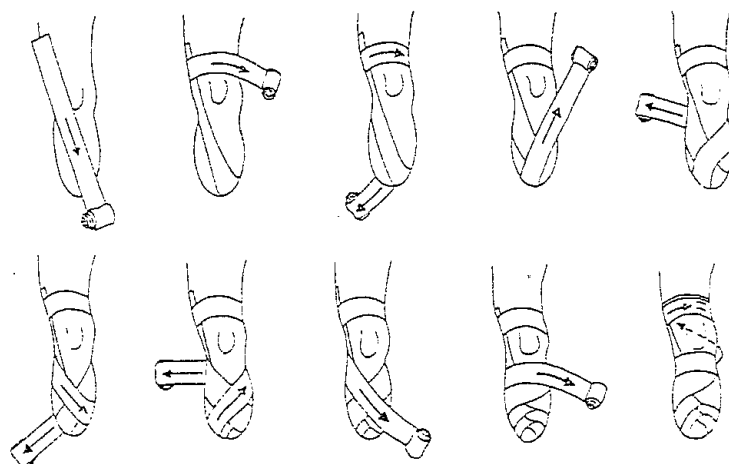


Figure 1 : Bandage du moignon.

2. 1. 2. Toilette du moignon

Il est nécessaire de laver le moignon tous les jours avec du savon de Marseille ou de l'alcool camphré, le séchage qui suit devant être parfait. Au niveau de la cicatrice, le pansement doit être changé tous les 2 jours par une infirmière, que le patient ne doit pas hésiter à consulter en cas de plaie ou d'irritations (ces dernières devant être prises très au sérieux).

Afin d'éviter toute fragilité de la peau, de la rafermir, il réalisera un tannage à l'aide de tanin (dans certains centres, est employé un mélange composé de : 1/3 tanin, 1/3 alcool iodé, 1/3 nitrate d'argent) ou de teinture de benjoin ou d'éosine.

2. 1. 3. Conseils d'hygiène de vie

- Avoir une alimentation équilibrée.
- Supprimer le tabac et l'alcool.
- Surveiller et prendre soin du membre sain (éviter toute plaie, faire attention en coupant les ongles des orteils, hygiène quotidienne...).

2. 2. Entretien musculaire

Il favorise la circulation qui accélère la cicatrisation, qui lutte contre l'œdème. Il permet donc un meilleur état "trophique" (état de la peau, des muscles et des autres tissus), d'obtenir un moignon de volume stable en vue de l'appareillage.

Il sera réalisé dans le but d'éviter toute attitude vicieuse (l'amputation entraîne un déséquilibre musculaire, une prédominance de certains groupes de muscles par rapport à leurs antagonistes, expliquant le risque de déformations articulaires), de

renforcer le ou les groupes musculaires déficitaires qui permettront l'utilisation de la prothèse.

2. 2. 1. L'amputé tibial

L'attitude vicieuse à éviter est : le flexum de genou.

Le sujet devra arriver à tendre le genou et veiller à conserver cette extension. Tout coussin sous la cuisse et toute flexion prolongée du genou (comme reposer le moignon sur l'appui-main des cannes anglaises !) seront prohibés ... par exemple, un autre tabouret permettra de le reposer en position assise (annexe I).

L'entretien musculaire concernera les muscles propres au moignon et le muscle (le quadriceps) dont le travail nous permettra de lutter contre le flexum.

En décubitus ou assis (le moignon reposant sur un tabouret), le patient réalisera un travail des muscles de la jambe en imaginant des mouvements de flexion-extension de son pied absent, mouvements aidés par un travail similaire et simultané du pied controlatéral (cf. protocole décrit ci-dessous).

Le travail du quadriceps (extenseur de genou) se réalisera assis ou en décubitus bout de table et de trois façons différentes :

- en statique : en position d'extension maximale, le sujet contractera son quadriceps en imaginant une flexion dorsale de son pied absent (mouvement facilité par une flexion dorsale du pied controlatéral) pendant 6 secondes. Le protocole sera : 6 secondes de contraction, 6 secondes de repos entre chaque série de 10 contractions, 2 minutes de repos entre chaque (6).

- En dynamique : le patient réalisera des mouvements de flexion-extension (fig. 2) de genou dans toute l'amplitude (soit en plaçant une charge directe au niveau du moignon, le plus près de l'articulation du genou, soit à l'aide

d'un sandow). Mais ce travail sera surtout effectué lors du port de la prothèse provisoire.

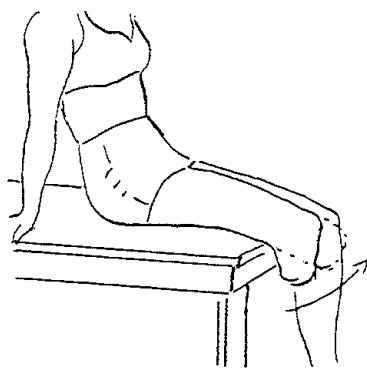


Figure 2 : Extension de genou.

