ANNEXE 15

RAPPORTS ET COMMUNICATIONS DU RÉSEAU DANS LA PÉRIODE 2006-2010

Liste complète des rapports et communications du Réseau dans la période 2006-2010

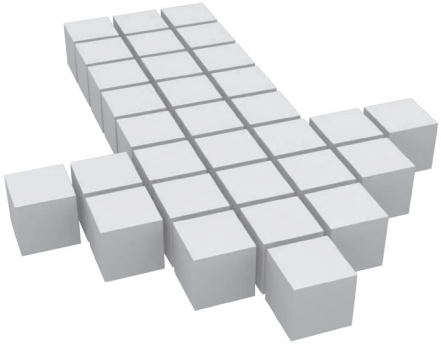
	Document électronique sur le site Web	Document imprimé et diffusé
2009		
Vers une vision commune de la recherche en adaptation-réadaptation - Rapport et Stratégie de suivi des États généraux de la recherche en adaptation-réadaptation 2009, rapport préparé par le comité de soutien logistique, octobre, 20 pages plus annexes. (joint à l'Ann. 11)	√	√
Programme de recherche en réadaptation et intégration sociale en traumatologie (PRRIST)- Bilan des activités du programme, Bilan préparé par le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation, novembre, 10 pages plus annexes. (ci-joint)	√	
États généraux de la recherche en adaptation-réadaptation 2009, Tabloïde de la Journée scientifique 2009, mai, 8 pages. (ci-joint)	√	√
Journée scientifique 2009 - Abrégés des affiches présentées par les étudiants et les cliniciens du Réseau, Recueil, 27 pages. (ci-joint)	√	√
2008		
Programmation scientifique 2008-2010, juin, 10 pages. (ci-joint)	√	
La Pratique factuelle en réadaptation / Evidence-based practice in rehabilitation, Brochure de la Journée scientifique 2008, mai, 7 pages. (ci-joint)	√	√
Journée scientifique 2008 - Abrégés des affiches présentées par les étudiants et les cliniciens du Réseau, Recueil, 21pages.	√	√
Un savoir pour mieux vivre - Rapport d'activités 2001-2007, avril, 35 pages. (ci-joint)	√	√
Demande de renouvellement de subvention pour la période 2008-2012, février, 44 pages plus annexes.	√	

Liste complète des rapports et communications du Réseau dans la période 2006-2010

	Document électronique sur le site Web	Document imprimé et diffusé
Consultation sur les thématiques de recherche prioritaires en traumatologie au Québec - Rapport du comité organisateur, janvier, 27 pages plus annexes. (joint à l'Ann. 11)	√	
2007		
États généraux de la recherche en traumatologie au Québec - Rapport du comité organisateur, juillet, 33 pages plus annexes. (joint à l'Ann. 11)	√	√
États généraux de la recherche en traumatologie au Québec - Documentation des États généraux, juillet, 44 pages. (joint à l'Ann. 11)	√	√
L'échange des connaissances dans les sciences de la réadaptation / Knowledge Translation (KT) in the Rehabilitation Sciences, Brochure de la Journée scientifique 2007, mai, 7 pages. (ci-joint)	√	√
Journée scientifique 2007 - Abrégés des affiches présentées par les étudiants et les cliniciens du Réseau, Recueil, 27 pages.	√	
2006		
Le réseautage en réadaptation sur la scène canadienne / Networking in Rehabilitation on the Canadian Scene, Brochure de la Journée scientifique 2006, mai, 5 pages. (ci-joint)	√	√
Journée scientifique 2006 - Abrégés des affiches présentées par les étudiants et les cliniciens du Réseau, Recueil, 23 pages.	√	√
Réadap_Veille / Rehab_Watch, Bulletin de Veille Informationnelle / Information Watch Bulletin, Brochure développée dans le cadre de notre Plateforme technologique, 4 pages. (ci-joint)	√	√

Programme de recherche en réadaptation et intégration sociale en traumatologie (PRRIST)

Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation



Bilan des activités du programme

Préparé par le REPAR/FRSQ

Un réseau thématique du Fonds de la recherche en santé Québec

Novembre 2009

Table des matières

Introduction 1

1. Présentation du PRRIST. 2

2. Nouveautés et innovations apportées par le PRRIST 4

3. Investissements, réalisations et retombées du PRRIST 5

3.1 Investissements et realisations 5

3.2 Retombees 7

3.2.1 Diffusion de connaissances 7

3.2.2 Aide financière obtenue, nouvelles collaborations et activités de recherche 8

3.2.3 Formation de la relève 9

3.2.4 Développement de la carrière 9

Conclusion 10

Annexes 11

Annexe I : Liste des demandes et projets appuyés par les fonds du PRRIST 12

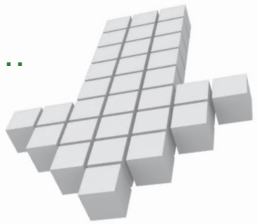
Annexe II : Diffusion de connaissances 16

Annexe III : Aide financière demandée, reçue et déclinée 27

Liste des abréviations et acronymes

Le masculin a été utilisé à la seule fin d'alléger le texte. Il comprend le féminin et ne se veut pas discriminatoire.

Introduction



Chers et chères collègues,

Le Programme de recherche en réadaptation et intégration sociale en traumatologie (PRRIST) a été une activité des plus fructueuses menée en partenariat, principalement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR/FRSQ).

Instauré en 2001 et terminé en 2008, le PRRIST a appuyé vingt demandes et projets ciblant la thématique de la recherche en réadaptation et intégration sociale en traumatologie. Le premier projet a été appuyé durant l'année financière 2002-2003 et le dernier en 2008-2009. Du fait que les partenaires avaient demandé au REPAR/FRSQ de gérer ce programme en termes d'évaluation scientifique des demandes et d'allocation des fonds, celui-ci s'est senti tenu de préparer le présent document qui porte sur le bilan des retombées du PRRIST. Dans ce document, le PRRIST sera présenté sous les angles de sa création et de son évolution, de ses objectifs, des types de recherche valorisés au sein du programme et des processus relatifs à l'évaluation scientifique et aux règles de gestion adoptés par les partenaires. Après avoir rendu compte des nouveautés et des innovations issues du PRRIST, on exposera les investissements, réalisations et retombées de celui-ci. Le lecteur trouvera en annexes les informations détaillées concernant les demandes et projets appuyés par les fonds du PRRIST.

Les partenariats comportent des effets multiplicateurs, tant sur le plan des liens entre chercheurs que sur celui des montants mis à leur disposition pour la réalisation de projets d'envergure. Dans ce contexte, les appuis octroyés en partenariat pour la recherche dans ce domaine particulier de l'adaptation-réadaptation et les résultats obtenus ont permis aux partenaires de répondre aux objectifs du programme. Ainsi, les partenaires du PRRIST ont contribué à l'accroissement de la capacité de recherche et de la concurrence collective des chercheurs du Québec ainsi qu'à la création d'une masse critique de chercheurs répondant aux nouvelles attentes en recherche, notamment par le maillage et la synergie interinstitutionnelle et interdisciplinaire.

Le REPAR/FRSQ tient à remercier les acteurs qui ont instauré ce partenariat et mis sur pied le comité de gestion du PRRIST. Ce partenariat ayant existé pendant sept années, certains représentants des partenaires se sont retirés au cours de cette période alors que d'autres se sont ajoutés. Dans ce contexte, le REPAR/FRSQ remercie les personnes qui ont représenté les organismes pendant la période d'activité du PRRIST, notamment, pour le MSSS, M. Pierre Bouchard et Mme Anne-Claire Marcotte, pour la SAAQ, Mme Marie Gervais et M. François Routhier, pour le Comité directeur de la recherche en traumatologie, M. Mario Côté et pour le REPAR/FRSQ, Mme Carol L. Richard et M. Bertrand Arsenault.

Au nom des partenaires, je vous souhaite une bonne lecture de ce bilan.

Sylvie Nadeau, Ph.D.
Directrice scientifique
REPAR/FRSQ

1. Présentation du PRRIST

Création et évolution

Instauré en 2001, le Programme de recherche en réadaptation et intégration sociale en traumatologie (PRRIST) est issu d'un partenariat entre le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR/FRSQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) Ce partenariat était prévu pour une durée initiale de trois ans, soit de 2001 à 2004.

En 2005, le partenariat a été prolongé pour une année additionnelle à la suite d'une entente entre le REPAR/FRSQ, le MSSS et une instance alors désignée sous le nom de Comité directeur de la recherche en traumatologie (CDRT) Cette instance était composée de la SAAQ, de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) et de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) Après cette année additionnelle et compte tenu de la disponibilité de fonds inutilisés, on a pris la décision d'octroyer ces fonds restants jusqu'à épuisement, afin d'appuyer des demandes et projets dont les thèmes portaient sur la réadaptation et l'intégration sociale en traumatologie. En 2008, tous les fonds ayant été octroyés, les partenaires ont mis fin au programme PRRIST.

Conscients des effets multiplicateurs propres à des activités de recherche soutenues en partenariat, les partenaires du PRRIST ont pu mettre à profit les fruits de cette expérience dans un nouveau partenariat, le Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie (le Consortium), lequel a octroyé ses premiers appuis avec des montants substantiels en 2009. Le PRRIST a su canaliser les intérêts de différents organismes partenaires et, en ce sens, on peut certes considérer le PRRIST comme un précurseur du Consortium.

Objectifs

En mettant le PRRIST sur pied, les organismes partenaires souhaitaient développer la recherche en réadaptation et intégration sociale en traumatologie. Ils reconnaissaient l'importance de l'avancement des connaissances pour l'amélioration des services destinés à la population présentant des problèmes d'origine traumatique et nécessitant des interventions de réadaptation et d'intégration sociale dont l'efficacité est documentée. Compte tenu de ce contexte, le PRRIST avait pour objectifs de contribuer à :

- accroître, par la formation de nouveaux chercheurs, la capacité de recherche au Québec en ce domaine, mais aussi favoriser l'émergence d'une masse critique de chercheurs en réadaptation et intégration sociale en traumatologie ;

- développer l'expertise québécoise en matière de réadaptation et d'intégration sociale en traumatologie afin de permettre aux chercheurs de ce domaine d'être concurrentiels dans les divers concours de subventions aux échelles nationale et internationale ;
- d'acquérir de nouvelles connaissances susceptibles de guider les décideurs cliniques, administratifs et politiques dans l'amélioration de l'efficacité, du rapport coût-efficacité, de la qualité, de l'efficience ou de l'accessibilité aux services de réadaptation et d'intégration sociale en traumatologie au Québec.

Types de recherche valorisés

De façon à répondre aux intérêts de tous les partenaires, la recherche évaluative et la recherche clinique ont été valorisées. Les activités de recherche ont interpellé tant les milieux cliniques que communautaires, mais également les gestionnaires et les décideurs ainsi que les usagers et leurs proches. Les appuis étaient octroyés à des demandes et projets abordant les besoins du continuum de soins et de services en traumatologie pour les maillons touchant principalement la réadaptation et l'intégration sociale.

Évaluation scientifique et règles de gestion

L'évaluation scientifique des demandes et projets a été réalisée par le REPAR/FRSQ par l'entremise de son conseil scientifique. Le REPAR/FRSQ agissait comme fiduciaire des fonds. Un comité de gestion, composé d'un représentant de chacun des partenaires initiaux, soit de la SAAQ, du MSSS et du REPAR/FRSQ, veillait au fonctionnement du PRRIST. Les problématiques prioritaires étaient établies par les partenaires siégeant au comité. Ce dernier s'était adjoint un coordonnateur à temps partiel chargé d'opérationnaliser le programme. Le comité, qui se réunissait au moins deux fois l'an, avait pour rôles de :

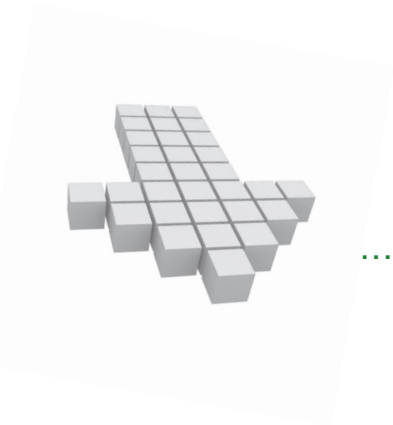
- définir les priorités de recherche en réadaptation et intégration sociale en traumatologie à partir des besoins décelés dans le réseau des soins et services de santé ;
- décider de la répartition du budget du PRRIST en fonction des priorités de recherche définies ;
- procéder aux décisions relatives aux octrois de subventions accordées en fonction des recommandations du conseil scientifique du REPAR/FRSQ ;
- suivre la réalisation du programme et favoriser la vulgarisation et l'intégration des nouvelles connaissances à la prise de décisions clinique, administrative et politique en matière de gestion des traumatismes.

2. Nouveautés et innovations apportées par le PRRIST

Différentes nouveautés et innovations sont issues de l'expérience et de l'opérationnalisation du PRRIST. Bien que certaines d'entre elles portaient sur des processus déjà en œuvre au REPAR/FRSQ, d'autres ont été mises à profit par celui-ci alors que certaines auraient contribué à structurer les processus relatifs à l'évaluation et au suivi des projets par les partenaires. De plus, il appert que le PRRIST aurait permis à ces derniers de contribuer à la formation de la relève en finançant des projets de stagiaires postdoctoraux et des demandes d'étudiants de 1er cycle ou de formation professionnelle de 2e cycle. Dans ce contexte, les principales nouveautés et innovations portent sur :

- l'établissement de problématiques prioritaires par les partenaires siégeant au comité de gestion ;
- le financement de projets bénéficiant d'appuis substantiels de 35 000 $ et de 75 000 $ sur une période pouvant aller jusqu'à 18 mois ;
- l'évaluation scientifique des demandes et projets a été réalisée par le REPAR/FRSQ par l'entremise de son conseil scientifique ;
- le développement d'un guide d'appel d'offres utilisé à chaque concours de financement. Ce guide présente les partenaires, le programme, les thématiques de l'appel d'offres, les modalités de soumission et les règles de gestion ;
- l'utilisation d'une lettre formelle d'octroi comportant différentes clauses portant notamment sur les livrables, les échéanciers, la propriété intellectuelle et la diffusion des résultats ;
- l'utilisation du site Web du REPAR/FRSQ pour la diffusion du programme et ainsi joindre l'ensemble des chercheurs concernés (www.repar.ca) ;
- l'ajout d'une exigence de financement consistant à présenter les résultats de recherche lors d'un évènement scientifique québécois touchant la traumatologie, dans le but d'assurer la visibilité du PRRIST et de ses partenaires et d'augmenter la diffusion et l'appropriation des résultats de recherche par les différents milieux concernés ;
- l'ajout, en 2005, de bourses d'été pour étudiants de 1er cycle ou de formation professionnelle de 2e cycle (programme *Embauche d'un étudiant d'été* du REPAR/FRSQ visant à stimuler la relève scientifique, soit une bourse par université pour les universités Laval, de Montréal, McGill et de Sherbrooke ;
- le financement de bourses de stagiaires postdoctoraux dans le cadre du programme *Intégration de stagiaires postdoctoraux* du REPAR/FRSQ.

3. Investissements, réalisations et retombées du PRRIST



3.1 Investissements et réalisations

Depuis la création du PRRIST en 2001 jusqu'à la fin du programme en 2008, les différents partenaires ont investi un montant total de 635 440,63 $ (dont 4 352,63 $ en honoraires versés pour la coordination du programme) ainsi réparti :

REPAR/FRSQ	235 440,63 $	taux de contribution des partenaires du REPAR/FRSQ dans le PRRIST = 1,7 : 1 (400 000,00 $/235 440,63 $)
Partenaires	400 000,00 $	
MSSS	*200 000,00 $*	
SAAQ	*150 000,00 $*	
CDRT	*50 000,00 $*	

Le taux de contribution des partenaires de 1,7 représente un effet multiplicateur dans la perspective où, en tant que réseau thématique du FRSQ, le REPAR/FRSQ contribue, par l'appui d'activités de recherche en partenariat et les effets multiplicateurs de celles-ci, à « créer une masse critique de chercheurs répondant aux nouvelles attentes en recherche, notamment par le maillage et la synergie interinstitutionnelle et interdisciplinaire de chercheurs… »[1].

Toujours dans la période 2001-2009, le PRRIST a appuyé vingt (20) demandes et projets des membres du REPAR/FRSQ. Outre les neuf (9) projets qui ont fait l'objet d'un appel d'offres et qui ont spécifiquement profité d'un soutien financier du PRRIST, onze (11) demandes et projets présentés dans cinq (5) autres programmes réguliers du REPAR/FRSQ ont bénéficié d'appuis financiers provenant des fonds du PRRIST. En effet, dans un but d'efficacité du programme, le comité de gestion du PRRIST a jugé pertinent d'appuyer des demandes et projets présentés dans certains des programmes réguliers du REPAR/FRSQ et dont les thèmes de recherche allaient dans le sens des objectifs du PRRIST. Ces autres programmes réguliers sont :

- programme *Activités structurantes* (AS) (n = 1)
- programme *Embauche d'un étudiant d'été* (EEE) (n = 6)

1. Site Internet du Fonds de la recherche en santé du Québec : http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/centregroupereseau/reseaux/reseaux_liste.shtml (page accédée le 6 octobre 2009)

- programme *Intégration de stagiaires postdoctoraux* (ISPD) (n = 2)
- programme *Initiative stratégique du conseil d'administration/conseil scientifique* (IS CA/CS) (n = 1)
- programme *Recherche clinique* (RC) (n = 1)

Le tableau suivant présente la ventilation des investissements du PRRIST par année et selon les programmes du REPAR/FRSQ :

Année	Programme	(# demande/ projet)	Montant PRRIST ($)	Montant par année ($)
2002-2003	PRRIST	(# 1)	75 000,00 $	75 000,00 $
2003-2004				
2004-2005	PRRIST	(# 2)	87 500,00 $	302 003,00 $
	PRRIST	(# 3)	35 000,00 $	
	AS	(# 4)	20 000,00 $	
	PRRIST	(# 5)	87 500,00 $	
	PRRIST	(# 6)	75 000,00 $	
2005-2006	PRRIST	(# 7)	15 000,00 $	146 426,00 $
	PRRIST	(# 8)	32 001,00 $	
	PRRIST	(# 9)	32 425,00 $	
	PRRIST	(# 10)	50 000,00 $	
	EEE	(# 11)	1 000,00 $	
	EEE	(# 12)	4 000,00 $	
	EEE	(# 13)	1 000,00 $	
	EEE	(# 14)	4 000,00 $	
	EEE	(# 15)	2 000,00 $	
	EEE	(# 16)	5 000,00 $	
2006-2007				
2007-2008	ISPD	(# 17)	10 000,00 $	50 000,00 $
	IS CA/CS	(# 18)	40 000,00 $	
2008-2009	RC	(# 19)	24 662,00 $	54 662,00 $
	ISPD	(# 20)	30 000,00 $	
Frais de coordination du PRRIST				**4 352,63 $**
TOTAL				**635 440,63 $**

Ce tableau indique que les trois quarts des demandes et projets ont été appuyés dans les années financières 2004-2005 (n = 5) et 2005-2006 (n = 10) La liste des demandes et projets appuyés est présentée à l'Annexe I. L'année d'obtention, le programme du REPAR/FRSQ, les récipiendaires des fonds (étudiant et directeur d'études ou chercheur principal et collaborateurs) ainsi que le titre du projet sont indiqués.

3.2 Retombées

Les retombées du programme ont été mesurées en fonction des objectifs suivants :

1) la diffusion de connaissances ;
2) l'aide financière obtenue ultérieurement grâce au financement initial du PRRIST ainsi que les nouvelles collaborations et activités de recherche rendues possibles ;
3) la formation de la relève ;
4) le développement de la carrière des récipiendaires.

Ces informations ont été recueillies lors d'entrevues réalisées auprès des personnes qui ont bénéficié d'un appui financier du PRRIST. En ce qui a trait aux retombées relatives à la diffusion de connaissances, des recherches ont également été faites dans des bases de données bibliographiques.

3.2.1 Diffusion de connaissances

Dans le cadre des treize (13) demandes et projets appuyés ayant une activité de diffusion de connaissances, on dénombre 91 travaux consacrés à ce type d'activité. Ceux-ci sont majoritairement des présentations affichées ou orales avec publication de résumés (n = 47), des articles publiés dans des revues avec comité de lecture (n = 15), des activités de diffusion de connaissances [rapports de recherche, information visant le grand public sur le Web ou avec brochures, cafés scientifiques, rencontres dans les milieux cliniques, présentations à des comités de gestion] (n = 14), des conférences sur invitation (n = 12), et des livres ou chapitres de livre (n = 3). La liste complète et les références des travaux de diffusion de connaissances sont présentées à l'Annexe II.

