

[1] Neuhaus B., Ascher V., Coullon B., Donohue M., Einbond A., Glover J., et al. A survey of rationales for and against hand splinting in hemiplegia. *Am J Occup Ther* 1981;35(2):83–89.

[2] Ryerson S. *Hemiplegia* (2nd ed.). St Louis: Mosby; 2007.

[3] Bürge E., Kupper D., Finckh A., Ryerson S., Schnider A. and Leemann B. Neutral functional realignment orthosis prevents hand pain in patients with sub-acute stroke: A Randomized Trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89:1857–1862.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.751

CO38-003–FR

Apport de l'intervention ergothérapique auprès des patients AVC

E. Sorita^{a,*}, A. Tarruella^b, C. Bossard^b, J. Criquillon^b, A. Cook^c, B. Pelegris^b, P. Dehail^a, P.A. Joseph^a, J.-M. Mazaux^a

^a EA 4136 handicap et système nerveux, SMPR Tastet-Girard, CHU Pellegrin, place Amélie-Raba-Leon, 33076 Bordeaux cedex, France

^b SMPR Tastet Girard, CHU Pellegrin, Bordeaux, France

^c Unité neurovasculaire, CHU Pellegrin, Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Mots clés : approche client centré ; Activités significatives de la vie quotidienne, ergothérapie, AVC

Rationnel.– Kristensen et al. (2010) ont réalisé une revue sur l'utilisation des activités de vie quotidienne (AVQ) et de l'approche « client-centré » avec des patients AVC en ergothérapie. De nombreux articles mettent en effet en évidence l'importance des limitations d'activités (personnelles ou instrumentales) et des restrictions de participation pour cette population (Aas et al. 2007). Ces limitations corrélerent avec l'insatisfaction des patients revenus chez eux (Hartman-Maeir et al. 2007). L'engagement des patients dans les AVQ significatives est un principe central de l'intervention ergothérapique (Richards et al. 2005 ; De Witt et al. 2007). L'implication active des patients et proches dans l'élaboration des programmes organisés en perspective du projet de vie quotidienne est un autre principe central de cette intervention (Maitra et al. 2006 ; Leach et al. 2010).

Objectif.– Étudier l'efficacité de l'intervention ergothérapique centrée sur le projet de vie quotidienne et les activités significatives pour améliorer l'indépendance des patients AVC dans les AVQ.

Méthode.– À partir du travail de Kristensen et al. (2010) nous réalisons une revue complémentaire sur la période 2007 à 2011 à partir de Medline, OT Seeker et OTDbase et Cochrane Library avec les termes suivants : stroke, occupational therapy, client-centered, rehabilitation, occupation-based, activity-based.

Résultats.– Nous retenons actuellement 32 articles sur la période 2000–2011 pour notre analyse: 13 études RCT, 15 revues dont trois revues Cochrane récentes et quatre méta-analyses. Les résultats plaident en faveur de l'association de l'implication active des patients et des proches dans la détermination des objectifs de l'intervention ergothérapique et de l'approche centrée sur les activités significatives de la vie quotidienne. Le niveau d'expertise de l'ergothérapie concernant l'identification des AVQ significatives et son analyse des interactions activité–environnement–impact des troubles sont des facteurs de réussite de son intervention dont il faut cependant encore préciser certains des principes.

Discussion.– Ces preuves d'efficacité sont utiles aux réflexions des politiques de santé publiques sur la question de la dépendance. Nous discutons notamment l'intérêt d'un élargissement des interventions vers le domicile et l'environnement ordinaire de vie. Nous resituons l'apport singulier de l'ergothérapie dans la pluridisciplinarité et relativement à l'approche biomédicale traditionnelle centrée sur les déficiences et incapacités.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.752

CO38-004–FR

Recherche d'emplacements efficaces de barres de relèvement équipant les sanitaires accessibles aux personnes handicapées

Service d'ergothérapie, UGECAM centre, CRF Le Clos Saint-Victor, 3, rue Chantepie, 37304 Joué-lès-Tours, France

Mots clés : Barres de relèvement ; Sanitaires ; Emplacement ; Normalisation

Les dispositifs les plus couramment utilisés pour faciliter le transfert des personnes handicapées sur la cuvette dans le cabinet d'aisance consistent en une barre d'appui horizontale normée. Par contre, l'absence de normalisation de la barre de relèvement ne permet pas à la personne de se relever efficacement dans la plupart des cas.