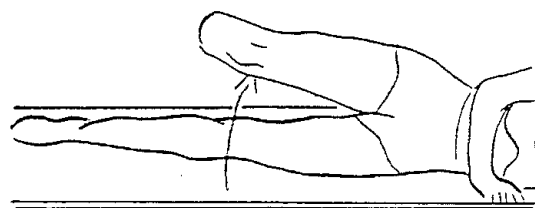


Figure 3 : Abduction de hanche.

— En vue de l'appareillage, de la marche : couché sur le côté sain, le patient réalisera un travail de ses abducteurs de hanche (fig. 3). Il élèvera le moignon (genou tendu) en maintenant la contraction 6 secondes avant de redescendre (le protocole restant identique), puis en progression avec une charge directe.

2. 2. 2. L'amputé de cuisse

Les attitudes vicieuses à éviter sont : le flexum et l'abductum, le coussin sous le moignon sera là aussi prohibé (annexe II).

L'entretien musculaire concernera, comme pour l'amputé tibial, les muscles propres au moignon et les muscles dont le travail nous permettra de lutter contre le flexum et l'abductum.

Afin de travailler les muscles du moignon (quadriceps et ischio-jambiers), le patient imaginera des mouvements de flexion-extension de son genou absent,

mouvements aidés par un travail simultané et similaire de son genou controlatéral (le protocole restant identique).

En fonction des possibilités et choix du patient, la lutte contre le flexum et l'abductum sera réalisée selon 3 positions de travail différentes :

- couché sur le ventre (et si possible en bout de table, le membre inférieur controlatéral fléchi, en appui au sol),
- couché sur le côté sain (le membre inférieur controlatéral fléchi) :

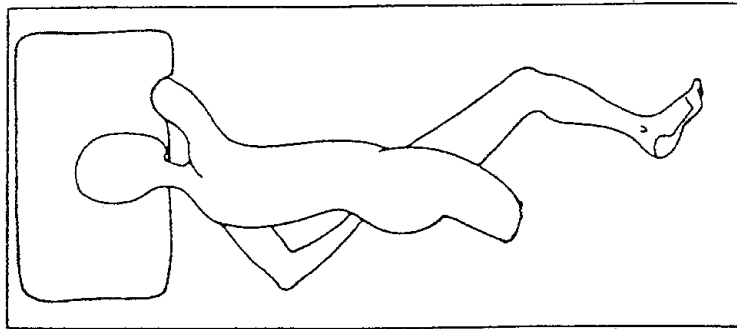


Figure 4 : Extension-adduction de hanche.

- debout (le patient devra éviter toute participation du bassin).

Ce travail concernera les extenseurs de hanche (les muscles ischio-jambiers et grand fessier) et les adducteurs de hanche. Le travail sera global : les mouvements d'extension et d'adduction seront combinés.

- En statique : le sujet amènera son moignon en arrière et en dedans (près de l'autre cuisse) ; à partir de cette position, il contractera ses extenseurs de hanche en imaginant une flexion de son genou absent pendant 6 secondes (le protocole restant identique).

- En dynamique : le sujet réalisera des mouvements de flexion-extension de hanche dans toute l'amplitude (soit à l'aide d'une charge directe,

placée le plus près de l'articulation de hanche, soit à l'aide d'un sandow) ; mais ce travail sera surtout effectué lors du port de la prothèse provisoire.

— En vue de l'appareillage, de la marche : le patient réalisera un travail de ses abducteurs de hanche (cf. 2. 2. 1).

2. 2. 3. L'amputé d'avant-bras

Les attitudes vicieuses à éviter sont : le flexum, la pronation (pour les moignons longs, c'est à dire un niveau d'amputation au tiers inférieur ou au tiers moyen de l'avant-bras) ou la supination (pour les moignons courts, avec un niveau d'amputation au tiers supérieur de l'avant-bras).

N.B. : la prono-supination est le mouvement qui permet d'orienter la paume de la main vers le ciel (supination) ou vers le sol (pronation).

L'entretien musculaire concernera le triceps, les épicondyliens (supinateurs) pour les moignons longs ou les épitrochléens (pronateurs) pour les moignons courts ; la position de travail étant indifférente.

— En statique : le coude étant en extension maximale, le patient contractera ses épicondyliens en imaginant une extension de son poignet absent, ses épitrochléens en imaginant une flexion de son poignet absent, pendant 6 secondes (le protocole restant identique).

— En dynamique : seul dans le cas d'un moignon long, la prono-supination pourra être travaillée (ce travail sera surtout effectué lors du port de la prothèse correspondante). Le sujet réalisera des mouvements de flexion-extension de coude dans toute l'amplitude (soit à l'aide d'une charge directe, placée le plus près de l'articulation du coude, soit à l'aide d'un sandow). Mais ce travail sera surtout effectué lors du port de la prothèse provisoire.

2. 2. 4. L'amputé de bras

Les attitudes vicieuses à éviter sont : l'adductum et la rotation interne (attitudes favorisées par la prédominance des muscles grand rond, grand dorsal et grand pectoral après l'amputation).

L'entretien musculaire concernera plusieurs groupes de muscles : ceux du moignon, d'autres de la coiffe des rotateurs de l'épaule.

