



Actes du congrès 2006

Book of Abstracts 2006

TRAINING AND OUTCOMES WITH TARGETED HYPER REINNERVATION NERVE TRANSFER SURGERY TO ENHANCE MYOELECTRIC CONTROL.

Stubblefield, K.A.¹, Kuiken, T.A.^{1,2}

¹Neural Engineering Center for Artificial Limbs, Rehabilitation Institute of Chicago

²Dept. of PM&R, Feinberg School of Medicine, Northwestern University

Targeted Reinnervation has been shown to enhance control of a myoelectric prosthesis in transhumeral and shoulder disarticulation research subjects. The rationale for the surgery lies in transferring the intact brachial plexus nerves of the residual limb to remaining unused muscle. Control of the prosthesis can then be accomplished through recording of the signals with EMG, thereby avoiding the challenges of direct neural recording directly from the weak signals of the residual brachial plexus nerves. The resultant control can accommodate currently available prosthetic components and no surgically implanted hardware is required to amplify the nerve signal. The surgery will be described generally and as it relates to a transhumeral and a shoulder disarticulation subject. Resulting control to date is derived from myoelectric sites supplied by the Musculocutaneous, Median, Radial and Descending Branch of the Radial Nerve. Control is physiologically related to the users movement intention. The user can perform simultaneous movements at multiple joints with the prosthesis. The outcome measures used to compare the pre-operative, conventional myoelectric control with the experimental prosthesis include: The Box and Blocks, The Clothespin Relocation Task and the Cubicle Reach and Retrieve (for both subjects). Additionally, the transhumeral subject performed the Assessment of Motor and Process Skills; Nine Miscellaneous Bimanual ADL Tasks; and Ten Tasks from the University Of New Brunswick Test Of Prosthetic Function. There will be discussion of these measurement tools, how they were modified to meet the needs of our research project, and why they were developed or chosen. Finally, the outcomes for the two subjects will be presented, with time for discussion.

EVIDENCE BASED REVIEW OF REHAB OUTCOMES FOLLOWING AMPUTATION.

Présentateurs: Dr Jackie S. Hébert, MD, FRCPC, Glenrose hospital, University of Alberta

The Amputation Rehabilitation Evidence-Bases Review (AmpEBR) projet is a systematic and comprehensive review of the evidence across the field of amputation rehabilitation. The two primary objectives are firstly to identify those areas where the research evidence is strong and should be transferred rapidly and effectively to improve existing programs and services and secondly to identify the priority areas in which strong evidence for effectiveness is lacking and therefore more research is required. This methodology was applied to investigate the area of rehabilitation outcomes following amputation. The topics reviewed in amputation rehabilitation include models of rehabilitation delivery, therapy approaches, function, mobility and balance, prosthetic fitting, vocational outcome, and long term complications. This presentation will review the evidence or gaps in research in these areas of amputation rehabilitation outcomes.

LA BACTÉRIE MANGEUSE DE CHAIR, FAUT-IL AMPUTER?

Présentateur : Dr Stéphanne Pelet, MD, PhD, professeur de clinique

CHEMINEMENT CLINIQUE DE RÉADAPTATION INTENSIVE POUR LA CLIENTÈLE AMPUTÉE D'UN MEMBRE INFÉRIEUR : DÉVELOPPEMENT ET UTILISATION

Présentateur : Denis Phaneuf, erg., M.A.P., Institut de réadaptation de Montréal

Le Programme troubles locomoteurs-amputés de l'IRM a développé un cheminement clinique pour sa clientèle des personnes amputées d'un membre inférieur. Ce cheminement découle évidemment de la programmation du Programme et est en lien avec le cadre conceptuel du processus de production du handicap (PPH). La démarche d'élaboration est brièvement présentée puis les objectifs et les activités qu'il contient sont discutés. La présentation permet aussi d'avoir un aperçu de la façon dont l'équipe fait le suivi des objectifs (rencontre hebdomadaire, PII, etc.) et des multiples traitements, activités et ressources disponibles (traitements spécifiques, groupes, sorties, etc.).