L'objet de ce travail est la recherche de normes d'emplacements de barres de relèvement efficaces. Dans une première expérience, 34 patients sont invités à se relever du siège des WC en utilisant des barres à ventouses placées en fonction de leur geste spontané. Les mesures anthropométriques et les mesures des emplacements sont prises. Une première analyse statistique permet de poser des barres définitives. Dans une seconde expérience servant de contrôle, 20 patients de même profil sont invités à utiliser ces nouvelles barres pour le transfert éventuel et pour se relever. On observe alors leurs plus ou moins grandes difficultés. Le commentaire des patients est également noté. Les résultats sont analysés par des tests non paramétriques exacts utilisant la méthode de permutations (logiciel StatXact®). Les statistiques descriptives multivariées sont mises en œuvre avec le logiciel SPAD®.

L'analyse des résultats permet de proposer des emplacements mieux adaptés au transfert assis-debout, d'une part, dans des lieux accessibles au public, d'autre part, dans des lieux privés en fonction de la pathologie orthopédique ou neurologique, et de la taille des personnes.

Références

- Agence nationale de l'habitat. Adapter les logements pour les personnes handicapées moteur. Les guides pratiques. Anah:Paris;2009:3.
- de Benaze C. Handicap et habitat. Normes et conseils pratiques. Comité national français de liaison pour la réhabilitation des handicapés. CNRH:Paris;2000:40:42.
- Jones F. Strategies to enhance chronic disease self-management: How can we apply this to stroke? *Disability and Rehabilitation* 2006;28:841:847.
- Kutty NK. The production of functionality by the elderly: a household production function approach. *Applied Economics* 2000;32(10):1269:1280.
- Peintre C. Incapacités et Accessibilité. Les personnes handicapées motrices en institution. Handicap-incapacités-dépendances. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID. DREES;Paris:2000:224–243.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.753

CO38-005–FR

Intérêt de l'évaluation de l'habilité en fauteuil roulant manuel chez les personnes en situation d'handicap

W. Herchi^{*}, F.Z. Ben Salah^{*}, S. Mtaouaa^{*}, S. Lebib^{*}, I. Miri^{*}, I. Aloulou^{*}, C. Dziri^{*}

Service de médecine physique réadaptation, institut Kassab d'orthopédie, Ksar-Said, 2010 Manouba, Tunisie

* Auteur correspondant.

Mots clés : Habilité ; Fauteuil roulant ; Personnes handicapées

Introduction.– Fournir des fauteuils roulants (FR) adaptés aux besoins, non seulement augmente la mobilité de la personne en situation d'handicap (PH), mais initie le processus d'accès au monde de l'éducation, du travail et de la vie sociale. L'habilité de la PH en FR augmente son autonomie et son estime de soi et permet au FR d'être un prolongement du son corps.

Sujets et méthodes.– Nous avons recrutés 100 utilisateurs de fauteuils roulants de la région de la Manouba, nous avons soumis ces utilisateurs à un questionnaire direct qui porte sur plusieurs aspects (âge, sexe, pathologie, satisfaction envers son FR et les différentes habilités en FR). Nous avons relevé le score des habilités des utilisateurs du FR en utilisant le Wheelchair Skills Program (WSP) dans lequel 17 items d'évaluation sont étudiés parmi 57. La satisfaction a été évaluée par l'échelle de satisfaction envers une aide technique (ESAT).