— En statique : le patient contractera les muscles du moignon que sont le biceps, en imaginant une flexion de son coude absent, et le triceps en imaginant une extension de son coude absent (le protocole restant identique).

— En dynamique : en position indifférente, le patient réalisera un travail global, une rotation externe d'épaule associée à une abduction d'épaule.

Un travail statique peut être additionné à ce travail dynamique : au maximum d'amplitude de rotation externe-abduction d'épaule, la contraction des muscles de la coiffe des rotateurs (sus-épineux, sous-épineux et petit rond) peut être maintenue 6 secondes avant de revenir à la position initiale. Les temps de repos seront alors plus long entre chaque mouvement, égaux ou supérieurs au temps mis pour réaliser l'ensemble du geste.

Un travail du membre sain, supérieur ou inférieur, sera nécessaire pour tout amputé (surtout chez les sujets artéritiques) ; par exemple :

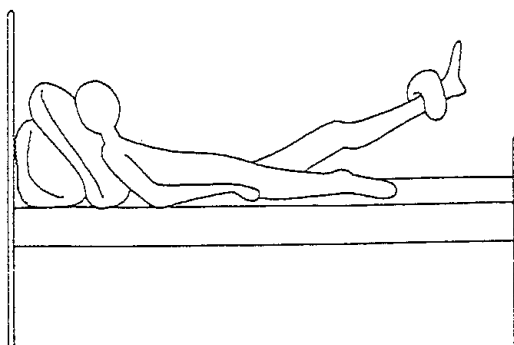


Figure 5 : Travail du membre opposé.

2. 3. Prévention du mal de dos

Pour les amputés du membre supérieur, certains mouvements des épaules commanderont directement la prothèse, sollicitant ainsi la colonne vertébrale. De plus, quelque soit le niveau d'amputation, le rachis sera sollicité lors de tout mouvement : cette sollicitation sera asymétrique du fait de l'utilisation exclusive du membre sain (avant l'appareillage). En vue de l'appareillage, certains exercices sollicitant le rachis et assouplissements peuvent être réalisés (annexes III et IV).

2. 3. 1. L'amputé du membre supérieur

Afin d'assouplir la colonne cervicale, le patient réalisera des mouvements rotatoires, de circumduction : il amènera la tête en arrière, en avant, sur le côté, sur l'autre côté puis reliera ces 4 étapes en réalisant plusieurs grands cercles. La meilleure position sera de réaliser ces assouplissements assis, les bras reposant sur un coussin.

Afin d'assouplir la colonne dorsale, le sujet pourra réaliser plusieurs mouvements :

- la "prière mahométane" : le patient à genoux, les fesses au dessus des pieds, amènera les mains le plus loin possible (en avant) puis sans bouger les mains essayera de mettre les fesses en contact avec les talons.

- Le "test du sphinx" : (plus pratique pour les amputés d'avant-bras) le sujet est couché sur le ventre, en appui sur les coudes et va resserrer les omoplates en creusant le dos.

- Les mouvements rotatoires : assis, le bassin immobile, le patient amène une épaule en avant puis l'autre.

- Les mouvements de latéralité : assis, le bassin immobile, le patient amène une épaule sur le côté puis vers l'autre côté.

Le patient pourra également réaliser :

— des auto-grandissements : en position assise, dos contre un mur ou dos droit (tête en double menton), et essayera de se grandir en poussant les mains vers le bas.

— Des exercices en vue de l'appareillage : en gardant le dos droit, propulsion-rétropulsion et élévation-abaissement des épaules.

Tous ces exercices seront réalisés en respectant le rythme respiratoire, c'est à dire que les assouplissements se feront sur le temps expiratoire (le sujet soufflera en rentrant le ventre).

2. 3. 2. L'amputé du membre inférieur

Afin d'assouplir la colonne lombaire, le patient réalise des mouvements de rotation en amenant les cuisses serrées de chaque côté, les hanches fléchies à 90° (les cuisses liées par un bandeau) et les genoux fléchis. Puis le patient, en décubitus strict, éloigne un de ses pieds (de lui) en poussant dans l'axe du membre inférieur correspondant. Les mouvements d'antéversion et de rétroversion de bassin pourront être réalisés en décubitus, le sujet faisant rouler son bassin sur la table sans fléchir les genoux. Les mouvements de rotation et de latéralité décrits pour les amputés du membre supérieur (cf. 2. 3. 1) peuvent être aussi envisagés.

D'autres exercices sont réalisables :

— le patient assis, dos contre le mur ou dos droit (tête en double menton), essayera de se grandir en poussant les mains vers le bas.

— L'exercice du "pont" : en décubitus, hanches et genou(x) fléchis, le patient soulève ses fesses en prenant appui avec le pied et les épaules.

— En décubitus, le patient fléchit le(s) genou(x) serré(s) puis les deux hanches en même temps, en décollant le pied.

Pour tous ces types d'exercices, de travaux musculaires, le patient doit respecter les temps de repos jusqu'à les augmenter si besoin. Ces temps de repos sont très importants à cette phase car l'opération reste récente, le sujet se fatigue vite. Il est aussi important que le patient dorme bien.