Un grand nombre de présentations affichées ou orales ont été faites au niveau international comme l'indique cette énumération non exhaustive des événements scientifiques et des organismes internationaux auprès desquels les présentations ont été faites : *North American Brain Injury Society (NABIS), American Congress of Rehabilitation Medicine/American Society of Neurorehabilitation (ACRM/ASNR), Joint Congress, Academy Health's Annual Research Meeting, American Spinal Injury Association, International Society of Electrophysiology and Kinesiology (ISEK)*, Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) À l'échelle nationale, des présentations ont été faites au *Annual Conference of the Canadian Pain Society* et à la Conférence canadienne sur les technologies de la santé de Association de l'industrie des technologies de la santé (AITS) Quant aux présentations à l'échelle québécoise, on relève les Congrès québécois de réadaptation en déficience physique de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) et les colloques annuels de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ)

Plusieurs articles sont publiés dans *Brain Injury*, le journal scientifique officiel de l'*International Brain Injury Association (IBIA)* On relève également d'autres revues à diffusion internationale, telles que *Experimental Brain Research, Telemedicine Journal and e-Health* et *Neuropsychological Rehabilitation*. Les chercheurs appuyés par le PRRIST diffusent les résultats de leurs travaux à la communauté scientifique internationale.

3.2.2 Aide financière obtenue, nouvelles collaborations et activités de recherche

ORGANISMES AYANT OCTROYÉ DE L'AIDE FINANCIÈRE SUBSÉQUEMMENT AU PROJET

Pour certains membres du REPAR/FRSQ, le PRRIST a agi comme tremplin pour l'obtention de financement vers des organismes subventionnaires de la recherche autres que le FRSQ, assurant ainsi une suite à leurs travaux. L'Annexe III présente le détail de l'aide financière reçue et déclinée pour chacun des projets. On compte onze (11) demandes et projets qui, à la suite de leur réalisation, ont permis au chercheur principal d'obtenir des fonds de recherche ou des bourses d'études. L'aide financière a été obtenue des organismes nationaux ou provinciaux suivants :

Organismes nationaux canadiens :

- Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH)
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
- Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS)
  - Concours Recherche, échange et impact pour le système de santé, Volet Gestion pour assurer la qualité et la sécurité

Organisme provincial ontarien :

- Ontario Neurotrauma Foundation (ONF)

Organismes provinciaux québécois :

- Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)
  - Réseau québécois de la recherche sur la douleur
  - Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie
- Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement
- Valorisation Recherche Québec (VRQ)
  - Initiative québécoise de la recherche sur la douleur
- Université de Montréal
  - Programme Analyse et évaluation des interventions en santé (AnÉIS) – Programme de formation interdisciplinaire

Partenariat public et privé/québécois et canadien :

- Réseau québécois de recherche sur la douleur Pfizer Canada – AstraZeneca – MSSS

RENDEMENT SUR L'INVESTISSEMENT DU PRRIST

L'investissement initial dans les onze (11) demandes et projets ayant obtenu des subventions et fonds de recherche, dont certains d'importance, a eu un effet levier médian de 3,9 (c'est-à-dire que les subventions et fonds de recherche obtenus représentent 3,9 fois l'investissement initial du PRRIST)[2].

2. Le rendement sur l'investissement du PRRIST, appelé effet levier, est objectivé par le ratio suivant : « Montant d'aide financière reçu ou décliné découlant du projet/Montant d'aide reçu du PRRIST pour ce projet ».

NOUVELLES COLLABORATIONS ET ACTIVITÉS DE RECHERCHE

Treize (13) nouvelles collaborations ont été rendues possibles grâce aux travaux réalisés dans le cadre des demandes et projets appuyés par le PRRIST. Dix (10) ont été établies à l'échelle provinciale québécoise, une (1) au niveau national canadien et deux (2) à l'international. Les collaborations concernent, par exemple, la mise sur pied d'équipes de recherche d'envergure internationale, la participation à des groupes canadiens à titre d'expert et le développement de liens, à l'échelle du Québec, entre des chercheurs fondamentalistes et ceux intéressés par la recherche clinique.

3.2.3 Formation de la relève

Parmi les étudiants appuyés directement par le PRRIST, six (6) de 1er cycle ou de formation professionnelle de 2e cycle ont réalisé un stage dans le cadre du programme *Embauche d'un étudiant d'été* et deux (2) stagiaires postdoctoraux ont bénéficié d'une bourse dans le cadre du programme *Intégration de stagiaires postdoctoraux*. Quatre (4) de ces huit (8) étudiants ont par la suite obtenu des bourses d'études supérieures dont les montants médians représentaient 8,25 fois l'investissement initial. Par cet effet levier, le PRRIST a grandement soutenu les étudiants dans la poursuite de leur formation en recherche.

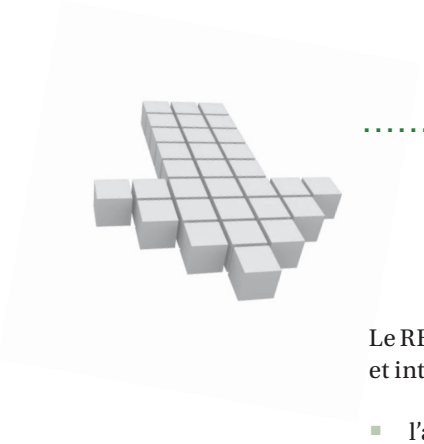
Outre ces huit (8) étudiants récipiendaires d'un appui financier, on en dénombre quinze (15) qui ont transité par les projets appuyés par le PRRIST et inscrits dans des programmes d'études supérieures. Ces étudiants sont ainsi répartis selon le niveau de formation : maîtrise (n = 3), doctorat (n = 10) et stage postdoctoral (n = 2) Bien que n'ayant pas bénéficié directement d'un appui financier, ceux-ci ont pu profiter d'une occasion de formation de recherche par leur collaboration au projet.

3.2.4 Développement de la carrière

Outre l'engagement dans divers programmes d'enseignement et l'avancement dans la carrière d'enseignant universitaire, les chercheurs de six (6) projets ont pu bénéficier de retombées favorables découlant de la réalisation de leur projet supporté par le PRRIST. Ces retombées consistent en l'obtention de prix lors de présentations des résultats de leur projet, de mentions, de bourses de démarrage de carrière ainsi que des participations actives à des propositions de programmations cliniques provinciales.[3]

3. À titre d'exemples :
- Un étudiant rapporte l'obtention d'un prix de 300 $ du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS) pour son stage d'été en 2005. Un autre étudiant a remporté un prix de 500 $ pour la meilleure présentation par affiche à la Journée de la recherche de la Faculté d'éducation physique et sportive de l'Université de Sherbrooke en avril 2006.
- Un chercheur a obtenu un prix d'excellence en recherche de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières à Victoria [Colombie-Britannique] en novembre 2006. Ce même chercheur considère que l'obtention d'un soutien au démarrage de carrière (chercheur-boursier) du FRSQ en 2004 constitue une retombée concrète du projet réalisé avec les fonds obtenus par le PRRIST, celui-ci ayant contribué à bonifier son dossier de recherche.
- Un chercheur considère sa participation à la proposition pour la création d'un Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique pour le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal et le dépôt, en 2009, d'un document au ministère de la Santé et des Services sociaux comme des opportunités d'avancement pour sa carrière.

Conclusion



Le REPAR/FRSQ considère que les objectifs initiaux du Programme de recherche en réadaptation et intégration sociale en traumatologie (PRRIST) ont été atteints, à savoir :

- l'accroissement de la capacité de recherche au Québec et l'émergence d'une masse critique de chercheurs dans le domaine de l'adaptation-réadaptation en traumatologie ;
- le développement d'une expertise québécoise en la matière et d'une masse plus concurrentielle de chercheurs dans les divers concours de subventions à l'échelle nationale ;
- l'acquisition de nouvelles connaissances susceptibles de guider les décideurs cliniques, administratifs et politiques dans l'amélioration de l'efficacité, du rapport coût-efficacité, de la qualité, de l'efficience ou de l'accessibilité aux services de réadaptation et d'intégration sociale en traumatologie au Québec.

À ces objectifs initiaux se sont ajoutés la formation d'étudiants se destinant à la recherche et le recrutement de jeunes chercheurs en réadaptation et intégration sociale en traumatologie.

Les effets leviers des appuis octroyés en partenariat pour la recherche dans ce domaine particulier de l'adaptation-réadaptation ont permis au REPAR/FRSQ d'atteindre également les objectifs visés par le FRSQ pour ses réseaux thématiques.

L'évolution du PRRIST vers le *Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie*, en plus de constituer une retombée majeure du PRRIST, concrétise l'intérêt des différents organismes partenaires à poursuivre dans le soutien à la recherche sur ce thème d'importance pour la population du Québec nécessitant des soins et des services en traumatologie.

Annexes

Annexe I

Liste des demandes et projets appuyés par les fonds du PRRIST

Référence #1

Année d'obtention	2002-2003
Programme	Partenariat (PRRIST)
Chercheur principal et collaborateurs	Hélène Lefebvre, Marie Vanier, Élisabeth Dutil, Patrick Fougeyrollas, Isabelle Gélinas, Suzanne Denis, Bernard Michallet, Diane Pelchat, Constant Rainville, Bonnie Swaine, Michel Pépin
Titre du projet	Participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien cérébral

Référence #2

Année d'obtention	2004-2005
Programme	Partenariat (PRRIST)
Chercheur principal et collaborateurs	Bonnie Swaine, Jeffrey Atkinson, François Champagne, Debbie Feldman, Hélène Lefebvre
Titre du projet	Identification des besoins spécifiques des adolescents pour une prise encharge optimale suite à un traumatisme cranio-cérébral léger : perspectives de la littérature, des intervenants, des adolescents et de leurs parents

Référence #3

Année d'obtention	2004-2005
Programme	Partenariat (PRRIST)
Chercheur principal et collaborateurs	Marie Vanier, Bonnie Swaine, Élisabeth Dutil, Isabelle Gélinas, Viviane Angers, Josée Duquette
Titre du projet	Revue systématique sur l'utilisation de simulateurs de conduite pour l'évaluation et le traitement à la conduite automobile d'adultes et de personnes âgées ayant subi un traumatisme cranio-cérébral

Référence #4

Année d'obtention	2004-2005
Programme	Activités structurantes (AS)
Chercheur principal et collaborateurs	Manon Choinière, Alain Gagnon, Michael J.L. Sullivan, Dominique Dion
Titre du projet	Évaluation du fardeau humain et économique de la douleur chronique au Canada et analyse des ressources de traitement multidisciplinaire au Canada – Le projet STOP-PAIN

Référence #5

Année d'obtention	2004-2005
Programme	Partenariat (PRRIST)
Chercheur principal et collaborateurs	Hélène Lefebvre, Isabelle Gélinas, Diane Pelchat, Bonnie Swaine, Claire Dumont, Bernard Michallet
Titre du projet	L'adéquation entre les besoins vécus par les proches des personnes ayant un traumatisme cranio-cérébral et les services offerts par le continuum de soins

Référence #6

Année d'obtention	2004-2005
Programme	Partenariat (PRRIST)
Chercheur principal et collaborateurs	Pierre Nolin, Frédéric Banville, Natalie Le Sage, Élisabeth Dutil
Titre du projet	Revue systématique et méta-analyse sur le traitement des troubles psychologiques réactionnels à un traumatisme cranio-cérébral léger et documentation des services offerts au Québec

Référence #7

Année d'obtention	2005-2006
Programme	Partenariat (PRRIST)
Chercheur principal et collaborateurs	Bonnie Swaine, Élisabeth Dutil, Michelle McKerral, Hélène Lefebvre, Alain Ptito, Claire Dumont, Isabelle Gélinas, Pierre Nolin, Robert Forget, Marie Vanier, Angela Colantonio, Patrick Fougeyrollas, Brad McFayden, Michel Pépin
Titre du projet	Multi-facetted Approach Towards Optimizing Social Participation Following Head Injury

Référence #8

Année d'obtention	2005-2006
Programme	Partenariat (PRRIST)
Chercheur principal et collaborateurs	Bonnie Swaine, François Champagne, André Lavoie
Titre du projet	Proposition d'une hiérarchisation des dimensions du concept de performance en fonction de leur pertinence dans l'évaluation des consortiums d'établissements offrant des services de réadaptation aux personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral

Référence #9

Année d'obtention	2005-2006
Programme	Partenariat (PRRIST)
Chercheur principal et collaborateurs	Isabelle Gélinas, Hélène Lefebvre, Sophie Blanchet, Claire Dumont, Michelle McKerral, Constant Rainville
Titre du projet	Revue systématique des écrits sur les interventions et les services de santé offerts aux personnes âgées ayant subi un traumatisme cranio-cérébral

Référence #10

Année d'obtention	2005-2006
Programme	Partenariat (PRRIST)
Chercheur principal et collaborateurs	Luc Noreau, Sylvie Nadeau, Bonnie Swaine, Normand Boucher, Donna Anderson, Line Beauregard
Titre du projet	Réadaptation fonctionnelle intensive et retour dans la communauté à la suite d'une lésion médullaire : étude complémentaire de la base de données 1999-2005

Référence #11

Année d'obtention	2005-2006
Programme	Embauche d'un étudiant d'été (EEE)
Étudiant (directeur d'études)	Jean-Philippe Mailhot (Isabelle Peretz)
Titre du projet	Mémoires émotionnelles implicite et explicite pour des stimuli musicaux

Référence #12

Année d'obtention	2005-2006
Programme	Embauche d'un étudiant d'été (EEE)
Étudiant (directeur d'études)	Karine Fortin (Laurent Bouyer, Hélène Moffet)
Titre du projet	Étude préliminaire sur l'impact de forces externes appliquées pendant la marche sur la stratégie de contrôle du genou opéré par arthroplastie

Référence #13

Année d'obtention	2005-2006
Programme	Embauche d'un étudiant d'été (EEE)
Étudiant (directeur d'études)	Stéphane Choquette (Patrick Boissy)
Titre du projet	Validation d'un système d'actimétrie sans fil pour la caractérisation de l'utilisation des aides à la mobilité en milieu naturel chez des personnes en perte d'autonomie

Référence #14

Année d'obtention	2005-2006
Programme	Embauche d'un étudiant d'été (EEE)
Étudiant (directeur d'études)	Gayle Levine (Julie Côté)
Titre du projet	Objectivation des forces et amplitudes cervicales chez les personnes atteintes de lésions attribuables au coup de fouet cervical

Référence #15

Année d'obtention	2005-2006
Programme	Embauche d'un étudiant d'été (EEE)
Étudiant (directeur d'études)	Danièle Lacroix (Claude Vincent)
Titre du projet	Évaluation des propriétés de mesure d'un circuit d'obstacles pour l'évaluation des performances à se mobiliser en fauteuil roulant auprès d'une clientèle en phase de réadaptation intensive

Référence #16

Année d'obtention	2005-2006
Programme	Embauche d'un étudiant d'été (EEE)
Étudiant (directeur d'études)	Rachel Gagné (Jean Mathieu)
Titre du projet	Modèle novateur de dispensation des soins pour la dystrophie myotonique : Élaboration, validation et implantation d'un plan de soins intégrés

Référence #17

Année d'obtention	2007-2008
Programme	Intégration de stagiaires post-doctoraux (ISPD)
Étudiant (directeur d'études)	Carolina Bottari (Alain Ptito)
Titre du projet	Mesure d'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (Profil des AVQ-R) suite à un traumatisme crânien léger : validation avec des mesures neuropsychologiques et par IRMF

Référence #18

Année d'obtention	2007-2008
Programme	Initiative stratégique (IS) du CA/CS : Déterminants environnementaux de la participation sociale
Chercheur principal et collaborateurs	Line Beauregard, Luc Noreau, Donna Anderson, Mary-Ann McColl, Kathryn Boschen
Titre du projet	Association entre les dimensions de soutien social et le niveau de participation sociale et de qualité de vie chez les personnes ayant une lésion médullaire (07-08DN17)

Référence #19

Année d'obtention	2008-2009
Programme	Recherche clinique (RC)
Chercheur principal et collaborateurs	Frédérique Courtois, Désirée Maltais, Marc Bélanger
Titre du projet	Étude d'un entraînement cardiovasculaire pour réduire l'hyperréflexie autonome lors de tests éjaculatoires chez l'homme blessé médullaire (08-09DS-02)

Référence #20

Année d'obtention	2008-2009
Programme	Intégration de stagiaires post-doctoraux (ISPD)
Étudiant (directeur d'études)	Laurent Ballaz (Frédérique Courtois)
Titre du projet	Adaptations cardiovasculaires et cardiorespiratoires suite à un entraînement en exercice hybride chez des personnes tétraplégiques : impact sur les épisodes de dysréflexie autonome (08-09DS-07)

Annexe II

Diffusion de connaissances

FORMES DE TRAVAUX DE DIFFUSION DE CONNAISSANCES AYANT BÉNÉFICIÉ DE L'APPUI DU PRRIST	
Articles publiés dans revues avec comité de lecture	15
Livres ou chapitres de livres	3
Présentations affichées ou orales avec publication de résumés	47
Conférences sur invitation	12
Autres activités de transfert de connaissances	14
Nombre total de travaux de diffusion de connaissances ayant bénéficié de l'appui du PRRIST	**91**
Nombre de demandes et projets appuyés ayant une activité de diffusion de connaissances	**13**
Nombre total de demandes appuyées dans ce programme	**20**

Référence #1

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

5 Lefebvre, H., Levert M.J. (2005). La participation sociale à long terme de la clientèle ayant subi un traumatisme crânien. Journée scientifique et professionnelle Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ). Agir pour la participation sociale. Québec, Canada, mai.

Lefebvre, H. (2005). La participation sociale à long terme des personnes ayant un TCC et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatisme. Journée de recherche clinique du Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier, Recherche et intervention, une même finalité : la PARTICIPATION SOCIALE. Mirabel, Canada, mai (p. 4).

Lefebvre, H., Levert, M.J. (2005). L'annonce du traumatisme cranio-cérébral et des incapacités. Congrès international Dynamique d'organisation des pratiques professionnelles l'intermétier. Approches innovantes dans les structures médico-sociales. Bruxelles, Belgique, mai.

Lefebvre, H. (2005). Qu'en est-il de la participation sociale des personnes ayant un traumatisme cranio-cérébral : point de vue des personnes et des proches. Colloque du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale/Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CIRRIS/CRIR). Québec, Canada, mai.

Lefebvre, H., Vanier, M., Swaine, B., Dutil, E., Pépin, M., Fougeyrollas, P., Rainville, C., McColl, M.A., Dumont, C., Pelchat, D., Michallet, B., Gélinas, I., Denis, S., Morin, M., Trottier, H., Levert, M.J. (2004). La participation sociale à long terme de la clientèle vivant avec un traumatisme cranio-cérébral. 2e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé. Québec, Canada, novembre.

Articles publiés dans revues avec comité de lecture

2 Lefebvre, H., Cloutier, G., Levert, M.-J. (2008). Perspectives of Survivors of Traumatic Brain Injury and their Caregivers on Long-term Social Integration. Brain Injury, 22(7-8): 535-543.

Lefebvre, H., Cloutier, G., Levert, M.J. (2007). Dix ans après avoir subi un traumatisme crânien : participation sociale et continuum de services. Intervention, 127: 99-109.

Livres ou chapitres de livres

1 Lefebvre, H., Pelchat, D. et al. (2005). L'impact à long terme du traumatisme cranio-cérébral sur les proches. Recherche interdisciplinaire en réadaptation et traumatisme cranio-cérébral. Nouvelles perspectives théoriques et cliniques. Montréal, Les publications du CRIR, 2: 27-44. (version anglaise dans le même livre : The long-term impact of traumatic brain injury on the family, pages 25-41).

Autres activités de transfert de connaissances

1 Lefebvre, H., Vanier, M., Swaine, B., Dutil, E., Pépin, M., Fougeyrollas, P., Rainville, C., McColl, M.A., Dumont, C., Pelchat, D., Michallet, B., Gélinas, I., Denis, S., Morin, M., Trottier, H., Levert, M.J. (2004). Participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatisme. Montréal, Québec : Université de Montréal, Interdisciplinary Team for Family Research (ÉRIFAM). ISBN : 2-922662-08-X. (rapport de recherche).

Conférences sur invitation

3 David, C., Cloutier, K., Levert, M.J., Lefebvre, H. (2006). L'adéquation entre les besoins vécus par les proches de personnes ayant un TCC et les services offerts par le continuum de soins. Conférence midi. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal, Canada, juin.