DES STIMULATIONS PROPRIOCEPTIVES PROLONGÉES POUR CORRIGER L'ASYMÉTRIE POSTURALE DES PERSONNES AMPUTÉES D'UN MEMBRE INFÉRIEUR

Présentateur : Cyril Duclos, masseur-kinésithérapeute, stage postdoctoral, CRIR, Institut de Réadaptation de Montréal

Les personnes amputées d'un membre inférieur présentent une asymétrie posturale en position debout. Leur prise d'appui est souvent inégale entre les deux membres inférieurs, au détriment de l'appui sur la prothèse. Or une modification orientée et involontaire de la posture debout peut être induite, pendant plusieurs minutes (i.e. post-effets), chez des sujets non-amputés par une vibration musculaire ou une contraction isométrique volontaire de 30s de muscles posturaux. Nous avons donc appliqué ces 2 interventions chez des personnes amputées et contrôles pour déterminer si les personnes amputées éprouvent ces posteffets et si leur asymétrie posturale peut ainsi être réduite. Les résultats révèlent que la posture statique et dynamique des personnes amputées était modifiée yeux ouverts ou fermés pendant plusieurs minutes suite aux interventions. L'appui sur la prothèse peut donc être augmenté involontairement chez les personnes amputées, mais l'effet à long terme et l'utilisation répétée de ces stimulations devront être vérifiés.

UTILISATION DU CHIEN D'ASSISTANCE PHYSIQUE POUR LA RÉÉDUCATION À LA MARCHÉ (RÉSUMÉ D'EXPÉRIENCES AVEC LA CLIENTÈLE ADULTE AU CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE)

Présentateur : Anick St-Jean, pht, CRE

L'utilisation d'un chien d'assistance physique en thérapie avec la clientèle adulte a débuté à l'été 2003. Le projet était déjà actif au programme enfants du Centre de Réadaptation Estrie (CRE) depuis 2001. MIRA nous a proposé Cactus et nous avons réalisé le potentiel prometteur de cette approche.

Nous aborderons l'historique du projet, la présentation des chiens d'assistance physique, les types de professionnels utilisant le chien comme modalité thérapeutique, la clientèle visée ainsi que les objectifs thérapeutiques.

Il faut noter que seul l'aspect « motricité globale : entraînement à la marche » sera approfondi, et ce avec les personnes amputées ou ayant eu un accident cérébro-vasculaire. Nous décrirons les principes de base lors de l'entraînement à la marche avec le chien en utilisant des vidéos commentés. Les règles d'utilisation du chien en thérapie seront décrites brièvement.

LA PRÉVENTION DES INFECTIONS EN RÉADAPTATION CHEZ LA CLIENTÈLE AMPUTÉE:QUELS DÉFIS !

Présentateurs : Manouche Casimi, inf. r et Lucie Guimont inf, IRM

La lutte pour la prévention des infections est une préoccupation quotidienne dans les centres hospitaliers. Des mesures de surveillances sont mises sur pieds pour contrôler sinon pour diminuer les risques de transmission des infections nosocomiales dans ses milieux de soins . Malgré tous ses efforts , il arrive que des patients admis en réadaptation soient porteur de bactéries multirésistantes. Les personnes amputés en réadaptation fonctionnelle intensive n'échappent pas à cette problématique.Ces personnes peuvent présenter des conditions médicales associées tels que cardio-vasculaire, néphropathie, diabète et plaies qui augmentent ces facteurs de risques de contamination.

De plus,le contexte de soins et services de réadaptation demande à cette clientèle de se déplacer à différents endroits dans l'établissement pour les thérapies: ergothérapie, physiothérapie , psychologie, service social etc. Les risques d'infections nosocomiales sont présents et font partis constamment de nos préoccupations . L'objectif est de vous présenter les mesures de prévention et de contrôle des infections mis sur pied dans notre établissement , la gestion au quotidien dans son application, les embûches, les pistes de solution ainsi que nos réflexions pour relever ce grand DÉFIS EN RÉADAPTATION!!

LE PIED VASCULAIRE, LE RISQUE D'AMPUTATION ET LE RÔLE DE L'APPAREILLAGE PRÉVENTIF ET CURATIF.

