

Introduction au séminaire appareillage

La personne appareillée 6 idées fortes – points de vigilance

Professeur J. PAYSANT

Séminaire Appareillage

Enseignement National du DES de Médecine Physique et de Réadaptation
et DIU Médecine de Rééducation



Appareillage de traitement
Appareillage de vie

à réparer et à compenser

INDIVIDU

Appareillage
Les technologies
de compensation
« PAO/GAO et VPH... »

Remettre en adéquation

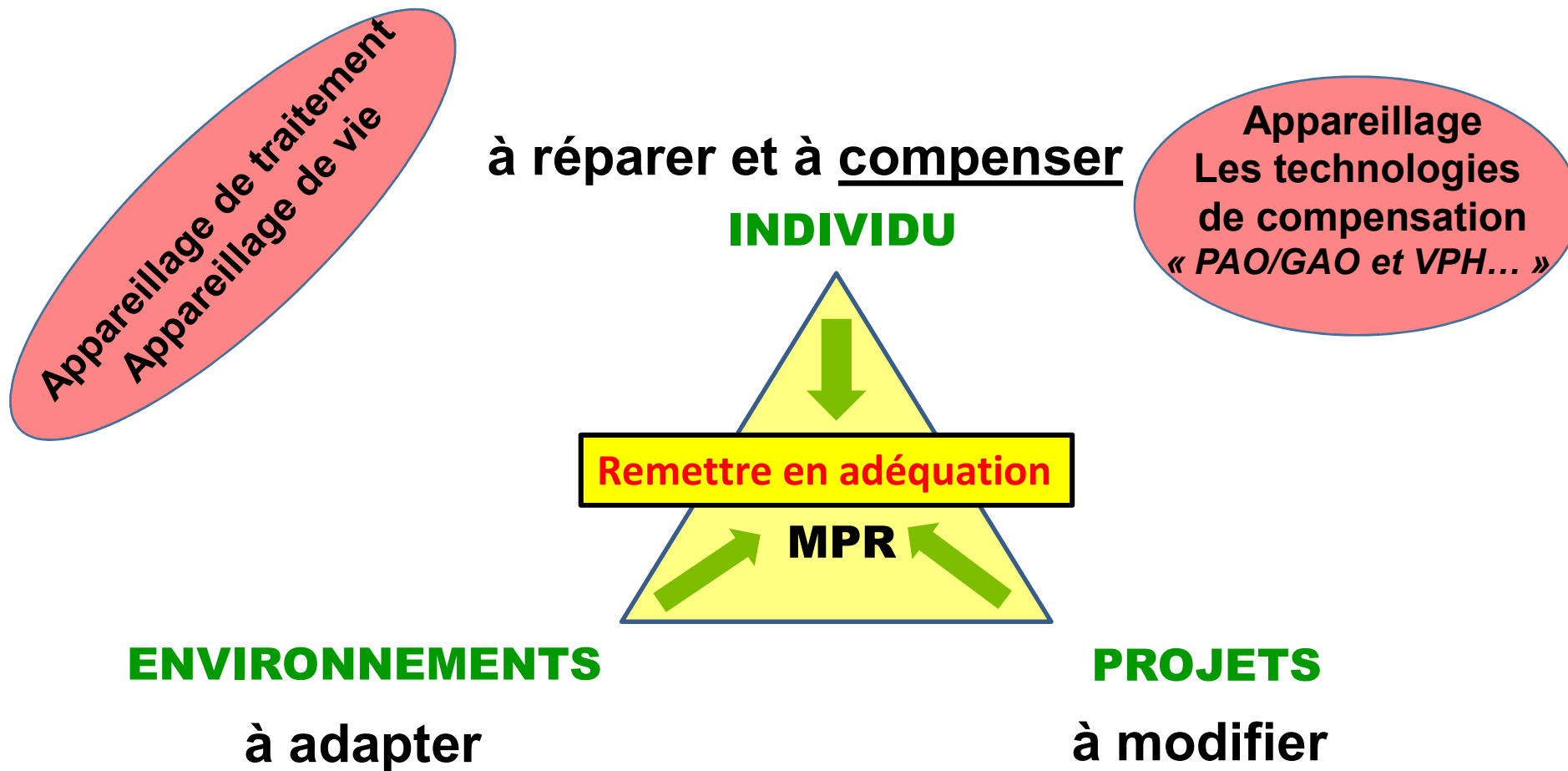
MPR

ENVIRONNEMENTS

à adapter

PROJETS

à modifier



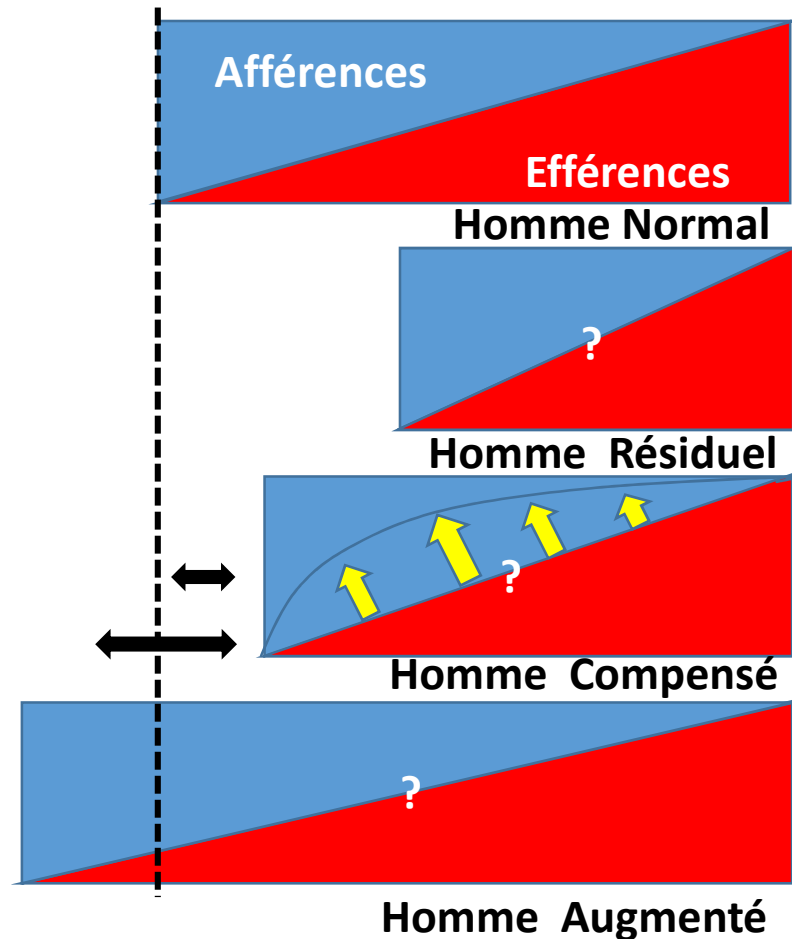
Idée 1 : interaction évolutive des composantes de la situation de handicap

- L'indication de l'appareillage dépend :
 - certes de l'individu (lésions, incapacités)
 - et fondamentalement du projet et environnement.
- La personne appareillée se transforme :
 - certes, dans sa physiologie/fonction
 - mais aussi dans son anatomie/structure (évolution cutanée, vasculaire, musculaire, osseuse...)

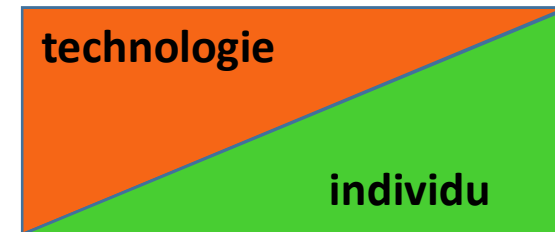
Idée 2 : vers la fusion du couple «Biologie-Technologie»

- Interaction c'est à dire dialogue (échanges d'informations) entre le patient et son appareillage.
- Ceci modifie l'individu
 - dans ses appareils effecteurs,
 - dans ses appareils de commande et ses afférences, ses régulations SM
 - => Néo-neurophysiologie
 - => Néo-anatomie
- Effets réciproques entre « individu/appareillage »
 - que le DM soit «distant» et passif (ex : fauteuil roulant/aides techniques voire orthèses)
 - que le DM soit intégré et actif $\pm$ intelligent (ex : prothèses et certaines orthèses...)

Interactions individu / technologie



[Technologie modifiée par individu]



Individu modifié par technologie



Sensori/Moteur ou Perception/Action
Compensation de la fonction > rétro-information

Idée 3 : l'appareillage et le degré de changement de la commande

- Un changement de commande de la fonction peut survenir depuis l'événement (traumatisme, maladie...)