Lefebvre, H. (2005). Le PRRIST : un partenariat SAAQ/MSSS/REPAR permettant le développement d'activités de recherches cliniques en traumatologie. 4e Journée scientifique du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR/FRSQ). Les nouvelles orientations des réseaux thématiques du FRSQ : implications pour le REPAR. Montréal, Canada, mai.

Lefebvre, H. (2005). La participation sociale des personnes ayant un traumatisme cranio-cérébral. Table ronde. Journée scientifique du Centre de Réadaptation Le Bouclier. St-Jérôme, Canada, avril.

Référence #2

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

2 Gagnon, I., Swaine, B.R., Champagne, F., Lefebvre, H., Feldman, D., Atkinson, J. (2006). Identifying the service needs of adolescents after a mild traumatic brain injury: an exploratory qualitative study. North American Brain Injury Society (NABIS), Miami, Florida, September 14-16 (présentation affichée par I. Gagnon).

Gagnon, I., Swaine, B. (2008). Exploring the impact of a knowledge transfer and exchange tool used with clinicians working with teenagers who sustain mild traumatic brain injuries, 2008 American Congress of Rehabilitation Medicine/American Society of Neurorehabilitation (ACRM/ASNR) Joint Congress. Toronto, Ontario, Oct 15-19. Poster 10. Résumé publié dans : Arch Phys Med Rehabil, 2008; 89(10): e31 (présentation affichée).

Articles publiés dans revues avec comité de lecture

2 Gagnon, I., Swaine, B., Champagne, F., Lefebvre, H. (2008). Perspectives of adolescents and their parents regarding service needs following a mild traumatic brain injury. Brain Injury, February; 22(2): 161–173.

Swaine, B., Gagnon, I., Champagne, F., Lefebvre, H., Friedman, D., Atkinson, J., Feldman, D. (2008). Identifying the specific needs of adolescents after a mild traumatic brain injury: a service provider perspective. Brain Inj, July; 22(7-8): 581-588.

Autres activités de transfert de connaissances

4 Swaine, B., Champagne, F., Lefebvre, H., Atkinson, J., Feldman, D., Gagnon, I., Friedman, D. (2006). Identification des besoins spécifiques des adolescents ayant subi un traumatisme crânio-cérébral léger, juillet, 101 pages (rapport de recherche) :

- (2006) Plateforme technologique du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR)
- (2006) Continuum de services en traumatologie (http://www.fecst.gouv.qc.ca/fr/publications/index.php)

Swaine, B. et al. (2006). Tournée provinciale et rencontres des cliniciens et gestionnaires des programmes de traumatologie en pédiatrie avec remise de dépliant en collaboration avec la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ).

Swaine, B. (2008). Distribution de tablettes de papier de type « Bloc – notes » aux représentantes de tous les programmes TCC de la province de Québec sur lesquels les constats principaux de l'étude apparaissaient (15 constats sur 51 pages/tablette).

Référence #4

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

10 Racine, M., Peng, P., Stinson, J., Choinière, M., Dion, D. and the STOP-PAIN Project Team. (2008). Multidisciplinary pain centres for children: A study across Canada. 19th Annual Clinical Meeting, American Academy of Pain Management (AAPM), Nashville, 2008. Publié dans : Abstracts of the 19th Annual Clinical Meeting of AAPM, 2008, p. 95. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Guerriere, D., Choinière, M., Zagorski, B., Dion, D., Peng, P., Lefort, S., Moulin, D.E., Taenzer, P., Ware, M. (2008). The Canadian STOP-PAIN Project: Costs associated with chronic pain in patients waiting for treatment in large university-affiliated multidisciplinary pain treatment facilities. 12th World Congress on Pain of the International Association for the Study of Pain (IASP), Glasgow (Scotland), 2008. Publié dans : Abstracts of the 12th World Congress on Pain, 2008, #PM-195. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Boulanger, A., Racine, M., Dupuis, G., Dion, D., Peng, P., Intrater, H., Lynch, M.E., Moulin, D.E., Ware, M., Ong-Lam, M., Shir, Y., Choinière, M. (2008). The Canadian STOP-PAIN

Project: Factors associated with suicidal ideation in patients suffering from chronic pain. 12th World Congress on Pain of the International Association for the Study of Pain (IASP), Glasgow (Scotland), 2008. Publié dans : Abstracts of the 12th World Congress on Pain, 2008, #PF-314. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Racine, M., Dupuis, G., Dion, D., Peng, P., Boulanger, A., Intrater, H., Lynch, M.E., Ong-Lam, M., Shir, Y., Taenzer, P., Ware, M. Choinière, M. (2008). The Canadian STOP-PAIN Project: The burden of chronic pain – Does gender really matters? 12th World Congress on Pain of the International Association for the Study of Pain (IASP), Glasgow (Scotland), 2008. Publié dans : Abstracts of the 12th World Congress on Pain, 2008, #PM-230. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Dion, D., Choinière, M., Peng, P., Clark, J.A., Lynch, M.E., Intrater, H., Lefort, S., Moulin, D.E., Ong-Lam, M., Shir, Y., Taenzer, P., Ware, M. (2008). The Canadian STOP-PAIN Project: Factors associated with severe pain in patients waiting for treatment in large university-affiliated multidisciplinary pain treatment facilities. 12th World Congress on Pain of the International Association for the Study of Pain (IASP), Glasgow (Scotland). Publié dans : Abstracts of the 12th World Congress on Pain, 2008, #PM-227. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Choinière, M., Dion, D., Peng., Boulanger, A., Clark, J.A., Lynch, M.E., Ong-Lam, M., Shir, Y., Taenzer, P., Ware, M. (2008). The Canadian STOP-PAIN Project: The biopsychosocial profiles of patients on waitlists of large university-affiliated multidisciplinary pain treatment facilities. 12th World Congress on Pain of the International Association for the Study of Pain (IASP), Glasgow (Scotland). Publié dans : Abstracts of the 12th World Congress on Pain, 2008, #PH-322. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Choinière, M. (2008). The STOP-PAIN Project- Plenary Session. Who are these patients on wait-lists? Canadian Pain Society Annual Conference, Victoria (BC). Publié dans : Pain Research and Management, 13, 120 (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Peng P., Stinson, J., Choinière, M., Dion, D. et al. (2007). Role of non-physician health care professionals in multidisciplinary pain treatment facilities (MPTF) in Canada: STOP-PAIN Project – Study II. Annual Conference of the Canadian Pain Society, Ottawa. Résumé publié dans : Pain Research and Management, 2007, 12, 138. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Peng, P., Stinson, J., Choinière, M., Dion, D. et al. (2007). Characterization of pediatric multidisciplinary pain treatment facilities (MPTF) in Canada: STOP-PAIN Project – Study II. Annual Conference of the Canadian Pain Society, Ottawa. Résumé publié dans : Pain Research and Management, 2007, 12, 138. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Peng, P., Choinière, M., Dion, D., Maddock, C., Ong, M. et al. (2006). Characterization of multidisciplinary pain treatment facilities (MPTF) in Canada. STOP-PAIN Project – Study II. Annual Conference of the Canadian Pain Society, Edmonton. Résumé publié dans : Pain Research and Management, 2006, 11, 121. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Articles publiés dans revues avec comité de lecture

5 Choinière, M., Dion, D, Peng, P., Banner, R., Barton, P., Boulanger, A., Clark, A.J., Gordon, A., Intrater, H., Lefort, S., Lynch, M.E. et al. (2009, soumis). The Canadian STOP-PAIN Project – Part I: The bio-psycho-social profile of patients on wait-lists of multidisciplinary pain treatment clinics. Article soumis pour publication dans Canadian Journal of Anesthesia (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Guerriere, D., Choinière, M., Zagorski, B., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P., Boulanger, A., Clark, A.J., Gordon, A., Intrater, H., Lefort, S., Lynch, M.E. et al. (2009, soumis). The Canadian STOP-PAIN Project – Part II: Costs associated with chronic pain in patients on wait-lists of multidisciplinary pain treatment clinics. Article soumis pour publication dans Canadian Journal of Anesthesia (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Peng, P., Stinson, J., Choinière, M., Dion, D., Intrater, H., LeFort, S., Lynch, M.E., Ong-Lam, M. Rashiq, S., Tkachuk, G., Veillette, Y. and the STOP-PAIN investigators group. (2008). Role of healthcare professionals in multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. Pain Research and Management, 13, 484-488. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Peng, P., Stinson, J.N., Choinière, M., Dion, D., Intrater, H., LeFort, S., Lynch, M., Ong-Lam, M., Rashiq, S., Tkachuk, G., Veillette, Y., and the STOP-PAIN investigators group. (2007b). Dedicated multidisciplinary pain management centres for children in Canada: The current status. Canadian Journal of Anaesthesia, 985-991. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Peng, P., Choinière, M., Dion, D., Intrater, H., LeFort, S., Lynch, M., Ong-Lam, M., Rashiq, S., Tkachuk, G., Veillette, Y. and the STOP-PAIN investigators group. (2007a). Challenges in accessing multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. Canadian Journal of Anaesthesia, 54, 977-984. (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Autres activités de transfert de connaissances

2 Beaudoin, C., Boulanger, A., Bouchard, P., Choinière, M., Cloutier, C., Dion, D., Dolbec, P., Finlayson, R., Veillette, Y., Dobkin, P. (2005). Projet de développement d'un programme national d'évaluation, de traitement et de gestion de la douleur chronique. Paramètres d'organisation. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Gouvernement du Québec (rapport au MSSS) (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Choinière, M. (année indéterminée). Liste des cliniques de traitement multidisciplinaires de la douleur disponible sur les sites Internet de deux regroupements de patients présentant des douleurs chroniques : Coalition canadienne contre la douleur :

- http://www.canadianpaincoalition.ca et Association québécoise de la douleur chronique
- http://www.douleur chronique.org (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Conférences sur invitation

1 Choinière, M. (2008). The STOP-PAIN Project-Plenary Session. Who are these patients on wait-lists? Canadian Pain Society Annual Conference, Victoria (BC). (5 % des fonds octroyés par le PRRIST).

Référence # 5

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

2 Lefebvre, H., Levert, M.J. (2007 et 2006). L'adéquation entre les besoins vécus par les proches de personnes ayant un traumatisme cranio-cérébral et les services offerts par le continuum de soins québécois, :

- (2007) Carrefour des connaissances. Centre de réadaptation Lucie Bruneau (présentation affichée)
- (2006) 7e Congrès québécois de réadaptation en déficience physique, Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ), Montréal, novembre (présentation affichée par Lefebvre, H. Levert M.J.).

Articles publiés dans revues avec comité de lecture

1 Lefebvre, H., Mazaux, J.-M. et les membres du groupe de recherche France-Québec Traumatisme Crânien et collaborateurs. (soumis Septembre 2009). Les services en réponse aux besoins perçus : état de situation au Québec et en France pour la population ayant un traumatisme cranio-cérébral modéré et sévère. Europeen Journal of Physical medicine and Rehabilitation.

Livres ou chapitres de livres

1 Lefebvre, H., David, C., Gélinas, I., Pelchat, D., Swaine, B., Dumont, C. Michallet, B., Boudreault, P. en collaboration avec Levert, M.J., Cloutier, G, Gauvin-Lepage, J. (2007). L'adéquation entre les besoins vécus par les proches de personnes ayant un traumatisme cranio-cérébral et les services offerts par le continuum de soins. Montréal. Université de Montréal. (MSSS, REPAR, SAAQ 2005-2007). 70 p. ISBN 978-2-922662-09-2.

Conférences sur invitation

6 Lefebvre, H. (2007). Déblayer c'est bien… Consolider c'est mieux. Contribution du programme PRRIST à la recherche en traumatologie au Québec. États généraux en traumatologie au Québec, Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR), Montréal, Canada, mars.

Lefebvre, H. (2006). Stratégie d'intervention novatrices et perceptions des intervenants. Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), site Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal, Canada.

Lefebvre, H. (2006). Chassé-croisé des perceptions des personnes ayant un traumatisme crânio-cérébral, leurs familles et les professionnels de la santé. Journée d'étude du Cercle d'Étude et d'Intervention Systémique et de Méthodologie Ergothérapique (CEISME), Bordeaux, France, décembre.

David, C., Cloutier, K., Levert, M.-J., Lefebvre, H. (2006). L'adéquation entre les besoins vécus par les proches de personnes ayant un TCC et les services offerts par le continuum de soins. Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), site Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal, juin.

Lefebvre, H. (2006 et 2005). Synthèse des travaux de recherche :

- (2006) Journée scientifique des Unités d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle pour traumatisés crâniens (U.E.R.O.S.), Bordeaux et Montpellier, France.
- (2005) Journée scientifique des Unités d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle pour traumatisés crâniens (U.E.R.O.S.), Bordeaux et Montpellier, France.

Référence # 6

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

2 Nolin, P., Banville, F., Cloutier, J., LeSage, N., Dutil, E. (2008). L'intervention auprès de la personne présentant un TCC léger : Qu'en pensent les psychologues ?

- (2008) XXXe Congrès de la Société Québécoise de Recherche en Psychologie (SQRP). Trois-Rivières, mars (présentation orale).
- (2008) Colloque du Centre de réadaptation Le Bouclier. Mirabel, Québec, mars (présentation affichée).

Livres ou chapitres de livres

1 Banville, F., Nolin, P., Cloutier, J., LeSage, N., Dutil, E. (2008). L'intervention auprès de la personne présentant un TCC léger : Qu'en pensent nos experts ? (pp. 103-147) Dans Épidémie silencieuse. Le traumatisme cranio-cérébral léger : Symptômes et traitement : sous la direction de Frédéric Banville et Pierre Nolin, Presses de l'Université du Québec, Collection Santé et société, ISBN 978-2-7605-1547-5, Québec.

Référence # 8

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

4 Lamontagne, M.E., Swaine, B.R., Lavoie, A. (2008). Integrated services for persons with a TBI: a unique or multi-configuration reality? Seventh World Congress on Brain Injury, Lisbon, Portugal, April 9-12. Résumé publié dans : Brain Injury Suppl. 2008 : page 110-111.

Lamontagne, M-E., Swaine, B.R., Lavoie, A., Marcotte, A-C. (2007). Comparing Different Stakeholders' Perceptions about Important Dimensions of Performance to Consider when Evaluating Neurotrauma Service Corridors: Academy Health's Annual Research Meeting 2007, Orlando, Floride, USA, juin. Résumé publié dans : http://www.academyhealth.org/2007/abstracts/posters.pdf, page 600 (présentation affichée par M-E. Lamontagne) (appuyé par le programme *Soutien aux étudiants pour présentations à des événements scientifiques* # 469).

Lamontagne, M.E. (2006). L'évaluation de la performance des consortiums offrant des services de réadaptation aux personnes traumatisées cranio-cérébrales : possibilités et défis en contexte québécois :

- (2006) 17e journée clinico-administrative du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA), Québec, QC., 19 mai.
- (2006) Journée scientifique du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR), Montréal, QC, 18 mai.

Articles publiés dans revues avec comité de lecture

1 Lamontagne, M.E., Swaine, B.R., Lavoie, A., Champagne, F., Marcotte, A-C. (soumission octobre 2009). Important dimensions of performance as perceived by individual organizations within integrated traumatic brain injury networks. Brain Injury.

Autres activités de transfert de connaissances

3 Lamontagne, M.E., Swaine, B.R., Lavoie, A. (2006). La mesure de la performance des consortiums d'établissements offrant des services de réadaptation :

- Rencontre préparatoire aux visites d'évaluation des consortiums de l'Ouest du Québec, Montréal, QC., 6 octobre
- Rencontre préparatoire aux visites d'évaluation des consortiums de l'Est du Québec, Québec, QC., 26 septembre
- Présentation au Comite directeur des Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie (SAAQ-MSSS), Québec, QC., 12 septembre.

Référence # 10

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

7 Girard, A-M., Nadeau, S., Noreau, L., Tremblay, J., Swaine, B., Anderson, D., Beauregard, L., Boucher, N. (2009). Étude des changements dans les aptitudes physiques au cours de la rééducation fonctionnelle intensive (RFI) et analyse de leurs relations avec l'autonomie fonctionnelle chez les blessés médullaires traumatiques. Colloque OPPQ 2009 « L'organisation du travail en physiothérapie : se mobiliser au profit du client et de la population », 25 septembre, Québec (affiche # 4) (présentation affichée par A-M. Girard).

Noreau, L., Boucher, N., Beauregard, L., Anderson, D., Tremblay, J., Swaine, B., Nadeau S., Girard, A-M. (2007). Social participation in the initial phase of community living following spinal cord injury. American Spinal Injury Association's 33th Annual Scientific Meeting. Tampa Bay, FL., May 30-June 2nd. Résumé publié dans : J. Spinal Cord Medicine, 30; 2: 185-186; 2007.

Anderson, D., Noreau, L., Tremblay, J., Boucher, N., Beauregard, L., Swaine, B., Nadeau, S., Girard, A-M. (2007). Comparing the profiles of those who return to work versus those who do not following spinal cord injury: A three year follow-up study. American Spinal Injury Association's 33th Annual Scientific Meeting. Tampa Bay, FL., May 30-June 2nd. Résumé publié dans : J. Spinal Cord Medicine, 30; 2: 168-170; 2007.

Swaine, B., Noreau, L., Anderson, D., Tremblay, J., Boucher, N., Beauregard, L., Nadeau, S. (2007). Inpatient rehabilitation interventions provided by physical therapists to persons with a spinal cord injury (SCI). American Spinal Injury Association's 33th Annual Scientific Meeting. Tampa Bay, FL., May 30-June 2nd. Résumé publié dans : J. Spinal Cord Medicine, 30; 2: 189-190, 2007.

Girard A-M., Nadeau S., Noreau L., Tremblay J., Anderson D., Beauregard L., Boucher N. (2007). Changes in range of motion of the upper limbs during in-patient rehabilitation in persons with tetraplegia following a traumatic spinal cord injury. American Spinal Injury Association's 33th Annual Scientific Meeting. Tampa Bay, FL., May 30-June 2nd. Résumé publié dans : J. Spinal Cord Medicine, 30; 2: 185, 2007.

Beauregard, L., Noreau, L., Tremblay, J., Anderson, D., Boucher, N., Swaine, B., Nadeau, S., Girard, A-M. (2007). Changes in perceived social support in the initial phase of community living following spinal cord injury (SCI). American Spinal Injury Association's 33th Annual Scientific Meeting. Tampa Bay, FL., May 30-June 2nd. Résumé publié dans : J. Spinal Cord Medicine, 30; 2: 184, 2007.

Boucher, N., Noreau, L., Tremblay, J., Anderson, D., Beauregard, L., Swaine, B., Nadeau, S., Girard, A-M. (2007). Return to the community living: Comparing changes in perceived environmental influence on the social participation in people with Spinal Cord Injury (SCI). American Spinal Injury Association's 33th Annual Scientific Meeting. Tampa Bay, FL., May 30-June 2nd. Résumé publié dans : J. Spinal Cord Medicine, 30; 2: 184-185, 2007.

Autres activités de transfert de connaissances

1 Noreau, L., Nadeau, S., Swaine, B., Anderson, D., Boucher, N., Beauregard, L., Tremblay, J. (2008). Réadaptation fonctionnelle intensive et retour dans la communauté à la suite d'une lésion médullaire : Exploitation complémentaire de la base de données 1999-2005. Rapport de recherche, octobre, 38 pages.

Conférences sur invitation

1 Beauregard, L., Boucher, N., Noreau, L. (2008). Que peut-on apprendre du suivi des usagers après la réadaptation : Faits saillants du projet d'évaluation 1999-2005 et pistes d'interventions, Colloque « Lésions médullaires : Pratiques actuelles et futures » organisé par le Centre d'Expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Est du Québec : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 21 novembre (conférence prononcée par L. Beauregard, N. Boucher et L. Noreau).

Référence # 12

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

1 Bouyer, L.J., Fortin, K. (2005). Adaptation of human locomotion to an elastic force field applied to the ankle joint: an EMG and kinematic study. XXXIII Neurohike Meeting of Alberta Motor Control Group, Jasper, Alberta, Canada, septembre.

Articles publiés dans revues avec comité de lecture

1 Fortin, K., Blanchette, A., McFadyen, B.J., Bouyer, L.J. (soumis en décembre 2008). Effect of exposure duration to an elastic force field on the control of human walking. Exp Brain Res.

Référence # 13

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

4 Boissy, P., Hester, H., Delsey, S., Corriveau, H., Bonato, P. (2006). Monitoring mobility assistive device use in patients after stroke. International Society of Electrophysiology and Kinesiology (ISEK), Turin, (Italie), juin.