Présentateur : Dr Pierre Plante, MD Physiatre IRM

L'insuffisance artérielle des membres inférieurs touche 1% de la population entre 35 et 65 ans. À partir de 50 ans elle touche 9,5 - 12% de la population. La reconnaissance de l'insuffisance artérielle à son stade de début est essentielle. La prévalence de la claudication vasculaire est de 5% après 50 ans. Lorsque le malade devient symptomatique (stade de la claudication intermittente) la maladie est déjà très évoluée. Le corollaire de ce fait est que le corps médical doit faire l'examen clinique systématique à la recherche d'une insuffisance artérielle non symptomatique des membres inférieurs à partir de 35 ans. La mortalité annuelle des patients avec une ischémie des membres inférieurs est de 10 à 25%. La maladie vasculaire périphérique entraîne une diminution de l'espérance de vie de 10 ans. Le pied ischémique peut-être opposé au pied neuropathique. Le pied ischémique est froid, dépilé avec une érythrocyanose de déclivité et les ongles sont dystrophiques; les poulx sont amortis voire absents alors que la sensibilité est conservée. Parmi les facteurs de risque le tabagisme est le plus important car totalement éliminable. L'arrêt du tabagisme entraîne l'arrêt de la progression de la maladie artérielle. Chez le patient qui a déjà une amputation d'origine artérielle le risque d'amputation du côté opposé est d'environ de 35 % à 3 ans. Le meilleur traitement demeure la prévention. Elle passe par l'éducation du patient. Il faut lui enseigner les règles de protection (des traumatismes thermo-mécaniques) en terme simple et facile à retenir. Le patient doit faire l'auto-examen des pieds. Le chaussage doit permettre de protéger le pied des traumatismes externes et de tout conflit avec la chaussure. En fonction des déviations morphostatiques des pieds on considérera la nécessité de chaussures adaptées, d'orthèses plantaires ou d'orthèses plus complexe de type Sarmiento. La complexité de l'appareillage et du chaussage est fonction du stade et de la gravité de la maladie. L'appareillage au stade précoce de la maladie et aux différents stades diminue nettement le risque de plaies vasculaires qui comme on le sait finissent souvent en amputation.

L'UTILISATION DES RÉSULTATS DU AMP DANS LE PROCESSUS DE RÉADAPTATION

Présentateurs : Andrée Tremblay, pht à l'IRDPQ, Marie France Allen, conseillère en évaluation de programme.

Depuis 2004, un test d'évaluation du potentiel de mobilité est administré aux usagers du programme des personnes amputées de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ). Ce test appelé Amputee Mobility Predictor (AMP) donne des indications qui peuvent être utiles pour préciser les objectifs des plans d'interventions.

La présente communication vise donc :

- 1) À présenter les résultats de l'administration de ce test à un échantillon de quinze personnes, à quatre moments différents du processus de réadaptation.
- 2) À démontrer l'utilité de ce test dans la préparation des plans d'interventions.

Cette présentation permettra de faire le point sur la valeur ajoutée du AMP dans le processus de réadaptation des personnes amputées, tout en précisant quelques limites perçues à son utilisation.

GROUPE PAMI, DÉROULEMENT ET RÉSULTATS OBTENUS

Présentateurs : Virginie Perron, pht., Marjolaine Boulay pht., Hôpital de réadaptation Villa Médica

Projet clinique qui s'inscrit dans un cheminement professionnel qui nous a démontré que peu de ressources (en physiothérapie) sont disponibles lors du retour à domicile. En effet, peu d'alternatives s'offrent aux patients afin de leur permettre d'atteindre une autonomie supérieure, qui n'est possible qu'à moyen ou à long terme. C'est pourquoi ce groupe externe vise, à l'aide d'exercices spécifiques et d'enseignement, une diminution des craintes et appréhensions liées à la prothèse, une meilleure intégration de celles-ci dans la vie quotidienne, une qualité de vie supérieure et l'établissement de liens entre les clients. Nous tentons donc de faire un pont entre la réadaptation active et la réintégration sociale, en leur apportant un soutien de la part de professionnels et en leur permettant de partager leur expérience avec des personnes amputées qui font face aux mêmes obstacles. Nous vous présenterons les différentes approches utilisées ainsi que les résultats obtenus.

RÉADAPTER LE MEMBRE ABSENT : UNE NOUVELLE AVENUE POUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR FANTÔME.

Présentateur : Catherine Mercier, erg. PhD Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et en intégration sociale; Département de réadaptation, Université Laval

Malgré le fait que de nombreuses études aient documenté les réorganisations massives survenant au sein du cortex sensorimoteur après une amputation, la cause exacte du phénomène de membre fantôme demeure inconnue. L'un des aspects les plus étranges et les moins bien compris de ce phénomène est la capacité qu'ont parfois les personnes amputées de contrôler volontairement les mouvements de ce membre fantôme. Des études récentes suggèrent des liens entre les réorganisations corticales survenant suite à l'amputation, la capacité de bouger volontairement le membre fantôme et la douleur fantôme. L'objectif de cette conférence est de démontrer: (1) que les mouvements fantômes maintiennent une représentation au sein du cortex moteur suite à l'amputation malgré l'absence du membre physique, et (2) que l'activation de ces représentations, notamment via l'utilisation d'une approche de réadaptation visuo-motrice, peut parfois améliorer les capacités motrices du membre fantôme et réduire la douleur fantôme.