Résultats.– L'âge moyen des utilisateurs du FR était de 19,5 ans et demi. Le sexe ratio était égal à 1,5. Les déficiences déclarées imposant l'utilisation du FR sont

représentés par les tétraplégiques dans 52 % des cas, les paraplégiques dans 34 % des cas, les hémiparaplégiques dans 4 % des cas. La durée moyenne d'utilisation du FR était de 4,2 ans avec des extrêmes d'un à 20 ans. Le score d'habileté retenue montre que 16 % des utilisateurs avaient un score d'habileté supérieur à 50 %, 14 % des utilisateurs avaient un score entre 50 et 30 %, 70 % des utilisateurs avaient un score d'habileté strictement inférieur à 30 % et un seul utilisateur ne trouvait aucune difficulté lors de l'utilisation de son FR. L'évaluation de la satisfaction montre que 50 % des utilisateurs n'étaient pas satisfaits de leurs FR. *Discussion et conclusion.*— L'utilisation du FR est une combinaison complexe d'habiletés qui semble déterminer le fonctionnement général des personnes ayant des déficiences des membres inférieurs. Notre travail montre une limitation sévère des habiletés en FR d'où l'intérêt d'un programme d'entraînement aux habiletés en fauteuil roulant qui permettra l'amélioration de l'utilisation du FR et une meilleure insertion sociale de la PH.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.754

CO38-006–FR

La validité de construit convergente (VCC) du bilan 400 points est meilleure avec le sous-score fonction du questionnaire PRWE (patient rated wrist evaluation) version française (F) qu'avec le score total

E. Chrysochou^a, R. Hilfiker^b, O. Deriaz^b, F. Luthi^a, M. Konzelmann^{a,*}

^a Service de réadaptation de l'appareil locomoteur, clinique romande de réadaptation Suvacare, 90, avenue du grand-champsec, 1950 Sion, Suisse

^b Service de recherche, clinique romande de réadaptation Suvacare, Sion, Suisse

*Auteur correspondant.

Mots clés : Bilan 400 points ; Questionnaire PRWE ; Validité de construit ; Poignet

Objectif.— Le bilan 400 points est un score d'évaluation fonctionnelle de la main. Sa validité a été peu étudiée. Une étude a montré une corrélation modérée (–0,492) avec le DASH [1]. Le PRWE a l'avantage de disposer d'un score total et de sous-échelles fonction et douleur. L'objectif de cette étude est de mesurer la VCC du bilan 400 points avec le PRWE-F. L'hypothèse est qu'une meilleure corrélation sera mesurée entre le bilan 400 points et le score fonctionnel du PRWE-F.

Patients et méthodes.— 30 patients (23 H, 7 F ; âge moyen : 42), 14 fractures de radius, 16 lésions du carpe. PRWE-F et bilan 400 points entrée et sortie. Coefficient de corrélation (r) 400 points entrée et sortie avec les trois dimensions du PRWE-F avec intervalles de confiance (IC) à 95 %.

Résultats

PRWE total/400 points :

Entrée : $r = -0,388$ (IC : –0,657 à –0,032) $p = 0,0341$.

Sortie : $r = -0,515$ (IC : –0,738 à –0,190) $p = 0,0036$.

PRWE fonction/400 points :

Entrée : $r = -0,419$ (IC : –0,677 à –0,069) $p = 0,0213$.

Sortie : $r = -0,593$ (IC : –0,786 à –0,296) $p = 0,0006$.

PRWE douleur/400 points :

Entrée : $r = -0,318$ (IC : –0,608 à 0,048) $p = 0,0870$.

Sortie : $r = -0,385$ (IC : –0,654 à –0,028) $p = 0,0359$.

Discussion

Les résultats confirment l'hypothèse de ce travail. La sous-échelle fonction du PRWE présente la meilleure corrélation avec le bilan 400 points. Les corrélations mesurées, bien que modérées et avec un intervalle de confiance large, sont comparables à celles retrouvées dans la littérature (0,52) [2]. Une corrélation modérée peut s'expliquer par les différences de concept entre ces deux outils : le PRWE est une auto-évaluation, le patient doit imaginer l'activité (subjectif) et le bilan 400 points est une hétéro-évaluation dans laquelle le patient est en situation de réaliser l'activité (objectif). Malgré un collectif peu nombreux nos données sont significatives et renforcent les connaissances sur la VC du bilan 400 points et du PRWE.