3. PHASE D'APPAREILLAGE

3. 1. Le chaussage

3. 1. 1. Intérêt de l'appareillage

Le port de la prothèse va permettre la station debout et la marche (pour les amputés du membre inférieur), d'atténuer les douleurs, de maintenir les amplitudes articulaires, au moignon de maigrir (avant l'appareillage définitif) et de faire disparaître le membre fantôme en comblant le vide, laissé par l'amputation, dans la représentation (au niveau du cortex cérébral) du schéma corporel.

3. 1. 2. La prothèse provisoire fémorale

Le moignon doit être recouvert d'un jersey, tout tubigrip ou bande à varices étant à proscrire, seul reste le pansement sur la cicatrice. L'extrémité du jersey est passée par le trou situé au fond de l'emboîture. Le chaussage se fera pour un membre inférieur en position debout et le moignon en rectitude : le patient tirera le

jersey, passé dans le trou de l'emboîture, en poussant le moignon à l'intérieur de l'emboîture (annexes V et VI).

Pour bien enfiler la prothèse, le moignon doit arriver au fond (bien tirer le jersey) et la prothèse ne doit pas être tournée (respecter les points d'appui).

3. 1. 3. La prothèse provisoire tibiale

Après avoir recouvert le moignon d'un jersey, le patient enfilera une mousse (socket) et la recouvrira avec l'extrémité du jersey (cette dernière est passée par le trou situé au fond de la mousse). Puis il mettra la prothèse provisoire. La principale difficulté sera de bien respecter les points d'appui, que la mousse épouse parfaitement les reliefs osseux du genou (condyles, rotule), de même pour l'emboîture (annexes VII et VIII). Le chaussage se fera pour un membre inférieur en position debout et le moignon en rectitude : le patient tirera le jersey, passé dans le trou de l'emboîture, en poussant le moignon à l'intérieur de celle-ci.

Afin d'aider le chaussage, une aide technique peut être utilisée : servant de bras de levier, elle permet de mieux tirer sur le jersey.

Si le moignon maigrit avant la prochaine prothèse, un deuxième jersey ou un bonnet (marque : Daw) pour moignon sera rajouté pour éviter la perte de la prothèse et tout frottement ; à cette période la surveillance du moignon sera avant tout primordiale. La nuit, la prothèse est enlevée ainsi que tout bandage.

3. 1. 4. La prothèse définitive (fémorale, tibiale)

La prothèse est enfilée directement sur le moignon (ni jersey, ni bonnet). Le patient utilisera une bande élastique fine, l'enroulera autour du moignon (5,6 tours)

puis la passera dans le trou situé au fond de l'emboîture et la récupèrera en enfilant le moignon et en tirant dessus. Les conseils de chaussage seront les mêmes : le moignon doit arriver au fond et respecter les points d'appui.

3. 2. Entretien du moignon

L'hygiène du moignon est importante, la toilette doit être quotidienne (savon de Marseille ou alcool à 60°), le pansement changé tous les deux jours. Une surveillance du moignon, des zones d'appui sera effectuée à chaque chaussage et déchaussage de la prothèse : toute plaie doit être soignée (par une infirmière ou son médecin traitant) ; le patient enlèvera la prothèse le temps de la cicatrisation (ou soulagera l'appui en diminuant la durée de port de la prothèse).

Le patient devra surveiller aussi la cicatrice car, en cas d'adhérence, des ampoules risquent de se produire (la peau ne glissant plus sur les plans sous-jacents) ; et la mobiliser (ou voir un médecin) si besoin est. En cas de rougeur, le patient effectuera des frictions avec de l'alcool camphré et utilisera, pour la transpiration, de l'acide borique ou des produits utilisés pour les pieds.

3. 3. Entretien du matériel

Le jersey, lors du port de la prothèse provisoire, doit être nettoyé tous les jours: le mieux est d'en posséder deux, ce qui permet d'alterner. L'intérieur de la prothèse sera également nettoyée quotidiennement à l'alcool à 30° (vendu en pharmacie) et bien séchée.

Le patient doit veiller à :

- ne pas aller à l'eau avec la prothèse,

- ne pas laisser la prothèse près d'une source de chaleur (radiateur, derrière une vitre de voiture...),

- conserver la prothèse en bon état : de ne pas la faire tomber et de prévenir son centre d'appareillage lors de toute défaillance du matériel (vis mal serrées, câble fendu...).

Si le patient utilise de l'eau de Cologne pour laver l'intérieur de sa prothèse, il ne doit pas en mettre sur le moignon (risque de brûlure en cas de plaie).

4. PHASE POST-APPAREILLAGE

4. 1. Port de la prothèse

Ce port sera progressif en durée : quelques heures le premier jour, toute la journée ou un maximum à la fin de la première semaine. Pour la marche, la prothèse sera mise une demi-heure au début (enlevée pour différents exercices mais remise pour tout travail d'appui) puis la durée de port augmentera régulièrement, en fonction du périmètre de marche. Lors de l'acquisition de la prothèse définitive, celle-ci sera portée toute la journée, non la nuit.