DISTAL BYPASS TO THE FOOT : 10 YEARS REVIEW EXPERIENCE IN PRIVATE PRATICE.

Présentateurs: Michel Legault, MD, FRCS' FACS; Nicola Aubré MD, FRCS, CSPQ

Summary: This is a retrospective chart review from january 1994 to january 2004 regarding distal bypass to the foot for ischemic rest pain and tissue loss. The aims of the study were to look at the type of reconstructino, the morbidity/mortalité of the procedure, the limb-salvage rate at 4 and 12 months and finally, the return to a normal lif style.

Method and results: 91 procedures wer done in 85 patients. The source of inflow was the k poplital artery in 63% of cases and the target vessel was, most of the time, the dorsalis pedis (44%). Most of the reconstructions were done with inverted GVS. The perioperative morbidity/mortality wer 12 % and 15 % respectively. The limb-salvage rate at 4 months was 82%, being essentially the same at 1 year. All patients who had a successful bypass and preserve thein limb did return home with a normal life style.

Conclusion: Distal bypass to the foot for ischemic rest pain and/or tissue loss is a technically demandin operation, but still gives very good fonctionnal results with a low amputation rate (18% at 4 months). This study compares favorably with other large North American studies. By using an aggressive approach with distal bypas, we can lower the amputation rate and therefore, the admission rate to a nursing home.

L'ATHLÈTE AMPUTÉ : LA SCIENCE AU SERVICE DE LA VOLONTÉ.

Présentateurs : Alessandro Telonio, étudiant au doctorat en génie mécanique, Centre de reserche sur le vieillissement - IUGS, Université de Sherbrooke, Québec

Le sport à haut niveau chez les personnes amputées est un défi soit du point de vue physique soit technologique. La problématique principale est liée au choix des composants qui constituent la prothèse et au correct positionnement. En particulier la prothèse doit seconder le mouvement de la personne plutôt que vice-versa. Un aide fondamental pour le correct alignement de la prothèse vient du domaine de l'analyse du mouvement et de la biomécanique. Grâce à ces outils en seulement 5 mois, les prestations d'un athlète qui devait participer aux Jeux Paralympiques d'Athènes en 2004 dans la catégorie F42 (saut en longueur) et T42 (200 m et 100m) sont améliorées de façon très importante. Parmi l'analyse biomécanique de la course et du saut, deux prothèses ont été conçues ad hoc en permettant à l'athlète de diminuer son temps sur le 100 m de 0.5 sec sur le 200m de 1 sec et de augmenter la distance sauté de environ 30 cm. L'athlète a gagné la médaille d'argent en saut en longueur et manqué celle de bronze en 100 m pour 9 centièmes de seconde.

LA CONCEPTION ET LA FABRICATION ASSISTÉE PAR ORDINATEUR (CAO/FAO) POUR LA RÉALISATION DE PROTHÈSES TIBIALES ET FÉMORALES.

*Présentateurs : Luc Dorval, ing., M.Sc., Édith Boulianne, technicienne en orthèses/prothèses,
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec*

L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ) utilise un système de conception et fabrication assistée par ordinateur (CAO/FAO) depuis plus de 5 ans pour la réalisation de prothèses tibiales et fémorales. L'acquisition de ce système a entraîné des changements importants dans les méthodes de travail des cliniciens, qui ont maintenant la possibilité d'éliminer l'utilisation du plâtre et ainsi réduire le temps de fabrication. La présentation porte sur l'intégration du système de CAO/FAO de la compagnie Tracercad, et plus spécifiquement sur la maîtrise des fonctions reliées à la fabrication de prothèses tibiales et fémorales. L'évolution de la méthode de prise d'empreinte, les étapes de modification du modèle ainsi que les défis qui attendent les utilisateurs de cette technologie seront exposés. L'avenir de la CAO/FAO dans le domaine de l'orthèse/prothèse est également une préoccupation abordée.

RÔLE DES INTERVENANTS DANS LE PROCESSUS D'ADAPTATION ET L'AJUSTEMENT À L'AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR

Présentateurs : Mélanie Couture, M.A. PhD (candidate), Chantal D. Caron, inf, PhD, Johanne Desrosiers, erg Ph.D, Centre de recherche sur le vieillissement.