Références

[1] Crouzy. Abstract n° P018-004 SOFMER 2010.

[2] Davis Sears. J Hand Surg 2010;30.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.755

CO38-007–FR

Le Profil des Activités Instrumentales : outil d'évaluation d'un programme de réadaptation visant l'amélioration des activités et la participation des personnes cérébrolésées.

Résultats

F. Poncet^{a,*}, B. Swaine^b, G. Paquette^c, H. Migeot^a, P. Pradat-Diehl^a

^a Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, France ; Physiologie et physiopathologie de la motricité chez l'homme, équipe de recherche Er6 UPMC (université Pierre et Marie-Curie, Paris 06), Paris, France

^b Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), université de Montréal, Montréal, Canada

^c Université de Montréal, Montréal, Canada

*Auteur correspondant.

Mots clés : Lésion cérébrale acquise ; Évaluation de programme ; Profil des Activités Instrumentales (PAI)

Introduction.— Les troubles cognitifs et comportementaux après une lésion cérébrale peuvent entraîner des limitations d'activités et des restrictions de participation (OMS, 2001). Un programme de rééducation–réadaptation spécifique, pluridisciplinaire, holistique et personnalisé a été développé à la Pitié-Salpêtrière. D'une durée de 7 semaines, il vise l'amélioration de la participation en associant des rééducations individuelles et des mises en situation écologiques comme la réalisation de courses, la préparation des repas, la reprise des transports en commun. L'efficacité du programme n'a jamais été investiguée. *Objectifs.*— Documenter l'effet du programme, pour 4 adultes avec lésion cérébrale acquise, sur 1/des activités entraînées par le programme (activités courses et réalisation d'un repas), et 2/des activités non entraînées par le programme (recherche de renseignements et réalisation d'un budget) et ce, à l'aide d'une évaluation écologique : le Profil des Activités Instrumentales (PAI) (Bottari et al. 2010).

Méthode.— Mesures répétées pré- et postprogramme avec sujets uniques. L'évaluation a été réalisée par une ergothérapeute au domicile de chaque sujet en 4 temps : évaluation pré programme (T1 à 3 semaines avant) et 3 mesures postprogramme (T2 à 1 sem., T3 à 3 mois, T4 à 6 mois).

Résultat.— Pour 3 des 4 sujets, le besoin d'assistance diminue entre les périodes T1-T2 et T2-T4 dans les activités entraînées. On observe cette amélioration pour chacune des composantes des activités (formuler un but, planifier, exécuter, s'assurer l'atteinte du but initial) (Luria, 196) et ce jusqu'à 6 mois postprogramme. Par exemple, un sujet passe de « dépendant » (T1) pour chacune des composantes des activités à « besoin d'assistance verbale » ou à « indépendance » selon la composante (formuler un but, planifier. . .) en T2. Trois des 4 sujets non pas démontrés d'amélioration pour les activités non entraînées.

Discussion.— La diminution du besoin d'assistance observé à l'aide du PAI pour les activités entraînées et le manque d'amélioration des activités non entraînées semblent indiquer un effet positif du programme. Cependant, les changements observés entre T1 et T2, pourraient être dus à la combinaison de l'effet d'apprentissage du PAI et de l'effet du programme.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.756

CO38-008–FR

Laboratoire Habitat Handicap (L2H) du CHU de Limoges. Évaluation des préconisations en aides techniques

J. Bordes^{a,*}, E. Cugy^a, J. Hamonet^a, M. Munoz^a, T. Sombardier^a, J.Y. Salle^b, J.-C. Daviet^b

^a Service de médecine physique et de réadaptation, pôle neurosciences tête et cou, CHU de Limoges, hôpital J-Rebeyrol, 87042 Limoges, France