Pour les escaliers, le patient se placera à côté de la rampe (qui doit être si possible du côté de la prothèse). S'il se sert encore de cannes anglaises une seule sera utilisée, celle du côté opposé à la rampe donc opposé à la prothèse (l'autre canne sera soit maintenue en même temps que la rampe, dans la même main, soit mise en bandoulière sur l'épaule grâce à une aide technique) :

- la montée se fera en avançant le pied, la prothèse puis la canne,
- la descente se fera en avançant la canne, la prothèse puis le pied.

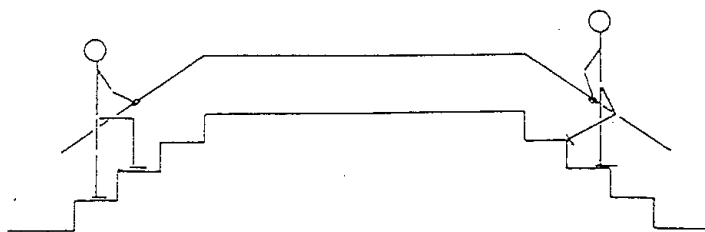


Figure 6 : Montée et descente des escaliers.

4. 2. Défaillances, principaux défauts

Les principaux défauts rencontrés sont :

- un port irrégulier de la prothèse,
- un mauvais chaussage, un moignon mobile à l'intérieur de l'emboîture (d'une prothèse provisoire),
- une emboîture tournée par rapport au genou ou au pied.

Certaines défaillances sont observées :

- un genou grippé, qui se bloque mal,
- une vis mal serrée,
- un câble fendu.

Une attention au matériel, une surveillance quotidienne devront être effectuées par le patient afin d'améliorer le port et l'utilisation de la prothèse.

4. 3. Questions sociales

4. 3. 1. Les ressources

Selon le cas des allocations, rentes ou pensions sont en totalité versées à toute personne ne pouvant plus subvenir ou partiellement à ses besoins par le travail :

- la rente A.T. (Accident du Travail) pour les victimes d'un A.T.,
- l'A.A.H. (Allocation aux Adultes Handicapés) est versée par la C.A.F. (cf. 4. 3. 6) pour toute personne ne justifiant pas d'un nombre suffisant d'années de travail antérieures à la maladie ou à l'accident,
- la pension d'invalidité pour les anciens salariés (versée par la Sécurité Sociale),
- les indemnités versées par une compagnie d'assurance (sous forme de rente ou capital) pour les victimes d'accident de la route,
- l'A.C.T.P. (Allocation Compensatrice Tierce Personne).

4. 3. 2. Le financement des prothèses

Les prothèses standard, provisoires et définitives, sont confectionnées et prises en charge par le centre d'appareillage (par la Sécurité Sociale). Certaines prothèses plus élaborées (telle la prothèse Utah) ne sont pas remboursées mais peuvent faire, tout comme l'aménagement du logement, l'objet d'un dossier de financement propre à chacun auprès de différents organismes susceptibles d'être sollicités (cf. 4. 3. 6).

4. 3. 3. L'aménagement du logement

Des petites aides techniques (le couteau-fourchette, le tapis anti-dérapant, le dessous de plat anti-dérapant...) aux aménagements plus importants (surélévation des W-C...), si les premières sont remboursées en totalité ou partiellement par la Sécurité Sociale, l'aménagement spécifique du logement est souvent plus coûteux et plus difficile à financer.

Le patient peut faire appel à l'A.L.G.I., à la mission relai de la C.R.A.M. (cf. 4. 3. 6), à la Sécurité Sociale en prestations extra-légales, aux caisses de retraite... et d'autres caisses selon les personnes.

Là aussi, ce projet peut se monter avec l'aide d'une assistance sociale, du C.A.L. ou d'une association (cf. 4. 3. 6).

4. 3. 4. Le permis de conduire

Il n'est pas obligatoire, dans tous les cas, de repasser un permis de conduire. Il suffit de se renseigner à la préfecture, de remplir une demande de permis de conduire "B aménagé". Le patient passera une visite médicale à la suite de laquelle des aménagements nécessaires au niveau de la voiture seront demandés. Puis le patient passera devant un expert avec la voiture et les aménagements pour vérifier la bonne conduite du véhicule (annexes IX et X).

Il existe alors deux possibilités :

- soit il pourra reconduire et le permis "B aménagé" lui sera délivré,
- soit il ne le pourra pas et il sera obligé de reprendre des leçons de conduite (dans une auto-école).

Les aménagements ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale mais des prises en charge sont possibles, pour frais professionnels :

- soit en prestations extra-légales (à la Sécurité Sociale),
- soit par un financement de l'A.G.F.I.P.H. (cf 4. 3. 6),
- soit par une allocation spécifique dont la demande est étudiée par la C.O.T.O.R.E.P. (cf. 4. 3. 6).

Il sera nécessaire de se renseigner auprès de ces organismes ou d'une assistante sociale pour l'instruction du dossier demandé.

4. 3. 5. La carte d'invalidité

Elle ne concerne que les personnes ayant un taux d'invalidité reconnu par la C.O.T.O.R.E.P. d'au moins 80 %.