L'amputation d'un membre inférieur engendre une multitude de situations stressantes dont une hospitalisation d'environ un mois à la suite de la chirurgie. Pour gérer le stress lors de l'hospitalisation, les personnes amputées déploient des stratégies d'adaptation, soit des efforts comportementaux et cognitifs pour minimiser le stress. Les ressources physiques, psychologiques, sociales et matérielles des personnes amputées sont des facteurs importants dans le processus d'adaptation. À titre de ressource sociale, les intervenants peuvent influencer, par leurs attitudes et leurs comportements, la perception de l'amputation ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées par les personnes amputées. Cette conférence permettra aux participants de comprendre le rôle des intervenants dans le processus d'adaptation et l'ajustement de personnes ayant vécu l'amputation d'un membre inférieur. Pour illustrer les propos, des exemples sont tirés d'entrevues effectuées auprès de personnes amputées dans le cadre d'une recherche visant à explorer le processus d'adaptation et l'ajustement à l'amputation d'un membre inférieur.

LA GUÉRISON DES PLAIES, ENJEUX NUTRITIONNELS

Présentateur : Josée Lamarche, diététiste, IRM

APPAREILLAGE DU PIED PARTIEL

Présentateurs : Isabelle Gagner, prothésiste certifiée IRM et Claude Nadeau, orthésiste.

HTA ET SON TRAITEMENT CHEZ LES AMPUTÉS VASCULAIRES

Présentateur : N-Michelle Robitaille, MD, CSPQ, MPH,

Les amputés vasculaires sont souvent diabétiques, coronariens, insuffisants rénaux parfois même sous dialyse ou greffés. Normalement la tension artérielle systolique s'élève à l'effort. La réponse de la tension artérielle à l'effort est souvent excessive chez les amputés. Nous réviserons les grandes classes de médicaments leur efficacité et leur limite dans le contexte des amputés vasculaires.

QUE DEVIENNENT LES CAPACITÉS LOCOMOTRICES DES PERSONNES AMPUTÉES, 3 ANS SUIVANT LE CONGÉ DE RÉADAPTATION.

Présentateur : Martine McMahon, pht, coordonatrice professionnelle, CSSS-IUGS

Introduction : Le CSSS-IUGS est un établissement qui offre des services de réadaptation aux personnes amputées du membre inférieur de 65 ans et plus. Grâce à ces programmes, plusieurs personnes retrouvent leurs capacités à se déplacer avec prothèses. Toutefois, on connaît peu les changements dans les capacités locomotrices des personnes amputées appareillées une fois retournées vivre à domicile.

Objectif : Cette étude vise à comparer les capacités locomotrices des personnes amputées au moment du congé de réadaptation (T1) à celles mesurées 3 ans suivant le congé (T2).

Méthodologie : Les capacités locomotrices ont été évaluées aux deux temps de mesure avec l'Index des capacités locomotrices du Profil prothétique de la personne amputée (PPA). L'index considère les activités de base (7 items) et les activités avancées (7 items). Chaque activité est mesurée selon une échelle à 4 niveaux.

Résultats : Les données ont été collectées auprès de 34 personnes amputées. Les résultats des analyses appariées seront présentés et discutés au Colloque.

LA PROTHÈSE BIONIQUE: QUAND TECHNOLOGIES DU FUTUR ET BESOINS DU MARCHÉ SE REJOIGNENT.

Présentateur : Stephane Bédard, Fondateur de Vichthom, Vice président exécutif & Chef de l'exploitation. - Ingénieur électrique de formation & membre de l'OIQ.- Détenteur d'une Maîtrise en génie mécanique. - Étudiant au doctorat en automatisation de systèmes mécaniques complexes. - Spécialiste en automatisation de systèmes biomécatroniques

La jambe artificielle intelligente fait une entrée remarquée sur le marché des amputations de membres inférieurs. Un nouvel accord de collaboration entre le 2^e fabricant au monde en orthétique, Ossur, et le chef de file mondial dans le développement de dispositifs bioniques, Vichthom Bionique Humaine, a permis la mise en marché au début de l'année 2005 de la 1^{ère} prothèse de jambe motorisée pour amputés transfémoraux. Cette prothèse de dernière génération est capable de fournir l'énergie biomécanique nécessaire pour exécuter des schémas de locomotion complexes comme la marche à niveau sur longue distance , la possibilité de s'asseoir ou de se lever et même plus, la montée et la descente d'escaliers.

Ce concept novateur découle de l'intégration complète de solutions logicielles et mécaniques de haute technicité visant l'atteinte d'une symbiose maximale entre le dispositif et l'utilisateur.