Choquette, S., Boissy, P., Hamel, M. (2006). A human fall detection system using artificial intelligence. Conférence canadienne sur les technologies de la santé, Association de l'industrie des technologies de la santé (AITS), Montréal, (Québec), mars.

Choquette, S, Boissy, P. (2006). Un système de détection de chute basé sur la logique floue. Journée de la recherche, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, février. (présentation affichée par S. Choquette).

Boissy, P., Lemay, M., Hamel, M., Choquette, S., Noury, N. (2006). Development and validation of a fuzzy logic based algorithm for fall detection in community and institutional settings. International conference on aging, disability and independence (ICADI), St-Peterburg, Floride, (USA), février.

Articles publiés dans revues avec comité de lecture

2 Boissy,P., Choquette, S., Hamel, M., Noury, N. (2007a). User-based motion sensing and fuzzy logic for automated fall detection in older adults. Telemed J E Health 13, 683-693.

Boissy, P., Hester, T., Sherrill, D., Corriveau, H., Bonato, P. (2007b). Monitoring mobility assistive device use in post-stroke patients. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc 2007, 4372-4375.

Référence # 16

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

1 Gagnon, C., Chouinard, M.-C, Jean, S., Mathieu, J. (2007). The Saguenay Myotonic Dystrophy Integrated Care Pathway: Development and preliminary validation. 6th International Myotonic Dystrophy Consortium Meeting. Milan, 15 september (oral # O61) (présentation orale par M-C Chouinard).

Autres activités de transfert de connaissances

1 Gagnon, C., Chouinard M.C., Mathieu, J. (2007). Développement d'un outil de dépistage et d'évaluation de l'état de santé pour les personnes atteintes de dystrophie myotonique. Journée scientifique de la Clinique des maladies neuromusculaires. June, Saguenay, Canada.

Conférences sur invitation

1 Chouinard, M.C., Gagnon, C., Mathieu, J., Maltais, D., Jean, S. (2007). An innovative model of delivery of care for complex neuromuscular chronic disease: Elaboration of a community integrated care pathway. Global perspectives on chronic disease: Prevention and management Conference. Calgary, octobre. Résumé publié dans : Actes de conférence, p. 85-86 (présentation 60 minutes).

Référence # 17

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

2 Bottari, C. (2008). Relationship Of Traumatic Brain Injury Severity And Socio-Demographic Characteristics To Independence In Everyday Activities, Seventh World Congress on Brain injury, International Brain Injury Association, Lisbonne, Portugal, 9 au 12 avril, Free paper # 104. Résumé publié dans Brain Injury, 22 (S1), 2008. (appuyé dans le programme *Soutien aux étudiants pour présentations à des événements scientifiques* # 536).

Bottari, C. (2008). Independence In Instrumental Activities Of Daily Living And Its Relationship To Executive Functions In Persons With TBI, Seventh World Congress on Brain injury, International Brain Injury Association, Lisbonne, Portugal, 9 au 12 avril, Free paper # 105. Résumé publié Résumé publié dans Brain Injury, 22(S1), 2008 (appuyé dans le programme *Soutien aux étudiants pour présentations à des événements scientifiques* # 536).

Articles publiés dans revues avec comité de lecture

1 Bottari, C., Dassa, C., Rainville, C., Dutil, E. (2009b). The factorial validity and internal consistency of the Instrumental Activities of Daily Living Profile in individuals with a traumatic brain injury. Neuropsychol Rehabil, 19(2), 177–207.

Référence # 18

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

1 Beauregard, L., Noreau, L., Boschen, K., McColl, M.A., Tremblay, J. (2009). Does Perceived Social Support relate to participation and Quality of Life? 2009 Congress on Spinal Cord Medicine and Rehabilitation, Dallas, 23 au 26 septembre. Résumé publié dans : The Journal of Spinal Cord Medicine, 32(4),453 (présentation orale par L. Beauregard).

Référence # 20

Présentations affichées ou orales avec publication de résumés

3 Ballaz, L., Courtois, F., Jacquemin, G., Côté, I. (2009). Physical activity recall assessment and metabolic syndrome symptoms in men with spinal cord injury. 48th International Spinal Cord Society (ISCoS) Annual Scientific Meeting, Florence, Italie, 22 octobre. Free paper session 3. (présentation orale par L. Ballaz) (appuyé dans programme *Soutien aux étudiants pour présentations à des événements scientifiques* # 621).

Ballaz, L., Courtois, F., Jacquemin, G., Côté, I. (2009). Relation entre l'activité physique évaluée par le « Physical Activity Recall Assessment » et la présence de symptômes du syndrome métabolique chez des hommes blessés médullaires. 24e Congrès de la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER), Lyon, 13 au 15 octobre. (présentation affichée par L. Ballaz).

Ballaz, L., Plamondon, S., Lemay, M. (2009). Approche multidisciplinaire de la marche chez des enfants atteints d'une paralysie cérébrale. Journée scientifique 2009 du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation, 7 mai, Montréal. Résumé publié dans : Actes de la Journée scientifique, p. 1 (présentation affichée par L. Ballaz).

Annexe III Aide financiaire demandée, reçue et déclinée

SUBVENTIONS DE RECHERCHE OBTENUES

(R) Reçue (DECL) Déclinée

Référence #1

Montant PRRIST ($)	75 000 $	
Source/année	Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) / 2005- (R)	Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement (GIRAFE) / (R)
Récipiendaires	Hélène Lefebvre, Isabelle Gélinas, Diane Pelchat, Jocelyne F. Saint-Arnaud	
Montant total	141 857 $	10 000 $
Type d'aide financière	Subventions ordinaires de recherche	Subvention – Complément rédaction d'article
Thème de recherche	Stratégies favorisant l'adaptation de la personne et des proches suite à un traumatisme cranio-cérébral	
Effet levier externe au FRSQ	2,0	
Effet levier total	2,0	

Référence #2

Montant PRRIST ($)	87 500 $
Source/année	IRSC (R)
Récipiendaires	Isabelle Gagnon
Montant total	100 000 $
Type d'aide financière	Bourse de recherche pour études post-doctorales
Thème de recherche	TCC adolescents
Effet levier externe au FRSQ	1,1
Effet levier total	1,1

Référence #4

Montant PRRIST ($)	20 000 $ (note : le montant octroyé par le PRRIST représente 5 % des fonds dont disposait le chercheur pour réaliser ce projet)		
Source/année	Valorisation Recherche Québec – Initiative québécoise de la recherche sur la douleur/2005-2006 (R)	FRSQ – Réseau québécois de la recherche sur la douleur/2006-2007 (R)	Fonds de la recherche en santé du Québec en partenariat avec Pfizer Canada, AstraZeneca et le MSSS/2007-2011 – Réseau québécois de recherche sur la douleur (R)
Récipiendaires	M. Choinière	Y. De Koninck, C. Bushnell, M. Choinière, et al.	Y. de Koninck, G. Lavigne, M. Choinière, et al.
Montant total	50 000 $	50 000 $	1 378 452 $
Type d'aide financière	Subvention de fonctionnement	Subvention de fonctionnement/ subvention de transition	Subvention d'infrastructure de réseau
Thème de recherche	Projet « Cliniques de douleur – Québec »	Projet « Registre Douleur – Québec »	Création d'un réseau québécois de recherche sur la douleur Volet Choinière : Grand projet structurant – Initiative nationale de recherche clinique (Registre Québec Douleur)
Effet levier externe au FRSQ	3,6		
Effet levier total	3,7		

Référence #6

Montant PRRIST ($)	75 000 $
Source/année	FRSQ – Recherches en traumatologie/2006-2008 (R)
Récipiendaires	Natalie Le Sage, Pierre Nolin, André Lavoie, Éric Bergeron, Philip Jackson, Gilles Lortie
Montant total	137 022 $
Type d'aide financière	Subvention
Thème de recherche	Identification au département d'urgence de critères cliniques prédictifs du risque de développer un syndrome post-commotionnel persistant chez les patients ayant subi un traumatisme cranio-cérébral léger
Effet levier externe au FRSQ	0
Effet levier total	1,8

Référence #7

Montant PRRIST ($)	15 000 $
Source/année	Ontario Neurotrauma Foundation (ONF)/2006-2007 (R)
Récipiendaires	Angela Colantonio, J. Lewco, P. Coyte, B. Swaine
Montant total	60 000 $
Type d'aide financière	Subvention
Thème de recherche	Re-injury after Traumatic Brain Injury
Effet levier externe au FRSQ	4
Effet levier total	4

Référence #8

Montant PRRIST ($)	32 000 $			
Source/année	IRSC (R) (début septembre 2006)	Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) Concours Recherche, échange et impact pour le système de santé (REISS) Volet Gestion pour assurer la qualité et la sécurité (R)	Université de Montréal (Programme Analyse et évaluation des interventions en santé – Programme de formation interdisciplinaire [AnÉIS]) (R) (début septembre 2006)	Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) (DÉCL)
Récipiendaires	Marie-Eve Lamontagne	André Lavoie, Bonnie Swaine	Marie-Eve Lamontagne	Marie-Eve Lamontagne
Montant total	275 000 $	480 000 $	5 000 $	116 778 $
Type d'aide financière	Bourse	Subvention de recherche	Bourse complémentaire	Bourse de formation destinée aux professionnels de la santé
Thème de recherche	TCC	Performance d'un continuum de services en traumatologie		
Effet levier externe au FRSQ	8,7 pour l'effet levier sur les bourses 15 pour l'effet levier sur les subventions			
Effet levier total	12,4 pour l'effet levier sur les bourses 15 pour l'effet levier sur les subventions			

Référence #9

Montant PRRIST ($)	32 425 $
Source/année	Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH)/2008-2011 (R)
Récipiendaires	I. Gélinas
Montant total	158 000 $
Type d'aide financière	Fonctionnement
Thème de recherche	Partenariats intra et intersectoriels en réadaptation pour l'inclusion sociale des personnes en situation d'incapacités
Effet levier externe au FRSQ	4,9
Effet levier total	4,9

Référence #12

Montant PRRIST ($)	4 000 $
Source/année	Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)/2005 (R)
Récipiendaires	Karine Fortin
Montant total	46 000 $
Type d'aide financière	Bourse maîtrise
Thème de recherche	Neuro-réadaptation de la marche
Effet levier externe au FRSQ	0
Effet levier total	11,5

Référence #17

Montant PRRIST ($)	10 000 $
Source/année	Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)/2008 (R)
Récipiendaires	Carolina Bottari
Montant total	50 000 $
Type d'aide financière	Bourse postdoctorale
Thème de recherche	TCC légers
Effet levier externe au FRSQ	5
Effet levier total	5

Référence #18

Montant PRRIST ($)	40 000 $
Source/année	Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) – Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie/janvier 2009 (R)
Récipiendaires	Line Beauregard, Luc Noreau, Normand Boucher, Hélène Lefebvre
Montant total	150 000 $
Type d'aide financière	Subvention de fonctionnement
Thème de recherche	La contribution de l'environnement lors du retour à la communauté des personnes ayant une lésion médullaire
Effet levier externe au FRSQ	0
Effet levier total	3,7

Référence #19

Montant PRRIST ($)	24 662 $	
Source/année	Canadian Male Sexual Health Council/ année indéterminée (R)	Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) – Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie/2009-2010 (Décl)
Récipiendaires	Frédérique Courtois	Frédérique Courtois
Montant total	50 000 $	200 000 $
Type d'aide financière	Subvention	Subvention
Thème de recherche	The metabolic syndrome and its influence on erectile and ejaculatory function in men with spinal cord injury	Étude d'un exercice de pédalage aigu et d'un entraînement cardiovasculaire pour réduire les indices du syndrome métabolique et favoriser les paramètres physiologiques de l'éjaculation chez l'homme blessé médullaire
Effet levier externe au FRSQ	2,0	
Effet levier total	10,1	

Liste des abréviations et acronymes

Nous reprenons ici les abréviations et acronymes des organismes ou des appellations mentionnés fréquemment dans le présent document.

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
CDRT	Comité directeur de la recherche en traumatologie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
AS	Programme *Activités structurantes*
Consortium	Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie
PRRIST	Programme de recherche en réadaptation et intégration sociale en traumatologie
EEE	Programme *Embauche d'un étudiant d'été*
IS CA/CS	Programme *Initiative stratégique du conseil d'administration/conseil scientifique*
ISPD	Programme *Intégration de stagiaires postdoctoraux*
RC	Programme *Recherche clinique*
REPAR/FRSQ ou Réseau	Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation/Fonds de la recherche en santé du Québec
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec

Réseau provincial de recherche
en adaptation-réadaptation (REPAR/FRSQ)

Institution de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
(Pavillon Gingras)
6300, avenue Darlington
Montréal (Québec) Canada H3S 2J4

Tél. : 514 340-2771
repar.irm@ssss.gouv.qc.ca

www.repar.ca

États généraux de la recherche en adaptation-réadaptation

Hôtel Grand Plaza 505, rue Sherbrooke Est, Montréal
Jeudi 7 mai et vendredi 8 mai

2009

Organismes partenaires :

CRIR Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain

CIRRIS Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale

Centre de recherche sur le vieillissement

Centre de recherche iugm Institut universitaire de gériatrie de Montréal

irsst

Centre de Réadaptation Marie Enfant
CHU Sainte-Justine

Santé et Services sociaux Québec

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé Québec

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec

aqesss Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Une initiative du

REPAR FRSQ

Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation

Un réseau thématique du Fonds de la recherche en santé Québec

Mot d'introduction

A. Bertrand Arsenault, Ph.D.
Directeur scientifique – REPAR/FRSQ
Président – Comité d'orientation
des États généraux 2009

En septembre 2008, un communiqué annonçait la tenue des États généraux de la recherche en adaptation-réadaptation 2009 (les **États généraux 2009**), un exercice élaboré sous l'égide du REPAR/FRSQ et impliquant la collaboration active de dix autres partenaires de notre domaine des sciences de la santé. Un Plan de travail fut par la suite diffusé en octobre 2008.

Une **Pré-consultation** fut réalisée en novembre 2008 sous forme de questionnaire en ligne et ayant pour objectif de recueillir l'opinion de collègues chercheurs, cliniciens, gestionnaires de soins, décideurs et étudiants sur ce qui devrait être développé en recherche ces prochaines années. Des quelques 70 pages de commentaires recueillis et résumés, de grands enjeux ressortaient tels la recherche multicentrique en équipe, le développement d'outils d'évaluation, le transfert des connaissances, la reconnaissance des cliniciens qui oeuvrent en recherche, la reconnaissance des chercheurs qui oeuvrent en transfert des connaissances et le développement de nouvelles thématiques parmi lesquelles se retrouvent les banques de données et la recherche évaluative.

En janvier 2009, près d'une cinquantaine de leaders d'opinion (chercheurs, cliniciens, gestionnaires de soins, administrateurs et étudiants) des différents secteurs du domaine de l'adaptation-réadaptation se sont réunis dans le cadre d'un **Atelier préparatoire à la consultatio**n. Réalisé sous la forme de « groupes de discussion », cet Atelier visait à revoir l'importance des enjeux relevés lors de la Pré-consultation. Ce travail a permis de préciser les enjeux à retenir pour la **Consultation** et de formuler des questions pour chacun d'eux. Cette Consultation (mars 2009) a été élaborée autour d'une proposition de « Vision de l'avenir de la recherche et de ses retombées », laquelle permettra de structurer le développement de la recherche dans les années à venir.

Les données résultant de la Consultation seront présentées lors de la **Journée d'échanges** qui se tiendra le **vendredi 8 mai 2009** et qui a pour but de faire le point sur les principaux enjeux du développement de la recherche en adaptation-réadaptation. On pourra ainsi voir si les différents partenaires sont prêts à souscrire à une **Vision commune de l'avenir de la recherche et de ses retombées**. Cette Journée d'échanges constitue une rencontre déterminante et sera certainement des plus enrichissantes et des plus motivantes.

Il va sans dire que votre présence et votre participation sont essentielles au succès de cette importante initiative collective que représentent les États généraux de la recherche en adaptation-réadaptation 2009.
Les Partenaires, les membres du Comité d'orientation des États généraux 2009 et la direction du REPAR/FRSQ vous invitent à vous y inscrire dès maintenant. Votre inscription vous donne également droit de participer aux activités du Réseau prévues le jeudi 7 mai.

Au plaisir de vous rencontrer en mai prochain.

États généraux de la recherche en adaptation-réadaptation 2009

Jeudi 7 mai

Salle Monet

de 13 h à 14 h	Investir dans les banques de données ; une valeur sûre pour la recherche en adaptation-réadaptation Lise Poissant, Ph.D. – Université de Montréal
de 14 h à 16 h	Visite des affiches des étudiants et des cliniciens
de 16 h à 17 h	Assemblée annuelle des membres du Réseau
de 17 h à 17 h 30	Remise des prix et mot de la nouvelle direction scientifique
de 17 h 30 à 19 h	Cocktail dînatoire du 15e anniversaire du Réseau

Vendredi 8 mai

Salle Monet

de 8 h à 8 h 50	Déjeuner continental et inscription	
de 8 h 50 à 9 h	Mot de bienvenue	
de 9 h à 9 h 30	Développement de pratiques cliniques basées sur des données probantes	Jean-Marie Moutquin, MD, M.Sc., FRCSC – AETMIS et Université de Sherbrooke
de 9 h 30 à 10 h 15	Les États généraux de la recherche en traumatologie : En avons-nous retiré les bénéfices attendus ?	Luc Noreau, Ph.D. – Université Laval
de 10 h 15 à 10 h 45	Pause et réseautage	
de 10 h 45 à 11 h 30	Revue de la démarche de l'exercice des États généraux 2009 et les résultats de la consultation	Bertrand Arsenault, Ph.D. – Université de Montréal
de 11 h 30 à 12 h	Les conclusions préliminaires de l'exercice des États généraux 2009 et proposition de trois enjeux prioritaires	Comité d'orientation des États généraux
Dîner de 12 h à 13 h 30		
de 13 h 30 à 14 h	Discussion sur l'enjeu prioritaire 1	Modérateur – Julie Côté, Ph.D. – Université McGill
de 14 h à 14 h 30	Discussion sur l'enjeu prioritaire 2	Modérateur – Michelle McKerral, Ph.D. – Université de Montréal
de 14 h 30 à 15 h	Discussion sur l'enjeu prioritaire 3	Modérateur – Marie-France Coutu, Ph.D. – Université de Sherbrooke
Pause de 15 h à 15 h 15		
de 15 h 15 à 16 h	Table ronde des partenaires	Modérateur : Jacques A. de Guise, Ph.D. – École de technologie supérieure
de 16 h à 16 h 05	Mot de clôture	
de 16 h 05 à 17 h	Vin et fromage	

Conférenciers et membres de comités

Conférenciers invités

Jeudi 7 mai 2009

Lise Poissant, Ph.D.
École de réadaptation,
Université de Montréal

CRIR - Institut de réadaptation
Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM)

Vendredi 8 mai 2009

Luc Noreau, Ph.D.
Département de réadaptation,
Université Laval

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation
et intégration sociale (CIRRIS)

Jean-Marie Moutquin, MD, M.Sc., FRCSC
Conseiller scientifique et médical - AETMIS

Département d'obstétrique gynécologie
Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke

Membres du Comité d'orientation

Bertrand Arsenault, Ph.D.
Président
École de réadaptation,
Université de Montréal

CRIR – Institut de réadaptation
Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM)

Julie Côté, Ph.D.
Département de kinésiologie et d'éducation physique,
Département d'épidémiologie, de biostatistique
et de santé au travail, Université McGill

CRIR – Hôpital Juif de réadaptation (HJR)

Marie-France Coutu, Ph.D.
École de réadaptation,
Université de Sherbrooke

Centre d'action en prévention et réadaptation
de l'incapacité au travail (CAPRIT)

Centre de recherche, Hôpital Charles LeMoyne

Jacques A. de Guise, Ph.D.
Département de génie de la production automatisée,
École de technologie supérieure (ETS)

Centre de recherche, Centre hospitalier universitaire
de Montréal (CHUM)

Marie-Eve Lamontagne, M.Sc.
Université de Montréal

CRIR – Institut de réadaptation
Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM)

Centre de recherche du Centre hospitalier affilié
universitaire de Québec (CHA)
(Hôpital de l'Enfant-Jésus), Unité de traumatologie-
médecine d'urgence soins intensifs

Michelle McKerral, Ph.D.
Département de psychologie,
Université de Montréal

CRIR – Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB)

Luc Noreau, Ph.D.
Département de réadaptation,
Université Laval

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation
et intégration sociale (CIRRIS)

Bernadette Ska, Ph.D.
École d'orthophonie et d'audiologie,
Université de Montréal

Centre de recherche,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Membres du Comité du soutien logistique

Bertrand Arsenault, Ph.D.
Président

Michel Girard
Consultant

Julie Lecours, M.Sc.
Coordonnatrice

Hélène St-Amand, M.A.P.
Consultante

REPAR FRSQ

États généraux de la recherche en adaptation-réadaptation 2009

Hôtel Grand Plaza
505, rue Sherbrooke Est, Montréal
Jeudi 7 mai et vendredi 8 mai

Formulaire d'inscription individuelle

Les frais d'inscription pour les journées du **jeudi 7 mai 2009** et du **vendredi 8 mai 2009** du Réseau sont de **30 $** pour les cliniciens et pour les étudiants membres du Réseau, de **60 $** pour les membres du Réseau ayant le statut de chercheur régulier, en émergence et associé et de **80 $** pour les personnes qui ne sont pas membre du Réseau. Ils comprennent la participation aux journées des 7 et 8 mai, au cocktail du **jeudi 7 mai**, les repas (déjeuner, dîner), les pauses et le vin et fromage du **vendredi 8 mai**. Cependant, ils excluent les frais de déplacement, d'hébergement, de stationnement et tout autre frais de subsistance.