Elle apporte certains avantages :

- l'exonération de la vignette automobile (si mention SDP : station debout pénible),
- l'exonération de la taxe de télévision (pour les non imposables),
- une demi-part supplémentaire aux impôts.

Les titulaires de cette carte peuvent demander à la D.D.A.S.S. (cf. 4. 3. 6) du département le macaron GIC (grand infirme civil) qui permet l'accès au stationnement réservé aux handicapés.

4. 3. 6. Adresses utiles

Dans tous les cas, le patient ne doit pas faire ses démarches seul, il existe des services spécialisés pour le renseigner et le guider :

C.R.A.M. du Nord-Est (Caisse Régionale d'Assurance Maladie)

85, rue de Metz 54000 NANCY tel. : 83.34.49.49

C.P.A.M. (Caisse Primaire d'Assurance Maladie)

5, bd. Joffre 54000 NANCY tel.: 83.85.50.00

F.N.A.T.H. (Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés)

78, pl. Colonel Driant 54000 NANCY tel. : 83.35.51.76

A.P.F. (Association des Paralysés de France)

31, rue haut bourgeois 54000 NANCY tel. : 83.32.35.20

A.G.F.I.P.H. (Association de Gestion et de Financement de l'Insertion Professionnelle des Handicapés)

- 181, avenue de Strasbourg 54000 NANCY tel. : 83.37.25.42
 A.L.G.I. (Association pour le Logement des Grands Infirmes)
- 6, rue Sainte Thérèse 67118 GEISPOLSHHEIM tel. : 88.67.84.91
 C.A.L. (Caisse d'Allocation aux Logements)
- 160, rue Saint Dizier 54000 NANCY tel. : 83.32.22.86
 C.O.T.O.R.E.P.
 (Commission Technique d'Oriention et de Reclassement Professionnel)
- bd, Europe Centre Cial les Nations 54000 NANCY tel. : 83.50.39.50
 F.F.H. (Fédération Française Handisport)
- 42, rue Louis Lumière 75020 PARIS tel. : (1) 40.31.45.00
 D.D.A.S.S. (Direction Départementale d'Action Sanitaire et Sociale)
- 4, rue Bénit 54000 NANCY tel. : 83.17.44.44

5. CONCLUSION

Ce travail a été réalisé grâce aux échanges avec le personnel soignant, administratif (du centre de réadaptation fonctionnelle de Gondreville) et surtout avec les patients amputés qui, par leurs questions et leurs réflexions, nous ont permis d'améliorer notre travail personnel (la bibliographie étant très pauvre), de répondre plus précisément aux attentes de ces patients.

Toute rééducation comprend une part de conseils, de pédagogie qui pourront être, dans le cas des amputés, matérialisée dans un proche avenir par un fascicule ou, pourquoi pas, résumée par une cassette audio-visuelle ; le but du premier sera d'être distribué à chaque amputé, d'être un aide-mémoire permanent et personnel, tandis que la deuxième pourra être diffusée dans une salle d'attente ou dans un lieu commun (dans le cas d'un centre de réadaptation par exemple).

BIBLIOGRAPHIE

1. HUMM, W.

Rehabilitation of the low limb amputee ; Tindall - Cassel.

London, Baillière, 1965.

2. LESCOEUR, J.E.

Le moignon...de l'amputation à l' appareillage.

Paris, Masson et Cie, 1967.

3. LITTLE, J.M.

Major amputations for vascular disease.

Edinburgh, ch. Livingston, 1975.

4. MUILENBURG - ALVIN, L.

Do not.

in "A manual for below-knee amputees" ; Bennett, A. - Wilson, Jr.

Houston, 5 ; 1980.

5. PAQUIN, J.M. - ANDRE, J.M. - BENEZET, P. - MARTINET, N.

L'appareillage et les principes de la rééducation de l'amputé fémoral âgé.

Paris, Masson, 1989.

6. SIMONET, J. - PENINOU, G.

Le renforcement musculaire.

Kinésithér. Sci. 259 : 25-40 ; 1987.