Ma présentation portera sur les principales étapes cliniques et technologiques qui ont permis à plus de 50 scientifiques de créer la 1^{ère} jambe bionique.

PROJET PILOTE SUR LE PARRAINAGE PAR LES PAIRS : ÉVALUATION DE LA SATISFACTION

Présentateurs : Alexandra Kulik, M.Ps, Claude Vincent, PhD, erg. Bouchard, C.[1], Doiron, A.[3]

IRD PQ, CIRRI, APAQ

Problématique : Quatre intervenants de l'hôpital Lindsay de Montréal, l'IRM et l'IRD PQ et une personne amputée ont participé au congrès de *l'Amputee Coalition of America* (ACA) en 2003 et à une journée de formation dédiée au parrainage par les pairs, approche très répandue aux É.U. Des ententes ont été négociées pour la traduction des documents utilisés par l'ACA et pour développer au Québec l'approche de parrainage par les pairs. Ainsi, en 2005 un projet pilote sur le parrainage par les pairs (PPP) a pu être débuté dans la ville de Québec.

Objectifs : Afin de documenter quelques retombées de l'implantation du projet de PPP, il est proposé d'évaluer la satisfaction des personnes parrainées et des parrains, à l'égard de quatre aspects, soit : le soutien émotif reçu versus offert, les encouragements reçus versus offerts, les informations reçues versus disponibles et le bien-être apporté au parrain. Également, les commentaires concernant les améliorations à apporter seront colligés.

Méthodologie : Une analyse rétrospective des dossiers des personnes amputées ayant participé au projet pilote du PPP au cours de l'année 2005 et 2006 est proposée. En juin 2005, une première formation d'une journée, incluant un ordre du jour précis a été donnée à 13 personnes amputées des régions de Québec et Chaudière-Appalache. Les participants présents avaient été référés par les intervenants du programme des amputés de l'IRD PQ (4 prothésistes, 2 ergothérapeutes, 2 physiothérapeutes, 2 travailleurs sociaux, 1 psychologue). L'objectif était de constituer un groupe entre 10 et 15 personnes. Au total, 33 noms ont été référés et 18 ont été rejoints; sur ce nombre, 2 ont été exclus et 13 étaient disponibles pour la formation. Les critères d'inclusion étaient : être un bon communicateur, capable d'écouter, être dynamique, a su s'adapter aux situations difficiles, avoir repris une vie active et satisfaisante comme le travail, les loisirs, les voyages. Suite à la formation, pouvaient être exclus ceux qui démontraient trop d'émotivité et un profil dépressif. Le projet de recherche était présenté lors de la formation en fin de journée. Pour faire connaître le projet de PPP dans la région, la formatrice a rencontré des intervenants au CH l'Enfant-Jésus (orthopédiste et infirmière chef de traumatologie et son équipe), au CH Hôtel-Dieu (infirmier chef en orthopédie, coordonnatrice en ergothérapie, travailleuse sociale et responsable des infirmières de liaison et son équipe, 5 infirmières de liaison, ergothérapeute, physiothérapeute et travailleur social) et au CH St-François d'Assise (infirmière chef en médecine vasculaire, chef du département de chirurgie et responsable des infirmières de liaison et son équipe). Des dépliants sur le projet de PPP étaient remis; ils étaient destinés aux nouvelles personnes amputées admises. Les personnes amputées intéressées joignaient par téléphone la formatrice de l'IRD PQ qui s'occupait du jumelage parrain-parrainé.

Suite à chaque rencontre de parrainage, il était demandé au parrain et à la personne parrainée de remplir un questionnaire pour le projet de recherche et de le poster à la formatrice dans une des cinq enveloppes pré-affranchies. Lors de sa visite, le parrain doit remettre le questionnaire à la personne parrainée. Les questionnaires comportent trois et quatre questions, sur une échelle de 1 à 4 (pas satisfait du tout, à très satisfait) et portent sur le soutien émotif, les encouragements et les informations reçues. Le questionnaire de la personne parrainée comporte une question de plus sur l'effet de la rencontre sur le plan moral.

Résultats et conclusions : A la soumission de l'abrégé, aucune donnée n'était encore disponible. Les données nous permettront de bonifier le projet PPP avant qu'il ne soit étendu à d'autres centres de réadaptation au Québec.