Nom : _____

Adresse professionnelle complète : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( ) _____

Courriel : _____

Statut :

Régulier ☐ Associé ☐ Étudiant ☐

Émergence ☐ Clinicien ☐ Non membre ☐

Précisez : _____

	oui	non
Participation journée du jeudi 7 mai	☐	☐
Participation assemblée annuelle du jeudi 7 mai	☐	☐
Participation au cocktail du jeudi 7 mai	☐	☐
Participation journée du vendredi 8 mai	☐	☐
Participation au vin et fromage du 8 mai	☐	☐

Vous pouvez transmettre votre inscription par courriel repar.irm@ssss.gouv.qc.ca, par la poste ou par télécopieur au 514 340-2154 pour le **vendredi 3 avril 2009 au plus tard**.

Les inscriptions tardives seront sujettes à la disponibilité des places.

Pour les frais d'inscription, veuillez, s'il vous plaît, libeller votre chèque à l'ordre de l'**Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal a/s du REPAR** et l'envoyer en même temps qu'une copie de votre formulaire d'inscription :

États généraux 2009
Mme Diane Laperle/Bureau de coordination du Réseau
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
6300, avenue Darlington
Montréal (Qc) H3S 2J4

514 340-2771

Notez que les informations relatives à l'hébergement se retrouvent sur notre site Web : www.repar.ca

Compétition 2009
Présentations par affiche

Jeudi le 7 mai 2009

Prix d'excellence en recherche du REPAR

Le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR/FRSQ) organise une compétition pour les présentations scientifiques affichées lors de la journée scientifique annuelle. Cette compétition est accessible aux étudiants de niveau maîtrise et doctorat, aux stagiaires postdoctoraux et aux cliniciens. Quatre prix sont remis à la fin de la journée scientifique annuelle soit un prix par catégorie énumérée précédemment.

Le but de ces prix est de stimuler et de reconnaître l'excellence de la recherche en adaptation-réadaptation. Cette compétition offre une plateforme provinciale pour la diffusion des travaux de recherche et une opportunité de participer à un processus d'évaluation par les pairs.

Vous avez jusqu'au vendredi 3 avril 2009 pour nous transmettre un abrégé par courriel à l'adresse suivante : repar.irm@ssss.gouv.qc.ca

Vous trouverez les règlements relatifs à la présentation par affiche sur notre site Web :

www.repar.ca

Partenaires

Le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR/FRSQ)

www.repar.ca

Centre de recherche inter-disciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain (CRIR)

www.crir.ca

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)

www.cirris.ulaval.ca

Centre de recherche sur le vieillissement

www.cdrv.ca

Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)

www.iugm.qc.ca

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

www.irsst.qc.ca

Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine

www.hsj.qc.ca

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

www.msss.gouv.qc.ca

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)

www.aetmis.gouv.qc.ca

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ)

www.aerdpq.org

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)

www.aqesss.qc.ca

Journée scientifique
Réseau provincial de Recherche en adaptation-réadaptation

Réseau thématique du FRSQ

Abrégés des affiches présentées par les étudiants et les cliniciens du Réseau

Hôtel Grand Plaza, Montréal

Le 7 mai 2009

Ballaz, Laurent – 1

Approche multidisciplinaire de la marche chez des enfants atteints d'une paralysie cérébrale.

Introduction: L'efficience de la marche des enfants atteints d'une paralysie cérébrale (PC) est faible, traduisant une vitesse réduite et une dépense énergétique élevée. **Objectifs:** Étudier la relation entre l'efficience de la marche et la cinématique de la marche, la force musculaire et le niveau fonctionnel. **Méthodes:** Dix enfants (14-22 ans) atteints d'une PC spastique (niveau I-IV) ont réalisé un test de marche de 5 minutes. La distance parcourue, la fréquence cardiaque lors de la dernière minute de ce test (FCmarche) et la fréquence cardiaque de repos (FCrepos), ont permis de calculer l'index de dépense énergétique à la marche (IDE). Une analyse cinématique tridimensionnelle de la marche et une mesure de la force musculaire maximale isométrique au genou par dynamométrie portable ont été réalisées chez tous les sujets. Le niveau de spasticité des muscles quadriceps a été quantifié par la valeur maximale de la vitesse de rotation de la jambe lors d'un pendulum test. Les dimensions D et E de la « Gross Motor Function Measurement » (GMFM) ont également été évaluées. **Résultats:** L'IDE (1,5±0,7 bat/m, range 0,6-2,6) est corrélée avec la vitesse de marche (R^2=0,63; p<0,01), et avec l'angle maximum de flexion plantaire (R^2=0,49; p=.01), l'amplitude articulaire mobilisée à la cheville (R^2=0,62; p<0,01) et la longueur du pas (R^2=0,50; p<0,05), lors de la marche. La force maximale isométrique de flexion du genou est la seule mesure de force corrélée (R^2=0,68; p<0,01) avec l'IDE. Les dimensions D et E de la GMFM sont corrélées avec l'IDE (R^2=0,86; p<0,001 et R^2=0,79; p<0,001, respectivement) et avec la force maximale de flexion du genou (R^2=0,70; p<0,001 et R^2=0,56; p<0,05, respectivement). Les dimensions D et E de la GMFM sont aussi corrélées avec l'amplitude articulaire sollicitée lors de la marche (R^2=0,68; p<0,001 et R^2=0,54; p<0,05, respectivement). **Discussion-conclusion:** L'amplitude mobilisée à la cheville à la marche et la force maximale de flexion du genou sont des facteurs clés pour maintenir une marche efficiente et un niveau fonctionnel élevé chez les enfants atteints d'une PC.

BALLAZ, Laurent[1,2], PLAMONDON, S [3], LEMAY, M [1,3]

[1]*Université du Québec à Montréal.*
[2]*Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation – REPAR.*
[3]*Centre de Réadaptation Marie-Enfant – CHU Sainte-Justine, Montréal.*

Beaulieu, Louis-David – 2

Critical doses of repetitive peripheral magnetic stimulation to improve the sensorimotor function of foot 30 years after cerebral aneurysm rupture.

Rationale: Recovery of foot function was tested using repetitive theta-burst stimulation (TBS) in a patient having sustained right cerebral aneurysm rupture 30 years ago. The patient reported increasing fatigue against left foot/ankle paresis and spasticity. From previous results on brain TBS, we hypothesized that peripheral and continuous TBS (cTBS) of the tibial nerve could modulate spinal reflex hyperactivation and thus decrease ankle plantiflexors spasticity (soleus) and promote activation of dorsiflexors (TA).
Methods: Different cTBS doses were tested on 3 successive days: (1) 3x1min; (2) 5x1min; (3) 3x1min, with 30sec off between repetitions. The soleus H-reflex (H) was conditioned ($H_{conditioned}$) during quiet standing by electrical stimulation of TA common peroneal nerve (CPN) in pre/post-cTBS to detect acute effects on spinal circuits. CPN-H inter-stimulus interval (ISI) of 3ms probes postsynaptic inhibition of soleus α-motoneurons whereas ISI-70ms probes presynaptic inhibition on soleus Ia-afferents. Ankle passive dorsiflexion and spasticity were assessed.
Results: Pre-TBS $H_{conditioned}$ was abnormally facilitated, especially at ISI-70ms (*p<0.0001*). At day-1, presynaptic inhibition was recovered after 3'-cTBS (*p=0.003*), spasticity was 20%-decreased, passive dorsiflexion was 20°-increased, and unexpectedly, tactile toe discrimination was improved and a 25°-active ankle dorsiflexion was recovered 7min after cTBS cessation. However, cTBS at day-2 induced a dramatic 31%-facilitation of $H_{conditioned}$ (*p=0,01*) and abolished the improvements with 18%-increase in spasticity. Foot sensitivity and mobility remained absent until the next week when spasticity decrease was obtained by new 3'-cTBS administration.
Conclusions: The decrease of spasticity may rely on the restoration of presynaptic inhibition. Also, 3'-cTBS doses seem to be critical to improve the sensorimotor function of the paretic foot. Overactivation of afferents by 5'-cTBS may have saturated cortical networks remaining available for sensorimotor rehabilitation. Current testing addresses this issue to restore lost improvements using other TBS protocols.

BEAULIEU, Louis-David[1], SCHNEIDER, Cyril[1], FLAMAND, Véronique[1], MASSÉ-ALARIE, Hugo[1]

[1]*Université Laval – Département de Réadaptation, Centre de recherche du CHUL (CHUQ) - Neurosciences Laboratoire de Neurophysiologie Humaine*

Beaupré, Michelle – 3

Chronic Pain and Attentional Management in Mild Traumatic Brain Injury Patients.

Mild traumatic brain injury (mTBI) patients frequently present co-morbid chronic pain (CP) conditions. Prior research has demonstrated that taken individually, mTBI as well as CP impact the executive component of the attentional system. A stimulus-driven approach has been adopted by some, who have examined how material perceived by CP patients as threatening (i.e. stimuli representing pain) impacts the executive component. Results of studies making use of the emotional Stroop task, a variant form of the Stroop task which plays on word meaning, suggest that the executive attentional system less efficiently processes stimuli that an individual perceives as threatening. Using a pictorial version of the Stroop task, the present study aimed to demonstrate how CP contributes to the executive function deficits observed in mTBI patients. We also sought to determine if stimuli representing pain had a greater impact on attentional executive functioning than stimuli reflecting an emotion such as anger or than stimuli perceived as neutral, in patients suffering from mTBI and also from CP, in mTBI patients without CP, as well as in normal controls. Results obtained in both groups of mTBI subjects show a significant ($p<0.05$) increase in reaction time when compared to controls. Furthermore, mTBI subjects suffering from CP are slower than mTBI patients without CP as well as normal controls, when images representing pain or anger are involved, in comparison to neutral conditions. In conclusion, our results indicate that CP contributes to poor attentional management in mTBI patients. The modified Stroop pictorial paradigm used is efficient in demonstrating this deficit.

BEAUPRÉ, Michelle[1,2], McKERRAL, Michelle[1,2]

[1]*Département de psychologie, Université de Montréal.*
[2]*Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation – Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal.*

Blanchette, Andréanne – 4

Effets de l'application d'un champ de force résistant les muscles fléchisseurs dorsaux sur le patron locomoteur lors de la marche sur tapis roulant.

Introduction : Il a été démontré que la marche en présence d'un champ de force (CdF) peut modifier le patron d'activation musculaire et que ces modifications persistent suite au retrait du CdF. Cependant, avant d'envisager l'utilisation de cette approche pour rééduquer la marche, il faut valider que l'application du CdF produit des modifications pouvant améliorer la marche de personnes ayant une incapacité locomotrice.
L'**objectif** est de décrire les effets de l'application d'un CdF résistant les fléchisseurs dorsaux pendant la phase d'oscillation sur la cinématique et le patron d'activation musculaire du membre inférieur lors de la marche sur le tapis roulant.
Méthodologie : Onze sujets sans incapacité locomotrice, âgés entre 22 et 53 ans, ont marché avant, pendant et après 5 minutes d'exposition au CdF. Le CdF était appliqué, par une orthèse robotisée, spécifiquement lors de la phase d'oscillation. Le déplacement angulaire de la cheville et du genou, ainsi que l'activité électromyographique (EMG) de 5 groupes musculaires ont été enregistrés en continu.
Résultats : Pendant la marche avec le CdF, les sujets se sont graduellement adaptés en réduisant l'erreur de mouvement présente à la cheville, passant de $5.7°\pm1.1$ à $3.1°\pm1.0$ ($p<0.001$). À l'état adapté, l'amplitude moyenne de l'activité EMG des fléchisseurs dorsaux, mesurée entre 46 et 86% du cycle de marche, a augmentée comparativement à la marche contrôle (augmentation de 17 à 297%, dépendamment de l'individu; $p=0.003$). Cette augmentation a persisté suite au retrait du CdF, causant une augmentation de flexion dorsale de $5.2°\pm2.3$ chez 9/11 sujets pendant l'oscillation. Graduellement, le patron locomoteur est revenu à la normale.
Conclusion : Ces résultats démontrent qu'il est possible d'augmenter l'activation des muscles fléchisseurs dorsaux, de sujets sans incapacité locomotrice, en appliquant un CdF spécifique pendant la marche. Cette modification persiste suite au retrait du CdF et cause une augmentation de l'amplitude de flexion dorsale lors de l'oscillation. L'étape subséquente évaluera si cette approche a les mêmes effets chez des personnes ayant une incapacité locomotrice d'origine neurologique.

BLANCHETTE, Andréanne[1], LAMBERT, Sébastien[1], RICHARDS, Carol L.[2], BOUYER, Laurent[2]

[1] *CIRRIS, Faculté de médecine, Université Laval.*
[2] *CIRRIS, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval.*

Bolduc-Teasdale, Julie – 5

Étude électrophysiologique des processus de récupération de l'attention visuo-spatiale suite à un traumatisme crânio-cérébral léger (TCCL).

Most brain injuries are classified as being mild (80%). Mild Traumatic Brain Injuries (mTBI) often cause diffuse axonal injuries induced by extreme forces in the brain after sudden deceleration. Up to 15% of individuals show persisting symptoms of cognitive nature (memory and attention) even after a 6 month recovery period. Although studies have showed that those patients have normal performances on neuropsychological tests, cognitive symptoms often compromise patients' return to work and daily routine.
The purpose of this study was to develop precise and sensitive markers for the diagnosis of post mTBI deficits in attention functions. To reach this goal, we have developed a new task that permits a tracking of the processes involved in the deployment of visual spatial attention via different electrophysiological components (P3a, P3b, N2pc, and SPCN).
A group of 15 mTBI patients was tested twice: 1-3 months post-trauma (acute phase), and 6 months post-trauma (expected post-recovery period). Their data was compared to 15 normal controls paired for age, gender, and education level.
Relative to controls, results indicated that patients in the acute phase showed a significant decrease in the amplitudes of the SPCN and P3b waves despite normal neuropsychological results. Decreased amplitudes for the N2pc and P3a waves in these patients were also obtained. There was an increase over time in the amplitudes of all components in mTBI patients, suggesting that recovery processes were present 6 months post-injury. However, components related to higher-level attentional processing related to symptomatology remained affected.

BOLDUC-TEASDALE, Julie[1,2], JOLICOEUR, Pierre[1], MCKERRAL, Michelle[1,2]

[1]*Département de psychologie, et Centre de Recherche en Neuropsychologie et Cognition, Université de Montréal.*
[2]*Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation – Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal.*

Bourgeois, Nicholas – 6

Effets d'un entraînement sur tapis roulant chez la clientèle post-AVC en stade chronique.

Introduction : La mobilité des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) est marquée par une diminution de la vitesse de marche, une perte d'endurance, des patrons de mouvements altérés, un équilibre précaire et une augmentation du coût énergétique. Ainsi, l'amélioration de la marche est un objectif prioritaire pour les personnes hémiparétiques. La marche sur tapis roulant est un exercice orienté vers la tâche qui peut améliorer les performances de marche et stimule plusieurs systèmes physiologiques. L'effet d'un entraînement sur tapis roulant sur ces différents systèmes physiologiques est mal connu chez des personnes avec une hémiparésie chronique. **Objectif :** Mesurer l'effet d'un entraînement sur tapis roulant sur les données spatio-temporelles de la marche, les réponses cardio-respiratoires incluant la consommation d'oxygène (VO_2) et l'index du coût physiologique (ICP). **Méthodologie :** La marche de dix sujets hémiparétiques en stade chronique a été évaluée cliniquement, avec un appareil Cosmed K4b^2 et en laboratoire avec un système d'analyse de mouvement. L'entraînement sur tapis roulant était d'une durée de dix semaines avec trois séances de 20 minutes par semaine. Chaque sujet effectuait un bloc de 4 semaines avec un poids à la cheville et l'autre 4 semaines sans poids. **Résultats :** L'entraînement sur tapis roulant a amélioré significativement la mobilité et certaines mesures cliniques comme la distance au test de marche de 6 minutes et l'index du coût physiologique. L'augmentation des vitesses de marche, naturelle et rapide, semble être expliquée par l'augmentation de la cadence et de la longueur de cycle. L'analyse des données individuelles de vitesse de marche sur dix mètres montre que les effets de l'entraînement diffèrent selon les sujets. L'intervention analysée dans la présente étude a amélioré la vitesse de marche naturelle de façon importante par rapport aux résultats obtenus par des études antérieures similaires. L'ajout de charge à la cheville, combiné à la difficulté de l'entraînement (pente et vitesse de marche supérieure à la vitesse confortable) pourrait expliquer l'ampleur des améliorations mesurées. **Conclusion :** L'entraînement sur tapis roulant a amélioré certaines composantes de la marche ainsi que certains paramètres cardio-respiratoires chez les participants. Dans de futurs travaux, l'effet spécifique de la charge à la cheville sur les performances de marche et la force maximale de différents groupes musculaires des membres inférieurs sera analysé, de même que les facteurs expliquant pourquoi certains patients ne bénéficient pas des effets de l'entraînement.

BOURGEOIS, Nicholas[1], DUCLOS, Cyril[1,2,3], NADEAU, Sylvie[1,2,3]

[1]*École de réadaptation, Université de Montréal,* [2]*Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal,* [3]*Équipe Multidisciplinaire en Réadaptation Locomotrice, IRSC*

Boyer, Catherine – 7

Je conjugue donc je comprends ?

Introduction : L'utilisation de symboles graphiques constitue un exemple d'outils de suppléance à la communication auquel de nombreux enfants ont recours pour communiquer lorsqu'ils ne peuvent utiliser la parole. La présente étude s'est penchée sur le niveau de compréhension que peuvent démontrer de jeunes enfants d'une série de deux ou trois symboles qui forment un énoncé. Ainsi, des tâches de lecture et d'interprétation de symboles ont été menées en posant l'hypothèse que l'échec de la tâche d'interprétation de symboles est dû à une incompréhension qui est marquée, dans la tâche de lecture, par la production de verbes à l'infinitif. **Matériel et méthode :** La tâche de lecture implique que le participant traduise à haute voix une série de deux ou trois symboles, alors que la tâche d'interprétation de symboles requiert du participant qu'il transpose la même série de symboles en action (spectacle de marionnettes). Deux types de symboles ont été utilisés (PCS et symboles Bliss) et leur attribution à un participant est aléatoire. Les données de 97 participants francophones, âgés entre 3 et 6 ans et présentant un développement normal ont été recueillies et compilées. **Résultats :** Les résultats diffèrent selon l'âge des participants, mais aucun effet du type de symbole utilisé n'est relevé. D'abord, la proportion d'enfants produisant des verbes à l'infinitif passe de 73% pour le groupe des 3 ans à 5% pour les participants de 6 ans. De plus, la majorité des enfants de 3 ans qui produisent des verbes à l'infinitif échouent la tâche d'interprétation de symboles (8/10). De la même façon, les participants de 4 ans qui produisent des verbes à l'infinitif ne réussissent pas la tâche d'interprétation de symboles (11/16). Les participants de 5 ans utilisent presque exclusivement des verbes conjugués et réussissent facilement la tâche d'interprétation de symboles (19/20), comme les participants de 6 ans qui réussissent tous la tâche d'interprétation de symboles (21/21) avec un seul enfant qui produit des verbes à l'infinitif. **Conclusion :** Plus les participants se rapprochent de l'âge scolaire, plus ils produisent de verbes conjugués et plus ils réussissent la tâche d'interprétation de symboles, ce qui laisse croire qu'ils comprennent qu'une série de symboles graphiques peut véhiculer un message.