ANNEXE I

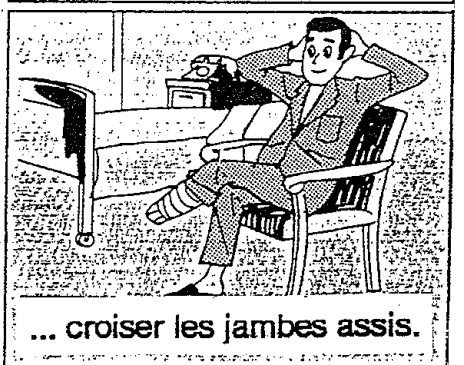
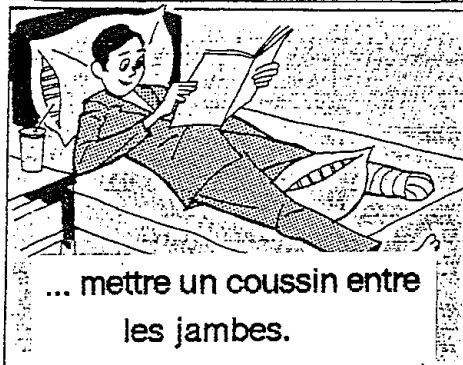
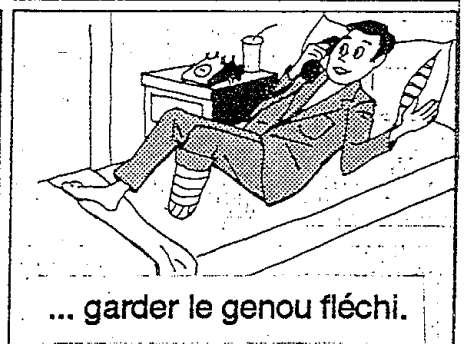
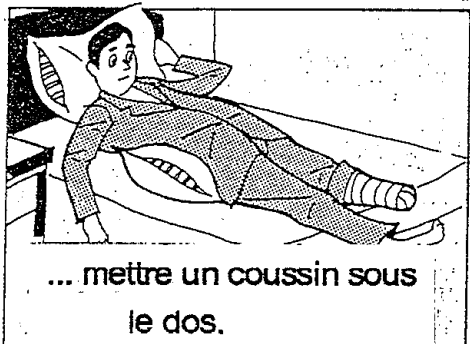
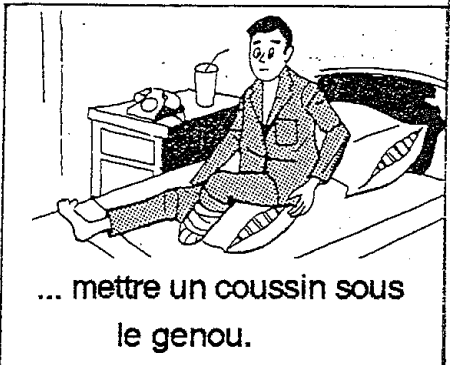
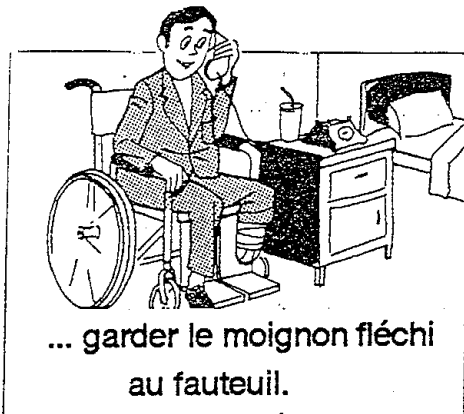
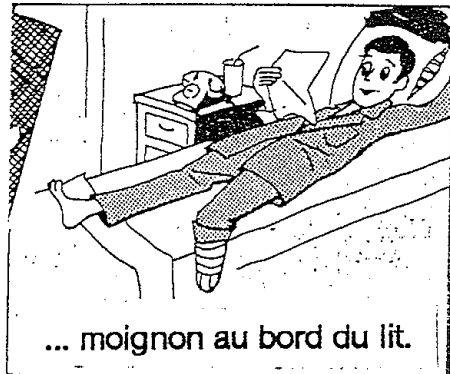


Figure 7 : Positions à éviter.

ANNEXE II

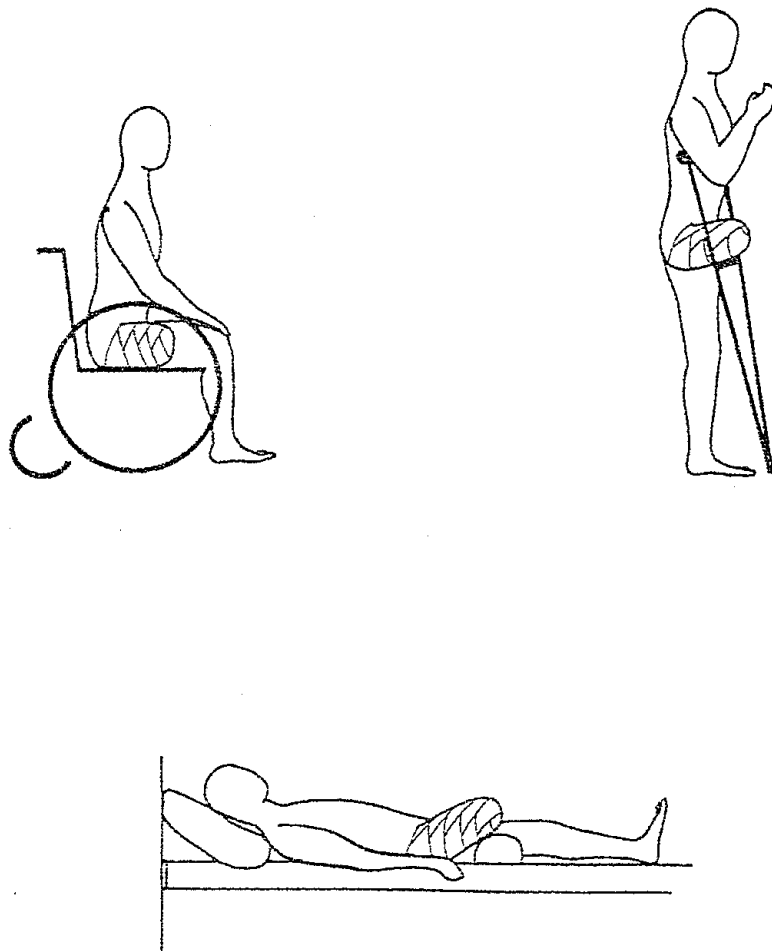


Figure 8 : Positions à éviter.

