

« L'interface »

Frédéric Lamandé, Olivier Salze et Jacques Sénégas-Rouvière - Hôpital Villiers Saint Denis

Une « philosophie » dans les activités sportives à l'hôpital Villiers Saint Denis :

1. Introduction

A l'hôpital Villiers Saint Denis, sur l'initiative de Frédéric Lamandé, rééducateur, brevet d'état d'éducateur sportif « handicapés physiques », nous avons réalisé depuis 1989, pour des patients handicapés, amputés pour la plupart, de nombreux stages sportifs dans onze disciplines différentes, allant de la plus simple à organiser à la plus compliquée : tir, tir à l'arc, hockey en fauteuil roulant, canoë-kayak, multisport, parachutisme, équitation, pratiqué à la journée jusqu'à l'alpinisme, le ski, la plongée sous-marine et le parapente, sur une semaine ; en tout, 130 stages pour 1050 stagiaires, à l'heure actuelle.

Evidemment, hormis certaines pratiques très pointues nécessitant une expérimentation, nous demandons aux stagiaires de pratiquer l'activité sportive absolument seul et non pas en « tandem ».

Ces activités, parfois très prenantes pour les patients, mais toujours extrêmement enrichissantes, sont basées sur une philosophie : l'interface.

2. L'interface

2.1. Généralité

Ces activités se font sur la base du sport-loisir, même si, parfois, elles n'en ont que le nom.

En effet, très peu de personnes valides pratiquent un sport de façon « professionnelle ».

Pour pratiquer ces sports-loisirs, nous voulons que le patient n'ait pas à modifier ou à changer sa prothèse de tous les jours.

Ceci apporte une autonomie immédiate et optimale de la personne handicapée et évite d'avoir à mettre, pour tel sport, telle prothèse.

Il ne faut pas, non plus, modifier le matériel de l'activité. Cela permet au patient de pratiquer immédiatement son sport, sans se mettre en danger, du moins, pas plus qu'un pratiquant valide.

Si une adaptation est nécessaire, il faut penser à ajouter un élément entre le patient et le matériel de l'activité, c'est à dire penser à l'interface.

Cette interface aura toujours, et en priorité, une fonction qui ne bride absolument pas la sécurité du patient.

Le patient aura un niveau de sécurité, pendant la pratique, au moins égal, voire plus important, que celui qu'aurait une personne valide.

2.2.L'interface : une réalité

Si aucune adaptation n'est nécessaire, l'interface n'a pas lieu d'être.

Il restera aux stagiaires à s'entraîner dans l'activité (exemple : le tir pour une personne amputée de jambe).

Mais cette interface peut être :

- un objet complexe, créé pour cela, servant de lien entre le patient et le matériel (les skis-assis, bien connus, en sont les prototypes) ou entre le patient et une partie de l'activité. Nous en avons créé ou mis en place plusieurs à l'hôpital Villiers Saint Denis :
 - o le déclencheur de téléski, pour les personnes désarticulées de hanche, qui n'ont pas de moignon de cuisse, permet de prendre un téléski sans problème. Ce déclencheur est double (validé en navigation). Il permet, si l'on en tire un, de se décrocher, arrivé en haut. Le deuxième peut être déclenché en cas de problèmes et permet de se séparer totalement du téléski ;
 - o un accrocheur dans le kayak, pour des personnes désarticulées de hanche. N'ayant pas d'accroche d'un côté et donc ne maîtrisant pas le kayak, elles ne peuvent « eskimoter » (se retourner et remonter avec le kayak). Cet accrocheur compense tout cela, permet de faire corps avec l'embarcation et de pouvoir s'extraire beaucoup plus facilement qu'un valide ;
 - o une barre de pilotage pour le parapente. Elle permet la maîtrise, la conduite et le freinage d'un parapente pour les personnes amputées unilatérales de bras ;
 - o une sellette de montagne, dans le parapente, pour les personnes désarticulées de hanche, permettant de désolidariser les deux membres inférieurs. Lors des premières expérimentations, nous avons créé un dispositif permettant de plier le genou de la prothèse lors de l'atterrissage. Ce dispositif s'est finalement avéré inutile dans la pratique. Il nous a, au moins, permis de réfléchir.
- un objet simple mais qui permet à certains de pratiquer ou de résoudre des problèmes :
 - o un pignon fixe sur un tricycle pour les personnes amputées bilatérales de cuisse, leur permettant de faire demi-tour, dans les endroits étroits, sans descendre de vélo ;
 - o un maintien de type élastique, que l'on retrouve dans l'équitation pour tenir le pied de la prothèse dans l'étrier, dans le canoë-kayak pour tenir la pagaie dans la main prothétique, dans le parapente pour maintenir les commandes dans la main de la prothèse myo-électronique ;
 - o un lestage, dans le kayak pour rattraper le poids perdu du côté du membre inférieur amputé (amputation de cuisse ou désarticulation de hanche).
- une adaptation :
 - o la répartition des poids de la ceinture, rajoutée en plongée sous-marine, en alourdissant plus le côté valide (2/3 du poids environ) ;