BOYER, Catherine[1,2,3], TRUDEAU, Natacha[1,2,3], SUTTON, Ann[1,2,3]

[1]*Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine, Montréal,* [2]*Centre de réadaptation Marie-Enfant, Montréal,* [3]*École d'orthophonie et d'audiologie, Université de Montréal.*

Briand, Marie-Michèle – 8

Rotations des ceintures pelvienne et scapulaire des adolescents atteints de scoliose idiopathique lors de la marche.

Introduction : La scoliose idiopathique de l'adolescence (SIA) est une déformation tridimensionnelle de la colonne vertébrale et de la cage thoracique. Cette pathologie affecte environ 4 % de la population et est la forme de scoliose la plus commune. Ces déformations affectent autant les structures osseuses que musculaires du rachis. Conséquemment, nous croyons que le patron de marche des personnes atteintes de SIA serait modifié par de tels changements et que des rotations asymétriques des ceintures pelvienne et scapulaire répétées pourraient être à l'origine d'une progression de la scoliose. Les rotations de ces ceintures ont été mesurées à la marche chez des adolescents atteints de SIA. **Méthodes :** Les déplacements de marqueurs réfléchissants apposés sur des points anatomiques ont été enregistrés à l'aide de huit caméras optoélectroniques (VICON 512TM, Oxford Metrics inc., Oxford, UK). Les participants ont effectué dix essais de marche à vitesse naturelle. Les déplacements angulaires des ceintures pelvienne et scapulaire dans les plans transverse et frontal lors d'un cycle de marche ont été quantifiés. **Résultats :** Un groupe contrôle de neuf participants (âge : 14,4 ± 0,9 ans, taille : 161,2 ± 9,7 cm, poids : 55,0 ± 9,5 kg) a été apparié pour l'âge et le genre à un groupe expérimental de 10 patients (âge : 15,0 ± 0,9 ans, taille : 158,0 ± 7,6 cm, poids : 51,5 ± 9,8 kg) ayant une scoliose de moins de 15 degrés et n'ayant subi aucun traitement jusqu'à ce jour. Les angles mesurés dans les plans transverse et frontal pour la ceinture pelvienne et scapulaire ne sont pas significativement différents entre les deux groupes. Toutefois, les corrélations croisées effectuées entre ces deux ceintures permettent de mettre en évidence une différence significative au niveau du synchronisme dans le plan frontal. **Conclusion :** Les rotations des ceintures pelvienne et scapulaire des adolescents atteints de SIA de moins de 15 degrés ne présentent pas de différences significatives avec celles des sujets contrôles. Par contre, la coordination entre ces ceintures était plus fortement corrélée chez le groupe contrôle comparativement au groupe SIA.

BRIAND, Marie-Michèle[1], CHARBONNEAU, Mathieu[1], LABELLE, Hubert[2], PRINCE, François[1]

[1]*Laboratoire de Posture et de Locomotion, Centre de Réadaptation Marie-Enfant, Montréal.*
[2]*Équipe thématique musculo-squelettique, Centre de recherche, CHU Ste-Justine, Montréal.*

Butler, Heather L. – 9

Fear of pain influences abdominal temporal activation patterns during trunk flexion-extension in individuals with chronic low back pain.

In chronic low back pain (LBP) patients, both neuromuscular and fear of pain variables have been identified as contributing to the long-term disability of the individual. However, it is unclear whether fear of pain influences neuromuscular outcomes and if attention can mediate this relationship. Surface electromyograms and kinematic variables were recorded from 54 LBP subjects. The subjects were placed in either a high (13-male, 13-female) or low (14-male, 14-female) fear of pain group based on median scores from the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). The subjects performed trunk flexion-extension during four conditions where their attention was manipulated: (1) focused on their pain (2) to the timing of a metronome, (3) two-digit recall, and (4) four-digit recall. Pattern recognition techniques were applied to four abdominal (4 muscles) to examine how trunk muscle temporal waveforms changed during different attention demands and whether fear of pain or sex mediated this response. Four primary effects were observed in the results. First, the timing of muscle recruitment was the same for both high and low fear of pain groups whether their attention was focused on their pain or distracted from it. Second, the internal oblique waveform showed a burst of activity during full flexion that characterized the low fear of pain group, but was absent for the high fear of pain group. Third, differential effects were observed between males and females. Finally, the performance of the task, as indicated by minimal range of motion changes, was consistent across conditions and groups suggesting that the neuromuscular responses observed in the present study are independent of kinematic influences. This study demonstrated that while attention did not effect trunk muscle temporal recruitment, the level of fear of pain mediated the temporal response of the abdominal muscles in LBP patients.

BUTLER, Heather L.[1], LARIVIERE, Christian[2], SULLIVAN Michael J.L.[1]

[1]*Department of Psychology, McGill University, Montreal.*
[2]*Occupational Health and Safety Research Institute Robert-Sauvé, Montreal.*

Canizales, Dora Linsey – 10

Influence de la perspective visuelle sur l'évaluation de la douleur d'autrui.

Problématique : Les études sur l'empathie pour la douleur démontrent que l'observation de la douleur active les réseaux corticaux impliqués dans l'expérience réelle de la douleur dans le cerveau de l'observateur. Selon Decety, Jackson et Brunet (2006), le processus de prise de perspective visuelle permet à une personne de comprendre la perspective d'autrui même si celle-ci est visuellement différente de la sienne. Des études en neuroimagerie notent qu'il existe une distinction des régions corticales activées lors de l'observation d'actions présentées dans différentes perspectives visuelles. Notre étude novatrice a pour objectif d'examiner l'influence de la perspective visuelle sur l'évaluation de la douleur observée chez autrui. **Méthodologie :** 20 participants droitiers en bonne santé (11 femmes, âge moyen = 25) ont observé une série d'images pseudo-dynamiques de mains droites en situation neutre ou douloureuse (condition Douleur) présentées dans une perspective visuelle à la 1ière (p.ex. égocentrique) ou à la 3ième personne (p.ex. allocentrique) (condition Perspective). L'instruction consistait à évaluer verbalement l'intensité de la douleur observée dans ces images selon une échelle visuelle variant entre 0 (aucune douleur) à 10 (douleur la plus intense). Les images étaient présentées par le biais d'un programme informatique comprenant 8 blocs de 12 essais où chaque condition était répétée 6 fois dans un ordre randomisé. **Résultats :** Les résultats indiquent que l'évaluation de l'intensité de la douleur observée dans les clips douloureux est inférieure lorsqu'ils sont présentées dans une perspective visuelle à la 3ième personne comparativement à la 1ière personne ($t(19)=11.98$, $p <.0$). De plus, une ANOVA à mesures répétées (Perspective X Genre) montre que la différence de l'intensité de la douleur perçue selon la perspective visuelle n'est constatée que chez les hommes ($F(1,19)=135.92$, $p <.0$). **Conclusion :** Ces résultats suggèrent que la perspective visuelle peut influencer la perception de la douleur observée chez un tiers selon le genre de l'observateur. Ces conclusions exposent une avenue intéressante dans l'étude sur l'empathie pour la douleur. Des applications cliniques sont possibles, notamment dans le développement des techniques de traitement axées sur la désensibilisation à la douleur pour les personnes souffrant de douleur chronique.

CANIZALES, Dora Linsey [1,2], COLL, Michel-Pierre[1,2], MICHON, Pierre-Emmanuel[2] , JACKSON, Philip[1,2]

[1]*École de Psychologie, Université Laval, Qc.*
[2]*CIRRIS, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.*

Champagne, Annick – 11

Effets de l'âge sur la fatigabilité des muscles extenseurs lombopelviens durant un test clinique d'extension isométrique du dos.

Introduction : Les affections vertébrales sont la problématique musculosqueletique la plus fréquente chez les personnes âgés de 65 ans et plus. Les douleurs lombaires chroniques (DLC) touchent le tiers de cette population mensuellement. En présence de DLC, on observe une diminution de l'endurance musculaire des paraspinaux chez les adultes en âge de travailler. Des tests cliniques et des valeurs normatives sont établis et la littérature est détaillée sur la neurophysiologie de la fatigue des paraspinaux chez les jeunes adultes. Cependant, il existe très peu d'information chez les aînés. L'objectif de cette étude est donc de comparer l'endurance et la fatigabilité des extenseurs lombopelviens entre les jeunes adultes et les aînés. **Méthode :** Dix-neuf jeunes adultes et 16 sujets aînés ont réalisé un test de Sorensen modifié (sur une chaise Romaine orientée à 45°). La force maximale a été évaluée par un test d'extension du dos isométrique en position semi-accroupie. L'endurance (en secondes), la perception de l'effort (échelle de Borg de 0 à 10) et la fatigabilité des extenseurs lombopelviens (diminution post-fatigue de la force maximale et indice EMG) ont été enregistrés. La diminution de la fréquence médiane du signal EMG en fonction du temps (pente MPF/t) a été utilisée comme indice de fatigue musculaire. **Résultats/discussion :** Les sujets aînés tendent vers une diminution de la durée de test comparativement aux jeunes adultes, bien que cette différence ne soit pas significative (296.7 +/- 84 vs 330 +/- 80 sec). La perception de l'effort et la diminution post-fatigue de la force maximale sont similaires entre les jeunes et les aînés, malgré que les aînés génèrent systématiquement moins de force. Les jeunes adultes montrent une fatigabilité significativement accrue au niveau des paraspinaux L5 (pente MPF/t supérieure) comparativement aux aînés (-0.313 ± 0.16 vs -0.125 ± 0.102; $t(31) = -3.92$; p 0.000). La force maximale est significativement associée avec le temps d'endurance chez les jeunes adultes (r = 0.51), mais pas chez les sujets aînés (r = -0.04). **Conclusion :** Avec le vieillissement, l'endurance des extenseurs lombopelviens semble être influencé par différents mécanismes neurophysiologiques. Les normes d'endurance des muscles du tronc (e.g. test de Sorensen) des jeunes adultes devraient donc être utilisées avec précaution chez les aînés. La prochaine étape sera d'évaluer l'endurance et la fatigabilité des extenseurs lombopelviens chez des sujets aînés DLC.

CHAMPAGNE, Annick[1], DESCARREAUX, Martin[2], LAFOND, Danik[1]

[1] *Département des Sciences de l'activité physique, Université du Québec à Trois-Rivières*
[2] *Département de Chiropratique, Université du Québec à Trois-Rivières.*

Chan-Thim, Emilie – 12

Pulmonary Rehabilitation as an Aid to Smoking Cessation: A Preliminary Study.

Purpose: Smoking cessation is the single most effective intervention to slow down the progression of airflow obstruction in individuals with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Unfortunately, a minority of smokers achieves and maintains cessation even in a population with a smoking-related condition. Pulmonary rehabilitation (PR) has become widely recognized as a cornerstone in the management of COPD. The inclusion of smokers in PR is often debated. However, the role of PR as a potential aid to smoking cessation has been much less considered. The main objective of this preliminary retrospective study was to compare smoking cessation rates between COPD patients who completed a structured PR program and those who received usual care. **Methods:** Data were obtained from a computerized database provided by the pulmonary function testing lab at Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (HSCM). Inclusion criteria were: 1) evidence of COPD according to GOLD standards (FEV1/FVC < 0.7); 2) two or more pulmonary function test results with carboxyhemoblogin (HbCO) measurements; and 3) an initial HbCO ≥ 2% suggesting an active smoking status. The sample was divided into two subgroups: those who completed a structured PR program at HSCM (PR group) and those who did not (non-PR group). The evolution of smoking status was compared between the two subgroups. More specifically, the proportion of subjects with an HbCO < 2% at follow-up was compared with a Mann-Whitney test. **Results:** A total of 413 patients were included in the present study; 27 patients were in the PR group while the remaining 386 were in the non-PR group. The average follow-up duration was 31 ± 24 months. At the last available follow-up, 81.5% of subjects from the PR group versus 46.1% from the non-PR group ($p < 0.01$) had an HbCO value < 2%, suggesting at least short-term abstinence from smoking. In addition, 37% of subjects in the PR group, compared to 8% in the non-PR group ($p < 0.05$), had two or more consecutive final HbCO measurements < 2%, potentially suggesting sustained quitting. **Conclusion:** Results from this preliminary study suggest that PR may play a role as an aid to smoking cessation in COPD patients. These results highlight the need for future well-designed intervention studies addressing this question.

CHAN-THIM, Emilie[1,2], BEAUCAGE, Pierre[1], RIZK, Amanda[1,2], PARENTEAU, Simon[3], JULIEN, Marcel[3], DESJARDINS, Alain[3], DE LORIMIER, Myriam[1], PEPIN, Véronique[1,2]

[1]*Axe de recherche en santé respiratoire, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.*
[2]*Department of Exercise Science, Concordia University, Montreal.*
[3]*Service de pneumologie, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.*

Chedevergne, Fany – 13

Nouvelle instrumentation pour l'étude de la marche sur plan incliné.

Les dénivellations de surfaces sont fréquemment rencontrées dans les déplacements quotidiens et se présentent sous forme de plans inclinés ou d'escaliers à négocier. La marche dans l'environnement exige des adaptations locomotrices qui modifient les exigences mécaniques et musculaires au niveau des membres inférieur en particulier chez les personnes présentant des problèmes de mobilité et de déficiences physiques. À moyen terme, l'objectif de ce projet sera de comparer chez un même groupe d'individus en santé, les stratégies cinématiques, cinétiques et musculaires utilisées lors de la montée et descente de l'escalier (setup déjà disponible) à celles obtenues lors de la négociation d'un plan incliné (setup à développer). La première étape a donc consisté à construire un plan incliné instrumenté et en évaluer les caractéristiques mécaniques pour s'assurer de leur convenance pour l'analyse de la marche humaine. Le plan incliné nouvellement développé présente une pente de 8.5° (15%) sur une longueur de 4 m et une largeur de 1.2 m, suivie d'un plateau de 1.25 m2 à son extrémité supérieure. Il comprend en son centre l'assemblage de deux plateformes de force OR6-6-1000 de AMTI® (46 x 51 cm). Un test de marche à vitesse naturelle a permis de déterminer la bande passante de la marche, soit la bande de fréquence englobant 90% de la puissance du spectre du signal enregistré par les plateformes. Par ailleurs, la fréquence naturelle, l'amortissement et le déphasage du signal de force au sol ont été étudiés au travers de tests de choc effectués sur les plateformes de forces et la structure inclinée. Les résultats révèlent des erreurs négligeables au niveau de l'intensité de la force appliquée (0.07%) et du délai de mesure (0.004 ms). L'erreur de localisation du centre de pression par les plateformes inclinées, mesurée à 57 reprises sur 36 emplacements distincts via un test de mise en charge (23.5 kg) par contact ponctuel, présente une valeur RMS de 3 mm. Ainsi, le plan incliné instrumenté montre des caractéristiques acceptables pour évaluer la marche. La prochaine étape, qui consiste à évaluer des sujets sains, est présentement en cours et l'étude de patients ayant des problèmes de mobilité dans l'environnement est planifiée.

CHEDEVERGNE, Fany [1], DESJARDINS, Pierre[1], NADEAU, Sylvie[1], AISSAOUI, Rachid[2]

[1] CRIR, IRGLM, Laboratoire de Pathokinésiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal.
[2]CRIR, Laboratoire de Recherche en Imagerie et Orthopédie, Département de génie de la production automatisée, École de technologie supérieure de Montréal.

Cisneros, Eduardo – 14

Particularités cliniques en termes diagnostiques et de réadaptation des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral en âge avancé.

Problématique : L'interaction entre l'accélération du vieillissement démographique et l'incidence du traumatisme craniocérébral (TCC) en âge avancé permet de prévoir une augmentation significative de cas de personnes âgées que subira un TCC dans les années à venir. Il est, donc, impératif de réfléchir aux procédures de réadaptation pouvant répondre plus efficacement aux besoins spécifiques de ces personnes compte tenu des particularités neurologiques, physiques et psychosociales liées au vieillissement. Les programmes de réadaptation actuellement en place ont été conçus pour des personnes adultes jeunes ils ne sont donc pas adaptés à de telles particularités. Les équipes de réadaptation nécessitent d'une actualisation des connaissances et des habiletés cliniques appropriées dans le cadre des programmes intégrés de réadaptation. Le but de cette étude était d'identifier des particularités cliniques des personnes âgées pouvant servir de base pour la conception d'un programme de réadaptation plus ajusté aux besoins spécifiques de cette clientèle. **Méthodologie :** Une recherche bibliographique incluant les mots clés *tbi, older, aging, head injury, rehabilitation, assessment* fut effectuée sur les serveurs medline et psychlist, ainsi que dans les bibliothèques affiliées au réseau de la réadaptation afin d'identifier les caractéristiques cliniques devant être tenues en considération pour le développement de programmes de réadaptation auprès des personnes ayant subi un TCC en âge avancé. **Résultats :** Cette affiche synthétise des informations sur les particularités neuroanatomiques et neurophysiologiques du cerveau de la personne âgée, ainsi que des particularités neurocognitives et des résultats de recherches pertinentes à la conception d'un modèle de réadaptation. On propose la conduction d'une recherche sur l'efficacité d'un programme modulaire de réadaptation cognitive auprès de personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral en âge avancé.

CISNEROS, Eduardo[1,2], ANSALDO, Ana-Inés[3,4], BOUCHARD, Christine[1], LÉVEILLÉ, Geneviève[1] CHARRETTE, Gilles[1], McKERRAL, Michelle[1,2]

[1]CRIR, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal, [2]Département de psychologie, Université de Montréal.
[3]Département d'orthophonie et audiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal, [4]Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Côté-Giroux, Patricia – 15

Constance et stratégies utilisées pour des tâches de compréhension et production chez des personnes utilisant des systèmes de suppléance à la communication.

Problématique : Plusieurs personnes atteintes d'un déficit moteur ou de troubles sévères de la parole ou du langage utilisent un système de suppléance à la communication (SCO). Certains d'entre eux s'exprimeront à l'aide de symboles graphiques. Cette modalité peut engendrer des défis de production et de compréhension chez l'utilisateur. **Objectifs :** Cette étude vise à déterminer la façon donc les participants produisent et interprètent les séquences de symboles graphiques. Utilisent-ils une stratégie, et celle-ci représente-t-elle la cible déterminée par les sujets témoins (Trudeau *et al.*, 2007) ? La compréhension des énoncés graphiques influence-t-elle la production de ces derniers ? **Méthodologie :** Vingt-trois participants présentant un trouble sévère de la parole et utilisant la SCO, regroupés selon le niveau de compréhension du langage oral (A : préscolaire; B : primaire; C : adolescents et adulte), ont participé à cette étude. Les sujets devaient interpréter et produire trois structures à l'aide de symboles graphiques: les phrases simples (NVN) et les phrases complexes relatives au sujet (SS : NaVN) ou à l'objet (OS : NVNa). *Production* : Le participant devait reproduire le stimulus (visuel et oral) à l'aide de symboles. *Interprétation* : Une séquence de symboles, accompagnée de 4 photos, apparaissait à l'écran. Le participant devait sélectionner la photo correspondant à la séquence de symboles. **Résultats :** La constance dans les réponses semble augmenter avec le niveau de compréhension du langage oral et ce pour les 3 structures dans les 2 tâches. En production, environ 50% des sujets ont adopté une stratégie et ce dans les 3 conditions. 100% de ces derniers ont obtenu la cible dans la condition simple, 86% en OS et 55% en SS. En compréhension, 87% des participants ont adopté une stratégie pour les phrases simples, 48% en SS et 44% en OS. De ces participants, 95% ont obtenu la cible dans la condition simple et 100% en OS et SS. Concernant l'atteinte de la cible, un test chi-carré significatif pour la structure SS a permis d'établir une relation entre les tâches de production et compréhension. **Conclusion :** L'utilisation d'une stratégie ainsi que l'atteinte de la cible semblent varier en fonction des structures. Cependant, la structure SS semble plus difficile à traiter.

CÔTÉ-GIROUX, Patricia[1,2,3], TRUDEAU, Natacha[1,2,3], SUTTON, Ann[1,2,3]

[1]*Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine, Montréal,* [2]*Centre de réadaptation Marie-Enfant, Montréal,* [3]*École d'orthophonie et d'audiologie, Université de Montréal.*

Courtois, Frédérique – 16

Les activités de la vie quotidienne préviennent-elles les symptômes du syndrome métabolique chez des personnes blessés médullaires ?