ANNEXE III

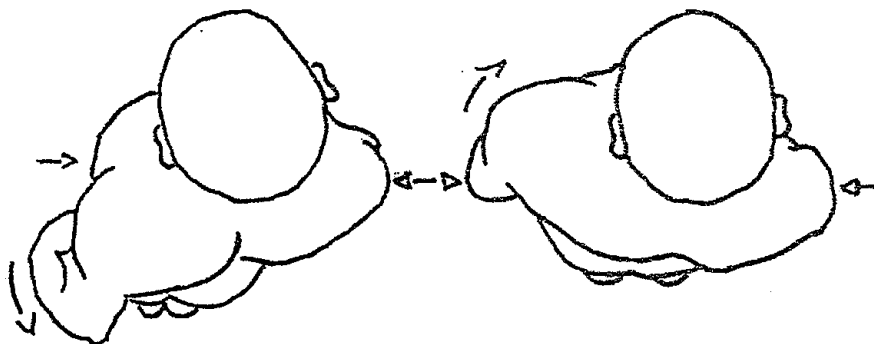
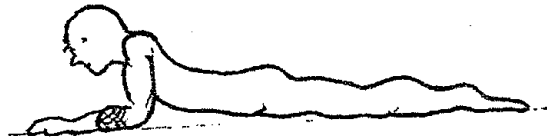


Figure 9 : Prévention du mal du dos.

ANNEXE IV

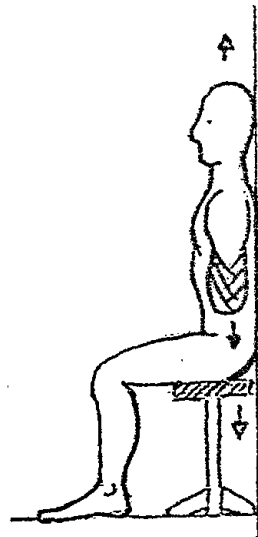
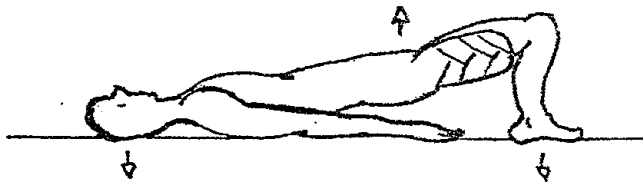


Figure 10 : Prévention du mal du dos.

ANNEXE V



Figure 11 : Mise d'une prothèse provisoire fémorale.

ANNEXE VI



Figure 12 : Une prothèse provisoire fémorale.

ANNEXE VII



Figure 13 : Moignon tibial.



Figure 14 : Mise du jersey.

ANNEXE VIII



Figure 15 : Mise du bonnet.



Figure 16 : Mise de l'emboîture.

ANNEXE IX



VÉHICULES DE BASE :

avec transmission automatique
R5 - CLIO - R19 - R21 - R25

Commandes manuelles
Cercle accélérateur et frein principal

DESCRIPTION :

• Cercle accélérateur et frein principal à main droite. L'accélération s'obtient par poussée du cercle vers le volant • L'action de freinage s'obtient par la poussée d'un levier à main droite ou gauche.

CARACTÉRISTIQUES :

• Cercle accélérateur ergonomique avec revêtement mousse. Il peut être actionné avec une ou deux mains sans lâcher le volant • L'efficacité du freinage manuel par levier est en tous points conforme au freinage d'origine • Les fonctions d'origine frein et accélérateur au pied restent inchangées.
• Garantie :
Pièces 3 ans. Main d'oeuvre 1 an.

Frein de parking à commande électrique

VÉHICULES DE BASE :

Renault super 5 - Clio - Renault 19
Renault 21 - Renault 25

DESCRIPTION :

Frein électrique de parking commandé électriquement par un interrupteur sur la planche de bord.
Un vérin actionne le levier d'origine du frein.

CARACTÉRISTIQUES :

• Agit en tout ou rien.
• Les fonctions d'origine du frein à main sont conservées.
• Garantie adaptateur :
Pièces 3 ans. Main d'oeuvre 1 an.

Allumage automatique des feux de croisement en accès parking

VÉHICULES DE BASE :

Tous modèles gamme Renault.

DESCRIPTION :

Les feux de croisement et veilleuses s'allument automatiquement dès l'obscurité par l'intermédiaire d'une cellule photo-électrique placée dans un angle du pare-brise.

CARACTÉRISTIQUES :

• L'utilisation des codes et veilleuses reste inchangée.
• L'extinction se fait automatiquement dès que la lumière du jour réapparaît après une temporisation de 10 secondes.
• Garantie :
Pièces et main d'oeuvre 1 an.

Figure 17 : Aménagements du véhicule.