 - soit le même principe de commande, avec simple adaptation (ex : orthèse releveur de pied, orthèse tronc, ...)
 - soit un autre principe de commande (ex : fauteuil roulant manuel, prothèses AMS...)
- Si nouveau principe de commande : quel degré d'automatisme ?
Quel degré de transparence ?
Coût cognitif, coût énergétique, etc... ?

Idée 4 : Observance, apprentissage et usage de l'appareillage

- L'observance est le critère de pertinence (a posteriori !!)
= discussion patient/attentes et transparence patient/médecin sur effets attendus.
- Apprentissage d'autant plus qu'il existe une nouvelle commande
 - rôle des compétences paramédicales, feedback ++ multimodal
 - rôle du temps d'usage, encouragement, persévérance
 - prise de conscience/compréhension + répétition, vers automatisaton et optimisation
- Appareillage intégré ? fusionné ? Intégrations « corporelle », fonctionnelle, situationnelle

Idée 5 : L'effet à distance, la surcharge, le vieillissement l'appareillage-problème (≠ l'appareillage-solution !)

- Effet à distance de la zone appareillée (ex : membre controlatéral, membre inférieur/membre supérieur, rachis, ...)
- Effet de surcharge sur des structures adaptées (ou non adaptées) , effet de vieillissement...
- S'exprime par essentiellement par l'usure : douleurs, incapacités fonctionnelles...

Idée 6 : apport du médecin MPR, son rôle pour la personne appareillée

- Médecins des diagnostics : lésionnels (partagés avec autres médecins) mais surtout fonctionnels et situationnels (partagé avec les professionnels paramédicaux de la réadaptation) / appareillage
- Médecin du pronostic / Médecin des OBJECTIFS
- Médecin du suivi, médecin de prévention secondaire
- Médecin prescripteur de l'appareillage (réglementaire) ou plus exactement co-prescripteur de l'appareillage (avec orthoprothésistes pour GAO : conception du DM)