Introduction : Le syndrome métabolique (SM) touche un nombre de plus en plus important de personnes blessées médullaires. **Objectif** : Évaluer la relation entre l'activité physique pratiquée et l'apparition de symptômes du syndrome métabolique chez les hommes blessés médullaires. **Méthode** : La présence de symptôme du SM a été évaluée chez quatorze hommes souffrant d'une blessure médullaire traumatique (ASIA A-D, niveau C5-T7, âge 28-59 ans, 9,1±9 depuis la lésion). La circonférence abdominale et la pression artérielle de repos ont été mesurées. Un dosage sanguin incluant le taux de triglycérides, le taux de HDL et le taux de glucose, a permis, sur la base des normes nationales américaines, de déterminer la présence de symptôme métabolique. La présence de trois d'entre eux définissant un SM. Les participants ont également été évalués suivant le questionnaire « Physical Activity Recall Assessment for People with Spinal Cord Injury » **Résultats :** Les tests sanguins mettent en évidence, la présence d'un SM chez 21% (3/14) des participants; 42% (6/14) ont deux symptômes du SM et 14% (2/14) ont un symptôme du SM. Cinquante sept pour cent (8/14) des participants souffrent d'obésité (tour de taille>102 cm). Seulement 3 sujets ont de bonnes analyses sanguines. De manière surprenante, les participants avec deux symptômes du SM ou avec un SM avéré passent plus de temps ($p<0.05$) à réaliser des activités de la vie quotidienne dites modérées que le groupe de sujets montrant aucun ou un symptôme du SM. Quel que soit le groupe, la durée passée à réaliser un loisir à une intensité modérée est faible (27±25 min). **Conclusion** : la présence de symptômes du SM est très courante chez les personnes blessées médullaires puisque 64% montrent au moins 2 tests anormaux. D'après les résultats préliminaires de cette étude l'activité quotidienne ne limite pas l'apparition de symptômes du syndrome métabolique. Chez les personnes blessées médullaires, il est impératif de promouvoir la pratique d'une activité physique régulière sollicitant la filière énergétique aérobie.

COURTOIS, Frédérique[1,2,3], BALLAZ, L.[1,2], JACQUEMIN, G.[3], CÔTÉ, I.[4], CARRIER, S.[3]

[1]*Université du Québec à Montréal,* [2]*Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation – REPAR.*
[3]*Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal,* [4]*Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec (IRDPQ).*

Crête, Josianne – 17

L'intervenant dans sa pratique : La complémentarité des savoirs.

Suite à une recension des nombreux écrits au sujet de la hiérarchisation des savoirs, nous voyons que plusieurs parlent de la croyance traditionnelle selon laquelle les praticiens doivent appliquer les théories. On y rappelle toutefois que les praticiens ne sont en fait pas que des "applicateurs de théories", mais en sont aussi des créateurs. En effet, on explique comment, dans leur pratique de tous les jours, les praticiens doivent innover et répondre à des problématiques complexes et uniques. Pour ce faire, ils utilisent des méthodes rappelant celles de recherche, souvent sans s'en rendre compte. Un parallèle très intéressant est donc fait entre les praticiens comme chercheurs, et les chercheurs comme praticiens. La littérature démontre donc en quoi les savoirs théoriques et savoirs d'action sont d'importance égale, mais que leur utilisation est différente et complémentaire. Nous souhaitons donc relancer la réflexion visant à ce que chercheurs et praticiens apprennent à mieux travailler ensemble en utilisant les connaissances détenues par l'autre afin d'améliorer la qualité des services offerts. Les **objectifs** sont donc : faire connaître la complémentarité des différents types de savoirs (théoriques et d'action), par leurs différences et similitudes; démontrer comment chacun des types de savoirs enrichit l'autre; et donner des pistes pour favoriser cette complémentarité dans la pratique et dans la recherche.

CRÊTE, Josianne[1,2,3]

[1]*École de Service social de l'Université de Montréal.*
[2]*Programme RARI du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal.*
[3]*CRIR et REPAR.*

Danenbaum, Elizabeth – 18

Effect of testing position on Dynamic Visual Acuity.

Purpose: To investigate the affect of altering testing position on Dynamic Visual Acuity (DVA) in vestibulopathic clients.
Methods: DVA scores were collected for 12 vestibulopathic adults with impaired DVA in three positions: (1) sitting, (2) comfortable standing, and (3) standing in a semi-tandem stride position. In each position the subject was 3.48 m in front of the vision chart. DVA was collected in the yaw and pitch direction while the head was passively moved by the evaluator at a frequency of 1.5 Hz. A subgroup (N=9) of clients were retested one week later. A further subgroup (N=5) clients were retested after performing the "viewing x1" gaze stability home exercise four times daily (one minute duration in the yaw direction while sitting) for one month.
Results: The DVA score remained constant independent of testing position, as the Friedman test did not reveal any significant differences in the DVA scores in the yaw or pitch direction. Clients that improved after performing in sitting the viewing x1 exercise in the horizontal direction in sitting, tended to have the same improvement in DVA in all three positions. The clients who did not respond to the home exercise, showed no change in their DVA score in all three positions.
Conclusions: The results of this study show that DVA score is independent of position, both for testing and treatment. This is clinically important since it shows that the results of DVA testing in one position are valid for other positions, and a client can be trained to improve their DVA in a sitting posture while having carry–over effects to other more challenging postures.

DANENBAUM, Elizabeth[1], CHILINGARYAN, Gevorg[1], FUNG Joyce[1,2]

[1]*Jewish Rehabilitation Hospital Research Site of the Montreal Center for Interdisciplinary Research in Rehabilitation, Laval.*
[2]*School of Physical and Occupational Therapy, McGill University, Montreal.*

Deblois Lamontagne, Mélodie – 19

Inhibition et facilitation intracorticales du tibial antérieur (TA) dans le contrôle moteur de la cheville : influence de la latéralité et du sexe.

Introduction : L'activation du TA assure le contrôle de la trajectoire du pied au cours de la marche. Cependant, la symétrie de contrôle du TA actif par le cerveau n'est pas démontrée chez l'homme. L'inhibition (SICI) et la facilitation intracorticales (ICF) du TA préactivé ont donc été testées entre côtés dominant (D) et non-dominant (ND).
Méthodes : La double stimulation magnétique transcrânienne a été utilisée chez 10 adultes en santé (5 hommes, 20-28 ans) pour établir les courbes SICI et ICF en fonction de 6 intervalles interstimulus (ISIs de 2, 3, 4, 8, 12, 15 ms). Les côtés D et ND ont été testés alternativement avec le TA en contraction isométrique (15% du maximal volontaire).
Résultats : Nous avons mesuré une SICI aux ISIs 2-4 ms et de l'ICF aux ISIs 8-15 ms. Un effet Côté est démontré, avec D significativement moins inhibé à 2 ms et plus facilité à 15 ms comparativement à ND. De plus, une double interaction Sexe X Côté a révélé que, chez les femmes, la SICI était plus basse du côté D et plus élevée du côté ND que chez les hommes.
Conclusion : Il est possible de tester l'inhibition et la facilitation intracorticales du TA préactivé. Mais même si la fonction du pied est symétrique, le contrôle cortical du TA est asymétrique et inversé en fonction du sexe. Ces facteurs Latéralité/Sexe semblent donc déterminants pour mieux comprendre la différence d'impact que peut avoir une lésion de l'hémisphère dominant vs. non dominant sur la fonction motrice distale.

DEBLOIS LAMONTAGNE, Mélodie[1], SCHNEIDER, Cyril[1]

[1]*Département de Réadaptation, Faculté de Médecine, Université Laval, Québec. Centre de recherche du CHUL (CHUQ) – Axe Neurosciences, Laboratoire de Neurophysiologie Humaine.*

Ferré, Perrine – 20

Profils cliniques des individus cérébrolésés droits : description et lésions associées.

Il est aujourd'hui admis qu'une lésion hémisphérique droite est susceptible d'entraîner des troubles de la communication. Environ 50% des individus cérébrolésés droits présentent des atteintes des dimensions prosodique, discursive, pragmatique et/ou lexico-sémantique de la communication verbale. L'atteinte de ces aspects a été décrite de manière isolée dans la littérature, mais peu d'études ont été consacrées au fait qu'elles ne se manifestent pas toujours conjointement chez un même individu.
À l'instar des portraits aphasiques liés à une lésion cérébrale gauche, la description de profils de la communication suivant une lésion hémisphérique droite permettra de faciliter l'identification des troubles ainsi que l'intervention clinique appropriée en orthophonie.
71 individus cérébrolésés droits parmi 3 nationalités (43 Canadiens, 20 Brésiliens, 8 Argentins) ont été rencontrés. Le genre, l'âge et la scolarité ont été contrôlés parmi les participants. Ces individus ont été initialement évalués à l'aide des 14 tâches langagières du Protocole MEC (Joanette, Côté, Ska, 2005). Les scores bruts ont ensuite été convertis en scores Z pour chaque tâche afin d'effectuer une analyse hiérarchique en grappe (clusters analysis). Cette méthode a permis de mettre en évidence cinq types distincts de profils cliniques. Le premier groupe présente des atteintes communicationnelles sévères et multiples, le second des atteintes uniquement conversationnelles, le troisième des difficultés sémantiques et pragmatiques, le quatrième des déficits sémantiques et prosodiques, alors que le cinquième groupe ne présente pas d'atteintes. Notons que ces profils s'avèrent translinguistiques et ne présentent pas d'effet d'âge ou de scolarité. De plus, les données portant sur la nature lésionnelle dans notre échantillon sont en accord avec la prévalence retrouvée dans la littérature, soit une majorité d'AVC ischémiques, majorité toutefois réduite dans le groupe d'adultes plus jeunes.
Ainsi, les cinq profils issus de l'étude des troubles de la communication et du type de lésion semblent fiables (ils renforcent la littérature) et spécifiques (ils ne subissent pas d'effets externes significatifs). L'étude approfondie de ces profils ainsi que l'exploration des atteintes neuropsychologiques et des localisations lésionnelles qui y sont liés participera à long terme à une meilleure connaissance clinique.

FERRÉ, Perrine[1], CLERMONT, Marie France[2], LAJOIE, Camille[2], CÔTÉ, Hélène[1], FONSECA, Rochele Paz[3], FERRERES, Aldo[4], ABUSAMRA, Valeria[4], SKA, Bernadette[1,2], JOANETTE, Yves[1,2]

[1]*Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (CRIUGM)*
[2]*Université de Montréal, département d'orthophonie,*
[3]*Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicología (Brazil),*
[4]*Universidad de Buenos Aires, Facultad de psicologia (Argentina).*

Fillion, Barbara – 21

Le transfert des connaissances via l'évaluation de la qualité des services offerts aux proches suivant un accident vasculaire cérébral (AVC).

Problématique : Les plus récentes lignes directrices des pratiques exemplaires suivant la survenue d'un AVC misent sur l'importance d'offrir des soins et services également aux proches de la personne ayant subi un AVC. Suite à une recension des écrits, il est ressorti qu'il n'existe aucun questionnaire permettant de tenir compte de l'ensemble des besoins des proches. Quoique le niveau de satisfaction individuelle soit une mesure de résultat intéressante, il est grandement influencé par la qualité de la relation entre les personnes impliquées et par la méconnaissance des soins et services auxquels le proche est en droit de s'attendre. Chaque membre de l'équipe interdisciplinaire, a la responsabilité professionnelle d'offrir, dans son champ d'expertise, de l'information, de l'éducation et du soutien, à la fois à la personne atteinte de l'AVC et à ses proches. Des services de qualité passent par une application des meilleures pratiques, mais leur appropriation demeure un défi quotidien pour les cliniciens. **Objectif :** Utiliser un questionnaire en ligne visant à évaluer la qualité des services afin de transmettre aux cliniciens et gestionnaires les meilleures pratiques. Évaluer qualitativement le transfert des connaissances du milieu de la recherche vers le milieu clinique. **Méthode :** Des énoncés décrivant les pratiques à préconiser pour les proches post-AVC sont formulés en se basant sur les résultats de la recension des écrits. La validation du contenu est obtenue à l'aide de focus group (chercheurs, cliniciens et gestionnaires) dans les programmes de neurologie du continuum de services dans le système de santé québécois. Des entrevues individuelles auprès d'acteurs-clés serviront à définir et analyser les liens entre l'évaluation de la qualité des services et le transfert de connaissances, ainsi qu'à donner de la rétroaction pour améliorer concrètement la qualité des services. **Résultats :** Les résultats préliminaires sont positifs, car la participation des cliniciens motivés et ouverts aux changements dans leur pratique est excellente. Comme le besoin émerge directement du désir du milieu clinique d'offrir des services de qualité, la collaboration entre cliniciens et chercheurs est très favorable pour rétrécir l'écart entre les données probantes et leur application clinique quotidienne. **Conclusion :** Questionner la perception des services reçus plutôt que le niveau de satisfaction constitue une façon novatrice d'évaluer la qualité des services en utilisant l'Internet.

FILLION, Barbara[1,2], ROCHETTE, Annie[1,2], POISSANT, Lise[2,3], TREMBLAY, Lucie[3], LE DORZE, Guylaine[3,4]

[1]*CRIR, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal,* [2]*École de réadaptation, Université de Montréal,* [3]*CRIR, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal,* [4]*Université de Montréal, département d'orthophonie.*

Finch, Lois – 22

Refining the Measurement Process for Patient Reported Outcomes: an Example from Multiple Sclerosis.

Neurodegenerative diseases such as Multiple Sclerosis (MS) exhibit a wide variety of clinical symptoms that are progressive and continually changing. Today there are a number of promising new therapies for MS that, along with earlier detection, are poised to change the impact and progression of MS. However, assessment of the full range of disabilities encountered in MS is a major challenge especially with the need to incorporate the patient's perspective as to the value of new therapies. Patient reported outcomes (PROs) evaluate the effect of therapies at a personal level; yet, concerns exist related to their lack of standardization, poor linearity, response burden when added to standard clinical assessments, and their ordinal nature. **Objective:** To refine the measurement approach to assessing PROs in persons with MS. Methods: A cross-sectional study was carried out. The data were from 185 subjects diagnosed with MS after 1994 from three Montreal MS clinics. Subjects were assessed on 14 valid and reliable disability indices which were supplemented by 10 additional items chosen by experts in the field of MS, for a total of 211 items; 6 indices with 140 items were examined here. **Analysis:** Two statistical methods; principal component analysis and Rasch analysis, refined the measurement approach by confirming the number of factors, and deleting misfitting and redundant items. Fit statistics verified fit to the model; internal consistency and reliability were also assessed. **Results:** The 185 participants were on average 43 years old (SD: 10); 27% were men and disease severity measured by the Expanded Disability Status Scale was 2/10 on average. This analysis produced 6 measures, (fatigue, emotion, anger, sleep, cognition, and illness intrusiveness) comprising a total of 60 items (a reduction of 57%), in unidimensional and hierarchical ordered latent constructs. **Conclusion:** These shorter "measures" are easier to administer and have a scoring system with true mathematical properties that can facilitate comparisons over time and between groups in any therapeutic trial.

FINCH, Lois[1], KUSPINAR, Ayse[1], TENG, Sheng[1], MAYO, Nancy[1]

[1]*School of Physical and Occupational Therapy, McGill University, Montreal.*

Flamand, Véronique – 23

Coordination motrice et excitabilité cérébrale chez des enfants de 8 ans nés très prématurément : résultats préliminaires.

Problématique : Les enfants très prématurés (Prémas = 32 semaines in utero) et sans déficit majeur sont à risque de développer des incapacités fonctionnelles mineures. Le passage ex utero prématuré pourrait en effet résulter en une maturation insuffisante du corps calleux et altérer l'activité cérébrale liée à la programmation motrice. Notre étude teste à 8 ans si les différences cliniques (coordination manuelle) entre Prémas et enfants nés à terme (Termes) s'accompagnent de changements dans l'inhibition intracorticale (ICI, processus de programmation motrice) et dans le dialogue interhémisphérique.
Méthodologie : Dix Prémas et 10 Termes seront comparés. Les mécanismes de l'ICI sont testés par doubles stimulations magnétiques transcrâniennes (TMS) du cortex moteur primaire contrôlant le muscle FDI (abducteur de l'index). Le dialogue transcallosal est testé par inhibition interhémisphérique (IHI, protocole TMS). Les tests cliniques sont le Movement Assessment Battery for Children (MABC), le Developmental Test of Visual-Motor Integration (VMI), le Nine Hole Peg Test.
Résultats : Trois Prémas (M=8 ans 9 mois, SD=0.2) et 3 Termes (M=8 ans 9 mois, SD=0.3) sont testés à ce jour. Les Prémas ont des résultats inférieurs à tous les tests cliniques. La collecte des données est en cours mais il existe déjà une différence significative dans le sous-test de coordination motrice du VMI entre les deux groupes (p=0.028). L'IHI est présente chez les 3 Termes alors que les Prémas ne présentent que facilitation transcallosale (immaturité de l'IHI) ou transfert interhémisphérique trop lent. L'ICI du FDI a pu être décelée chez 2 Termes pour la main dominante (MD) et 2 Prémas pour la main non dominante (MND). Le 3e Terme sans ICI présente une lenteur de réaction au Nine Hole Peg Test et le 3e Préma sans ICI a une IHI trop lente. Les 2 Prémas avec ICI de la MND ont de faibles scores cliniques.
Conclusion : L'ICI s'installe à partir de 7 ans et l'IHI se complète à la puberté. Nos résultats préliminaires à 8 ans suggèrent que les relations intra- et interhémisphériques sont immatures chez les Prémas testés. Par ailleurs, il semble que la coordination motrice soit liée à l'installation précoce de l'ICI au niveau de l'hémisphère contrôlant la MD. Ceci expliquerait pourquoi les 2 Prémas avec ICI de la MND présentent de faibles scores de coordination motrice avec la MD. La poursuite de l'étude renseignera davantage sur les liens entre coordination motrice et maturation des mécanismes cérébraux de l'IHI et de l'ICI.

FLAMAND, Véronique[1], BEAULIEU, Louis-David[1], NADEAU, Line[1], SCHNEIDER, Cyril[1]

[1]*Département de Réadaptation, Faculté de Médecine, Université Laval, Québec. Centre de recherche du CHUL (CHUQ) – Axe Neurosciences, Laboratoire de Neurophysiologie Humaine.*

Fortin, Carole – 24

Fidélité inter-juges et validité de l'évaluation des chaînes musculaires associées aux asymétries posturales – Résultats préliminaires.

La correction de la posture est un des objectifs de traitement en réadaptation. L'évaluation posturale sert à associer les déséquilibres musculaires aux asymétries posturales observées afin de proposer un traitement approprié. À l'heure actuelle, aucune étude n'a validé ce type d'évaluation. L'**objectif** général de ce projet est d'évaluer la fidélité inter-juges et la validité de l'évaluation des chaînes musculaires associées aux asymétries posturales. **Méthodologie :** Cinquante-deux physiothérapeutes ayant reçu une formation de base en rééducation posturale globale (RPG) ont participé à cette étude. Chaque physiothérapeute a évalué la posture de cinq adolescents présentant une scoliose idiopathique (angle de Cobb entre 20° et 50°) à partir de photographies en utilisant une grille posturale composée de 25 items. Les physiothérapeutes devaient cocher la présence ou l'absence d'asymétries posturales pour les items des différents segments corporels. Par la suite, ils ont déterminé si le défaut postural était attribuable à la rétraction d'un muscle de la chaîne musculaire antérieure, postérieure ou antérieure et postérieure en cochant la case appropriée. Pour l'étude de validité, deux physiothérapeutes experts en RPG ont complété la même grille d'analyse posturale et devaient parvenir à un consensus pour les résultats discordants. Le pourcentage d'agrément et des coefficients de Kappa (K) ont été utilisés pour l'analyse de fidélité et des CCIs serviront pour l'étude de validité. **Résultats préliminaires :** Le pourcentage de physiothérapeutes ayant identifié la présence ou l'absence d'un même défaut postural pour chacun des sujets varie de 48 à 96%. La fidélité inter-juges concernant l'association du défaut postural à la chaîne musculaire est modérée à bonne pour 20 des 25 items (K entre 0.22 et 0.76) et faible pour cinq items (K < 0.20). Le pourcentage d'agrément varie de 28 à 82%. **Conclusion :** L'association des chaînes musculaires aux asymétries posturales est faiblement à bien reproductible d'un juge à l'autre. Des analyses complémentaires permettront de vérifier l'impact du nombre d'années d'expérience sur les résultats de fidélité ainsi que la validité de ce type d'évaluation afin de formuler des recommandations dans l'enseignement de l'évaluation des chaînes musculaires associées aux asymétries posturales.