- un maintien, plus prononcé, de la prothèse au corps du patient, par des bandes collantes dans le parapente ou le ski. Même si, avec les prothèses plus modernes (manchon silicone pour les personnes amputées de membres supérieurs, manchons silicone ou en co-polymère avec accrochage distal pour les personnes amputées de membres inférieurs), cela devient de moins en moins nécessaire ;
- le fauteuil roulant ou la chaise que l'on va amener afin que les personnes amputées bilatérales de cuisse puissent tirer à l'arc ou aux armes sans problèmes et sans fatigue excessive.

Mais, au lieu d'objet, l'interface peut, aussi se résumer à des exercices que l'on fera faire au patient :

- des exercices de rééducation :
 - de type réadaptation : comme la pratique du cerf-volant, dans le parapente, lorsque la météo n'est pas favorable. Les membres inférieurs doivent s'adapter au sol, alors que l'esprit de la personne amputée est occupé à faire manœuvrer le cerf-volant ;
 - de type proprioceptif : dans le parapente aussi, afin que les personnes amputées de membre supérieur sachent monter leur main prothétique au même niveau que leur main saine, sans l'aide de la vue.
- des entraînements spécifiques à l'activité :
 - dans le parapente, l'entraînement en pente-école, pour les personnes amputées, peut s'avérer beaucoup plus long que pour une personne valide (pouvant aller jusqu'à 12 jours pour une personne désarticulée de hanche) ;
 - le cramponnage et le maniement du piolet, en alpinisme, est plus long et plus méticuleux chez une personne amputée que chez une personne valide.

Enfin, l'interface finale sera la pratique pure de l'activité quand le patient saura « faire », le plus parfaitement possible, la partie de « base ».

Cette pratique deviendra absolument nécessaire si l'on veut « pratiquer » à un certain niveau et se « défaire » de l'encadrement de « base ».

3. La sécurité

Bien sûr, cette interface doit, comme nous l'avons déjà dit, apporter une sécurité maximale.

Demander à quelqu'un de retirer sa prothèse (se faire ré-amputé) peut passer pour un déchirement. Mais, celle-ci peut présenter, parfois, de tels inconvénients, majeurs, engageant la vitalité ou l'intégralité physique de la personne, que nous y sommes obligés :

- retirer la prothèse de cuisse ou la prothèse d'une personne désarticulée de hanche pour pratiquer le ski ; sinon à la première chute, ce sera une fracture de hanche, côté amputé, chez la personne amputée de cuisse ou une « fracture » de la prothèse chez la personne désarticulée de hanche ;

- retirer la prothèse de membre inférieur, quel que soit le niveau d'amputation, dans la pratique du kayak, car la personne amputée peut rester coincée dans l'embarcation ;
- retirer la prothèse de cuisse ou de désarticulation de hanche dans la pratique de la plongée sous-marine, pour la gêne à la mobilité qu'elles occasionnent.

De même, il faut absolument retirer la prothèse myo-électronique afin de la préserver du milieu humide dans les activités comme le canoë-kayak (et mettre une prothèse esthétique pour saisir la pagaie) ou la plongée sous-marine.

4. Conclusion

Intégrer un « club » d'activité sportive est certainement déjà, une première interface. Les gens y connaissent le matériel et l'activité.

Ajouter une personne connaissant le sport pour personnes handicapées est un plus qui assure une vision extrêmement sécuritaire, surtout pour les débutants.

Mais, chemin faisant, la personne handicapée acquièrera des apprentissages qui la rendront plus autonome, se séparant même de certaines interfaces devenues inutiles et remplacées par l'expérience, voire par l'évolution des prothèses.

Là, pour cette personne, s'ouvriront de nouveaux horizons dans « le sport » qu'elle aura choisi et elle n'aura plus besoin de personne.