FAIRE LE DEUIL DE SON INTÉGRITÉ PHYSIQUE

Présentateur : Jean Monbourquette, PhD, prêtre et psychologue

À partir de ma propre expérience de la perte de la parole due à un ACV, je décrirai l'importance de faire le deuil d'une faculté. Un deuil non fait peut bouleverser toute une vie s'il n'est pas solutionné. J'expliquerai la nature du deuil par le biais de l'attachement et les étapes du deuil. Le deuil est avant tout l'affaire de chacun mais nous trouvons des points de repères qui nous permettent de bien nous situer dans le processus de guérison de nos deuils. Nos deuils sont à la fois physiques, psychologiques et spirituels.

LA CONCEPTION ET LES CONSIGNES DE MESURE ET DE FABRICATION D'UN SOUS-VÊTEMENT DE SOUTIEN DU MOIGNON FÉMORAL POUR LES PERSONNES AYANT SUBI UNE AMPUTATION DU MEMBRE INFÉRIEUR.

Présentateur : Philip Weech PhD, François Lafond, Josée Bastien, Linda Gloutney, Hôpital juif de réadaptation, Laval; Ortho Concept Québec Inc.

Ni le volume, ni le contour du moignon ne restent constants suite à l'amputation du membre inférieur. Lors du pris ou de la perte de poids, ou suite à l'application de force directement sur le moignon, celui-ci peut changer de forme. Par contre, le contour et le volume de l'emboîture d'une prothèse sont rigides et fixes. Il est donc souhaitable que les dimensions du moignon restent aussi constants que possible, pour que l'emboîture soit le complément de sa forme. Des bandages ou un bas élastique appelé «réducteur de moignon» sont couramment utilisés dans le but de limiter le volume du moignon au repos. Les bandages sont souvent source de frustration et le réducteur ne soutient pas toujours la région proximale du moignon. C'est dans cette optique que nous présenterons notre expérience en conception et fabrication d'un sous-vêtement de soutien du moignon fémoral, et ce, dans le but de faciliter le progrès rapide du client à travers l'entraînement prothétique.

SUIVI 3 MOIS POST CONGÉ DE LA CLIENTÈLE AMPUTÉ D'UN MEMBRE INFÉRIEUR : RÉSULTATS OBTENUS

Présentateur : Denis Phaneuf, erg., M.A.P., Institut de réadaptation de Montréal

Le Programme troubles locomoteurs-amputés de l'IRM fait depuis 2001 un suivi post congé environ trois mois après la fin des traitements. Un questionnaire de suivi téléphonique est complété pour l'ensemble de la clientèle du programme, dont la clientèle amputée d'un membre inférieur. L'objectif du questionnaire est de préparer une rencontre de suivi entre le client et l'équipe en vérifiant plusieurs éléments aux niveaux médical, psychosocial et fonctionnel. Le client est appelé environ une semaine avant sa rencontre à l'IRM. La présentation permet donc de discuter des procédures relatives au suivi de la clientèle et de présenter les résultats obtenus jusqu'à ce jour concernant le port de la prothèse et son utilisation chez plus d'une centaine de clients amputés d'un membre inférieur. Un résumé des interventions réalisées par le biais des rencontres de suivi est également présenté de même qu'un aperçu de leur utilité pour améliorer le cheminement clinique.

ACTIVER LES COMPÉTENCES DES FAMILLES

Présentateur : Guy Ausloos, M.D, C.S.P.Q

DONNÉES PROBANTES POUR L'UTILISATION DES MODALITÉS COMPLÉMENTAIRES POUR LE TRAITEMENT DES PLAIES EN PHSYIOTHÉRAPIE.

Présentateurs : Christian Murie, pht, Diana Zidarov, pht, IRM

Le traitement des plaies chroniques suscite un intérêt croissant depuis la dernière décennie qui se reflète par de nombreuses publications scientifiques de qualité dans le domaine. Les plaies chroniques représentent d'énormes charges personnelles, sociales et économiques. Le physiothérapeute se doit, en collaboration avec divers professionnels de la santé, d'offrir une approche individuelle, holistique, coordonnée au niveau interdisciplinaire et basée sur les dernières recommandations scientifiques dans le domaine. Le but de cette conférence est donc de faire une synthèse des publications des dernières années sur les modalités complémentaires les plus fréquemment utilisées en physiothérapie (l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le laser et les ultrasons). De plus, les conférenciers proposeront un cadre dosimétrique réaliste et feront des recommandations sur l'application de ces modalités en se basant sur des preuves scientifiques.

LE PIED DIABÉTIQUE, RECONNAISSANCE, PRÉVENTION ET LE RÔLE DE L'APPAREILLAGE.

Présentateur : Dr Pierre Plante, MD physiatre, IRM

Le pied diabétique est un terme générique pour l'ensemble des manifestations pathologiques atteignant le pied et directement en rapport avec la maladie diabétique sous-jacente. Ces atteintes sont imputables à l'effet délétère du diabète sur les nerfs périphériques et/ou sur la circulation artérielle des membres inférieurs. Elles sont souvent précipitées par la survenue d'une infection. Cette pathologie est dominée par la survenue d'une ulcération et le risque d'amputation en fait toute la gravité. Environ 15 % des diabétiques présentent un ulcère du pied au cours de leur vie. La présence d'une ulcération multiplie le risque de décès par 2,4 par rapport à un diabétique indemne de plaie. La récurrence surviendra chez 70% des patients dans les 5 ans qui suivent la cicatrisation de l'ulcère initial. Le pronostic est dominé par le risque d'amputation : au moins 50% de toutes les amputations des membres inférieurs sont réalisées chez les diabétiques. Alors que le diabète touche 3 à 5% de la population. Dans 70 à 90% des cas l'amputation a été précédée d'une ulcération du pied chez le diabétique. Le risque d'amputation est multiplié par 10 à 40 chez le diabétique. Le risque d'amputation à vie est de 5 à 10 % chez le diabétique et de 25% après 65 ans. Dans les 5ans suivant une première amputation une nouvelle amputation est nécessaire dans près de 50% des cas. Le pourcentage de survivants n'est alors que de 58%. Devant ces chiffres effrayants le maître mot est prévention. Une prise en charge active précoce et des actions de prévention efficaces sont urgentes. Un chaussage adapté et approprié à l'état de chaque malade, au degré et au stade de son évolution constitue un élément majeur sur le plan de la prévention. Nous développerons plus en détail ce dernier sujet. Toutefois une approche globale est essentielle pour une prévention efficace..

LE FAUTEUIL ROULANT, UN ÉQUIPEMENT SPORTIF.

Présentateur : José Malo, Directrice générale de l'AQSFR

Les sports en fauteuil roulant sont méconnus des personnes amputées. Saviez-vous que les athlètes amputés se démarquent au sein de nos disciplines sportives? Qu'au basketball, les meilleurs joueurs au monde sont des personnes amputés? Et que vous pouvez transposer la même réalité entre autres au tennis et à l'athlétisme? Les caractéristiques physiques d'un athlète amputé sont des avantages précieux pour celui qui désire s'adonner à la pratique sportive en fauteuil roulant et performer dans sa catégorie. Voici ce que nous disait Daniel Normandin, athlète amputé, au début de sa carrière en athlétisme en fauteuil "Les sports pour athlètes amputés ne sont pas des sports de masse. J'ai du essayer à peu près toutes les disciplines sportives, du badminton, de la nage, du water polo, du ski, mais j'ai toujours été déçu. Ces sports ne sont pas adaptés et nous incitent à performer comme un athlètes bipèdes". Aujourd'hui Daniel est membre de l'équipe canadienne d'athlétisme en fauteuil roulant et spécialiste du 100m. Il nous représentait à Athènes aux derniers jeux Paralympique. Saviez-vous aussi que le Québec et la province la moins bien nantis dans cette catégorie d'athlète avec seulement 7 athlètes à l'échelle de la province? Il est temps d'agir et de démystifier les sports en fauteuil roulant.

LE PROJET V.I.V.R.E. VIE ACTIVE, INCAPACITÉ ET VOISINAGE: UNE RECHERCHE EXPLORATOIRE

Présentateur : Michaël Spivock, candidat au doctorat en promotion de la santé, Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive - Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)

Le projet VIVRE visait à évaluer le potentiel de vie active des quartiers sur l'île de Montréal pour les personnes atteintes d'incapacités physiques et de lier ce potentiel aux activités quotidiennes des gens vivant dans ces quartiers. D'abord, des paires d'évaluateurs se sont déplacées dans 112 quartiers sur l'île de Montréal afin d'observer la présence de "bouées environnementales" (éléments environnementaux facilitateurs) pour la vie active. Ensuite, 200 personnes atteintes d'incapacités physiques vivant dans ces quartiers ont passé des entrevues téléphoniques au cours desquelles ils ont été interrogés sur leurs habitudes de vie, leur niveau d'activité ainsi que sur leur perceptions de barrières et facilitateurs par rapport à la vie active. Il a été trouvé que peu de bouées environnementales existent dans ces quartiers et que leur présence n'est liée ni au statut socio-économique du quartier, ni à la proportion de personnes atteintes d'incapacités vivant dans les quartiers.