FORTIN, Carole[1,4], TANAKA, Clarice[3], LABELLE, Hubert[1,4], CHERIET, Farida[,4,6], FELDMAN, Debbie[2,5]

[1]*Faculté de médecine, Université de Montréal,*
[2]*École de réadaptation, Université de Montréal,*
[3]*Université de Sao Paulo, Brésil,*
[4]*Centre de recherche CHU Sainte-Justine,*
[5]*Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS),*
[6]*École Polytechnique, Université de Montréal.*

Gagnon, Geneviève – 25

Étude pilote sur les effets facilitateurs des stimulations magnétiques transcrâniennes en récupération épisodique.

Les régions préfrontales gauche et droite sont impliquées dans les processus d'encodage et de récupération en mémoire épisodique, respectivement (e.g., Blanchet *et al*., 2002; Gagnon *et al*., soumis). Selon les paramètres de stimulations appliqués, les stimulations magnétiques transcrâniennes (SMT) semblent être associées à des améliorations des performances cognitives pour certaines tâches cognitives (e.g. Pascual-Leone *et al*., 1993; Solé-Padullés *et al*., 2006; Luber *et al*., 2007). Toutefois, peu d'études en SMT ont montrées de telles améliorations dans le cadre de tâches mnésiques. Le but de la présente étude est donc de regarder s'il est possible d'améliorer les performances en mémoire épisodique à l'aide des SMT. Onze jeunes adultes sains (M = 20.2 ans) ont complété une tâche de reconnaissance avec des items verbaux et non-verbaux. Des double SMT avec intervalle inter-stimulus de 15ms ont été appliquées au niveau du cortex préfrontal dorsolatéral (CPFDL) droit ou gauche durant les phases d'encodage ou de récupération. L'ANOVA sur les temps de réponses des détections correctes révèle une double interaction entre les variables Condition et Stimulation ($F_{(2, 22)} = 3.74$, $p = .04$). Les analyses post-hoc montrent que, durant la phase d'encodage, les temps de réponse des détections correctes sont plus courts pour les SMT du CPFDL gauche (972 ± 235 ms) par rapport au droit (1032 ± 237 ms) ou par rapport au contrôle (condition « shamed » sans SMT efficace: 1032 ± 258 ms) ($t_{(11)} = 2.82$, $p = .017$ et $t_{(11)} = 2.94$, $p = .013$, respectivement). De plus, les SMT du CPFDL droit pendant la phase de récupération induisent des temps de réaction plus courts (944 ± 306 ms) que pendant la phase d'encodage (1032 ± 237 ms). Les résultats suggèrent donc que les doubles SMT augmentent la rapidité des processus de mémoire épisodique pour les régions CPFDL impliquées, respectivement, en encodage et en récupération. Ces données préliminaires suggèrent que les SMT auraient la capacité d'améliorer le traitement mnésique.

GAGNON, Geneviève[1,2], GAGNON, Caroline[2], PELLETIER, Guillaume[2], SCHNEIDER, Cyril[1,3], GRONDIN, Simon[2], BLANCHET, Sophie[1,2]

[1]*Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS, IRDPQ),*
[2]*École de Psychologie, Université Laval, Québec,*
[3]*Département de Réadaptation, Université Laval, Québec.*

Gaudreault, Nathaly – 26

Effects of physiotherapy treatment on the gait of knee OA patients: preliminary data using cluster analysis.

Introduction: Most studies present dynamic joint measures during gait using continuous curves as a function of the percentage of the gait cycle. Interpretation of these curves is challenging due to inter-subject variability observed in the gait pattern of both, normal and pathological populations. To circumvent this issue, sub-classifying gait pattern into clusters using principal component analysis can be performed. The goal of this study is to investigate the impact of using cluster analysis when studying the effect of a physiotherapy treatment on sagittal plane gait parameters of knee osteoarthritis (OA) participants. **Methods:** Sagittal plane knee kinematic and kinetic parameters were computed during the gait of 29 participants diagnosed with knee OA before and after they received 12 weeks of physiotherapy treatment. Knee kinematics were recorded with an optoelectronic motion analysis system (Vicon 460, Oxford Metrics). Kinetic data were measured by Kistler force plates embedded in a treadmill (ADAL, Medical Development, France). Statistical analysis: Principal component analysis was applied to extract clusters of knee angle and moment data in the sagittal plane. Parameters of interest were the peak and range values for angle data and the peak values for joint moment data. The treatment's effect on these parameters was assessed using a paired t-test on 1) the mean of the entire group data (n=29) and on 2) the mean of the clustered OA data. **Results:** For the knee moment data, the gait pattern showed two clusters (C_1 and C_2). Pre-post treatment comparison for the entire group showed no effect of treatment. When both clusters were analysed separately, participants exhibiting a C_2 knee moment pattern demonstrated greater first extension peak moment value post-treatment 2.54 ± 1.1 %BWH post-tx vs. 2.05 ± 1.16 %BWH pre-tx, $p<0.05$). **Discussion and conclusion:** These results suggest that the treatment's effect may be masked when all participants are included in the mean when performing the analysis. Cluster analysis showed that the treatment was in fact effective but only in participants showing a particular gait pattern.

GAUDREAULT, Nathaly[1,2], MEZGHANI, Neila[1,3], BOIVIN, Karine[1], TURCOT, Katia[1], HAGEMEISTER, Nicola[1,3], DE GUISE, Jacques[1,3]

[1]*Laboratoire de recherche en imagerie et orthopédie (LIO), Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal,* [2]*École de réadaptation, Faculté de Médecine et de Sciences de la Santé de l'Université de Sherbrooke,* [3]*Département de génie de la production automatisée, École de technologie supérieure, Montréal.*

Gosselin, Nadia – 27

Working memory in mild traumatic brain injury: an event-related potential study.

Introduction: Individuals who sustain mild traumatic brain injury (mTBI) generally suffer cognitive symptoms in the weeks and, often, in the months following their injury, but only few objective markers of their cognitive complaints exist. We recently showed a reduction in the activity of the dorsolateral prefrontal cortex in concussed athletes during the performance of a working memory (WM) task (Chen et al., 2004). The aim of the present study was to measure brain activity with event-related potentials (ERP) during performance of this same WM task in individuals who sustained a mTBI. **Method:** 35 subjects (15 women; 30.5±11.2 years) at an average time post mTBI of 12.1±17.4 months were tested with ERP while they performed a visual WM task, the externally ordered task developed and validated as a measure of dorsolateral frontal function by Petrides (1995). The latter were compared with a group of 23 healthy control subjects matched for age. The P300 and two frontal WM components, the N200 and the N350 (Missonnier et al., 2004), were analysed in the ERP during the encoding and the decision phases of the task, separately. **Results:** No group differences were found for either reaction time or accuracy. Mild TBI subjects showed a significant reduction in the amplitude of the N200 for both the encoding ($t(55) = 2.24$, $p<0.05$) and the decision phases ($t(55) = 2.22$, $p<0.05$) when compared to control subjects. Reductions in the amplitudes of the N350 were also observed (a trend for encoding phase: $t(55) = 1.84$, $p=0.07$; decision phase: $t(55) = 2.76$, $p<0.01$). No group differences were found for ERP latencies and no reduction in the amplitude of the P300 was observed in mTBI subjects. However, exclusively in the mTBI group, a significant correlation was found between P300 amplitude for the decision phase and reaction times ($r=-0.57$, $p=0.001$). **Conclusion:** Specific reduction of WM ERP components was observed after a MTBI, while no change was found for the P300. These results suggest the presence of functional anomalies that remain present several months post mTBI. **References:** Chen et al. (2004) Neuroimage 22,68-82; Missonnier et al. (2004) Neuroreport 14,1451-1455; Petrides (1995) J.Neurosci 15,359-375.

GOSSELIN, Nadia[1], BOTTARI, Carolina[1], CHEN, Jen-Kai[1], PETRIDES, Michael[1], PTITO, Alain[1]

[1]*Cognitive Neuroscience Unit, Montreal Neurological Institute.*

Honoré, Wormser – 28

Robotique et assistance ambulatoire : Validation d'un prototype de fauteuil roulant intelligent interactif dans le parcours du Wheelchair Skills Program.

Les utilisateurs de fauteuils roulants motorisés(FRM) présentent des déficiences et incapacités qui peuvent nuire à leurs habiletés à conduire de manière autonome et sécuritaire. Pour répondre aux besoins des utilisateurs, des chercheurs de l'École Polytechnique et de l'Université McGill ont développé un prototype de fauteuil roulant motorisé intelligent (FRMI) dont la preuve de concept sera testée en milieu contrôlé. Ainsi, trois dimensions d'évaluation, soient la mobilité, l'efficacité des interfaces de communication et l'acceptabilité par les usagers, seront évaluées auprès de 12 utilisateurs de FRM présentant une condition de santé stable ou à évolution lente (i.e. blessures médullaires, maladies musculo-squelettiques et désordres neurologiques) et recrutés au CRCL et au CRLB. 1) La performance lors de la mobilité (sécurité et indépendance) sera testée par la comparaison entre la navigation conventionnelle et intelligente dans le parcours standardisé du Wheelchairs Skills Program quantifiant les habiletés en FRM. 2) L'efficacité de la communication et du contrôle du FRMI à partir de commandes vocales et tactiles évoluées sera évaluée par l'analyse; des enregistrements audionumériques des commandes données et reçues ; de l'interprétation de ces commandes par l'interface ; ainsi que des résultats du processus décisionnel et de la commande finale au module du fauteuil. 3) Le degré d'acceptabilité (perception et satisfaction) sera évalué à l'aide d'un questionnaire évaluant neuf variables susceptibles d'influencer l'utilisation de cette nouvelle technologie. Cette preuve de concept permettra d'identifier les aspects à améliorer dans chacune des dimensions et ainsi apporter les modifications requises pour la mise au point du FRMI et l'évaluation en milieu réel.

HONORÉ, Wormser[1,2,4], ATRASH, Amin[6], COHEN, Paul[1,5], DUSSAULT, Jean-Paul[9], DUFOUR, Claude[2], DEMERS, Louise[4,7], FORGET, Robert[1,4], FORTIN, Audrey[1,4], KELOUWANI, Sousso[5], PINEAU, Joëlle[6], ROCK, Daniel[3], ROUTHIER, François[8], STONE, Paula[3]

[1]*CRIR,* [2]*Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal,* [3]*Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, Montréal,* [4]*École de réadaptation, Université de Montréal,* [5]*École Polytechnique de Montréal,* [6]*School of Computer Science & CIM, Université McGill,* [7]*Centre de recherche Institut universitaire de gériatrie de Montréal,* [8]*CIRRIS, Institut réadaptation en déficience physique de Québec,* [9]*Représentant des usagers en fauteuil roulant motorisé.*

Kairy, Dahlia – 29

Impact of telerehabilitation properties on clinical practice and interprofessional communication : A qualitative analysis.

Background: Since the 1990s, there has been an increase in the number of telerehabilitation programmes. There has also been a growing body of literature covering telerehabilitation technology development, efficacy and effectiveness. However, few studies have examined the impact of telerehabilitation when it is actually implemented in a clinical setting. **Objective:** The objective of this study was therefore to explore how the properties of the technologies used for telerehabilitation affect clinical practice and interprofessional communication in a rehabilitation setting. **Methodology:** A qualitative case study of a telerehabilitation programme for traumatic brain injured and spinal cord injured patients was conducted, using data obtained from focus groups and interviews, along with observations of recordings of videoconference sessions. A conceptual framework based on technology adoption and organisational change theories was used to structure the data collection and thematic analysis. **Results:** Several key properties of the telerehabilitation technologies were identified that impacted on interprofessional and interorganisational collaborations and patient participation, including the audio and video quality, the real-time communication capability, user-friendliness and time restrictions. The technology was used primarily for interdisciplinary care plan meetings, and occasionally for direct patient interventions in speech therapy and sexology, although additional uses had been identified in the planning stages. Implications for the development of future telerehabilitation programmes are discussed, in particular relating to sensitizing the health professionals to each other's roles and organisational cultures.

KAIRY, Dahlia[1,2], LEHOUX, Pascale[1,3], VINCENT, Claude[4,5]

[1]Department of Health Administration, University of Montreal, [2]Jewish Rehabilitation Hospital - CRIR research site, Laval, [3]Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS), Montréal, [4]Department of Rehabilitation, Laval University, Quebec, [5]CIRRIS, Québec.

Kern, Laurence – 30

Liens entre activité physique et dépression chez des personnes ainées arthritiques confinées à la maison.

Contexte : L'arthrite fait partie des problèmes de santé chronique les plus prévalent. Les symptômes de l'arthrite peuvent être gérés par l'adoption de comportements de gestion de l'arthrite. Un lien semble exister entre certains indicateurs psychologiques (dépression, efficacité personnelle, contrôle du soi) et l'adoption de comportements de gestion de la santé. **Objectifs :** 1) décrire la population arthritique confinée à la maison ayant participé à l'évaluation du programme mon arthrite je m'en charge (http://monarthrite.ca/fr/index.aspx, disponible gratuitement). 2) Étudier l'association entre l'activité physique (AP) et la dépression en contrôlant certaines variables (douleur, fatigue, limitation fonctionnelle, vie sociale, type d'arthrite, âge,…). **Méthodologie :** un design transversal, où 121 sujets ont été recrutés dans 15 centres locaux de services de santé communautaires de Montréal a été réalisé. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires standardisés fermés. Des analyses univariées ont été réalisées afin de vérifier les valeurs manquantes et/ou aberrantes des variables choisies. Puis des statistiques descriptives ont permis de caractériser l'échantillon. Enfin, pour détecter le degré d'association entre les variables étudiées, nous avons procédé à des analyses statistiques de types exploratoires à l'aide de la corrélation de Pearson. Des analyses multivariées sont en cours. **Résultats :** Le portrait de l'échantillon est le suivant : des personnes plutôt âgées (78 ans, ET= 10.3) qui souffrent majoritairement d'ostéoarthrite (63.6%), composée essentiellement de femmes (90.9%), et de personnes vivant seules (72.7%). La majorité (82.7%) rapporte un niveau socio-économique suffisant ou plus, et la moitié trouve leur vie sociale satisfaisante voire très satisfaisante. Nous remarquons de haut niveau de fatigue, de limitation fonctionnelle et de douleur. Plus de la moitié (52.1%) rapporte une dépression dont près de 15% une dépression sévère. Les corrélations de Pearson montrent qu'il existe une corrélation négative entre dépression et AP ($r=-0.22$, $p<.005$). Des relations positives entre dépression et intensité de la douleur ($r = 0.33$, $p< .001$); niveau de fatigue ($r= 0.35$, $p<.001$), limitations fonctionnelles ($r= 0.26$, $p< .001$), prise de médicaments ($r= 0.22$; $p< .001$) sont à noter. **Conclusion :** La dépression et l'AP sont corrélées négativement, il serait donc important de prendre en compte cette donnée dans la prise en charge des personnes arthritiques. Une étude longitudinale nous permettrait de vérifier l'effet de l'AP sur la dépression pour cette population.

KERN, Laurence[1,2], DEL VALLET, Stéphanie[1,2], NOUR, Kareen[2,3], LAFOREST, Sophie[1,2]

[1]Département de kinésiologie, Université de Montréal,
[2]Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, CSSS Cavendish-CAU,
[3]Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Koravand, Amineh – 31

Auditory sequential organization capacity in school-aged children with hearing loss.

Introduction: Auditory sequential organization (ASO), which is one of the central auditory capacities, refers to ability to keep in proper order the acoustic elements of a sequence. Results of ASO studies suggest that the individuals with sensorineural hearing loss usually show significantly lower performance than their control peers. However, based on these studies, the nature of the difficulties of children with hearing loss is not fully understood. Are the poorer performances on ASO tasks associated with perceptual difficulties or due to speech perception deficits?
Purpose: The main objective of the current research project is to investigate the relation between the peripheral auditory system and the central auditory system when one of the two systems is not functioning well. More specifically, the objective of the study is to assess the influence of a peripheral hearing loss on the auditory information processing in school aged children.
Design: Data collection is in progress. Behavioral and electrophysiological measures are used in this investigation. For behavioral measures, children perform an auditory sequential organization task by recalling two, three and five verbal and nonverbal stimuli with a fixed interstimulus interval (ISI). Children reproduce also sequences of two elements with a variable ISI. For the electrophysiological measures, we investigate auditory event–related potentials to standard and deviant verbal and nonverbal stimuli presented in a passive oddball paradigm. Auditory principal components, P1, N1, P2, N2 and mismatch negativity, MMN, will be studied in three groups of children.
Results: Differences in psychoacoustic and electrophysiologic data are expected between three groups of children, for the verbal and nonverbal stimuli.

KORAVAND, Amineh[1,2], JUTRAS, Benoît[1,2], GODIN, Marie-claude[2], Lasonde, Maryse[2,3]

[1]*École d'orthophonie et d'audiologie, Université de Montréal,*
[2]*Centre de recherche de CHU Ste-Justine, Montréal,*
[3]*Département de psychologie, Université de Montréal.*

Lacerte, Lorianne – 32

Les enfants de 3 à 4 ans éprouvent des difficultés à lire une séquence de symboles.

Les enfants qui utilisent un système de suppléance à la communication sont confrontés à un changement de modalité entre le volet réceptif et expressif du langage. Une récente étude s'est penchée sur ce changement de modalité et a montré qu'il est très difficile pour de jeunes enfants de produire une séquence de symboles correspondant à un énoncé présenté oralement. Lors de cette expérimentation, la tâche consistait à sélectionner et positionner des symboles graphiques pour représenter un modèle oral de type sujet-verbe-objet. Une photographie représentant l'énoncé servait de support visuel. Les résultats montrent que la séquence correspond au modèle oral dans seulement 8 % des énoncés analysés. Les chercheurs demandaient aussi à l'enfant de faire une lecture de la séquence d'images qu'il avait préalablement placée. La présente étude a comme objectif de vérifier si les enfants produisent une phrase correspondant à cette séquence.
L'analyse de 213 énoncés produits par 23 enfants âgés de 3 à 4 ans a été effectuée. La concordance entre les éléments de la production orale de l'enfant et de la séquence symbolique ainsi que l'ordre dans lequel ces éléments étaient mentionnés par l'enfant ont été évalué.
Les résultats obtenus sont très variables. Dans 36 % des cas, les enfants ont nommé exactement les symboles placés, mais l'ordre gauche à droite était respecté dans seulement 39 % de ceux-ci. Près du tiers des énoncés (29 %) constitue un retour exact au modèle oral, sans correspondance avec les symboles placés. Les autres énoncés contiennent des ajouts ou des omissions d'éléments. Les erreurs les plus souvent commises feront l'objet d'une analyse descriptive.
Les résultats de cette étude confirment que le transfert de modalité entre l'oral et les symboles graphiques est laborieux pour les enfants de 3 à 4 ans. En effet, ces derniers éprouvent de grandes difficultés à lire une suite de symboles graphiques.

LACERTE, Lorianne[1,3], TRUDEAU, Natacha[1,2,3], SUTTON, Ann[1,2,3]

[1]*Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine, Montréal,*
[2]*Centre de réadaptation Marie-Enfant, Montréal,*
[3]*École d'orthophonie et d'audiologie, Université de Montréal.*

Lauzière, Séléna – 33

Perception de la distribution de poids durant le passage assis à debout chez les sujets sains et hémiparétiques.

Chez les sujets ayant une hémiparésie suite à un accident vasculaire cérébral, le passage assis à debout (PAD) est réalisé en plaçant davantage de poids du côté sain que du côté atteint, même s'ils ont la capacité de faire la tâche de façon symétrique sur demande. En général, les études ont reliées cette asymétrie à la parésie et à la perte de contrôle postural. Il n'est cependant pas connu si les patients sont conscients de cette asymétrie et s'ils ont la capacité de juger de leur distribution de poids (DP) lors du PAD. Une mauvaise perception de la DP lors de tâches fonctionnelles telles que le PAD pourrait expliquer l'asymétrie observée chez ces patients. L'objectif principal de cette étude était de comparer, pour deux positions de pieds (spontanée et symétrique), l'erreur entre la perception de la DP mesurée avec une échelle visuelle analogue et la DP réelle mesurée avec des plates-formes de force chez 11 sujets hémiparétiques gauches chroniques vs 15 sujets sains lors du PAD. Pour ce faire, une chaise instrumentée de plates-formes de force ainsi que deux plates-formes de force intégrées au sol ont permis d'enregistrer la DP lors du PAD. Pour chacune des conditions de position de pied, quatre erreurs ont été calculées, soit : erreur réelle (différence entre la DP réelle et la perception), erreur réelle normalisée (erreur réelle sur la distribution de poids réelle *100), erreur absolue (différence absolue entre la DP réelle et la perception) et erreur absolue normalisée (erreur absolue sur la distribution de poids réelle *100). Les résultats ont montré que les sujets hémiparétiques présentent une plus grande asymétrie de mise en charge lors du PAD et des erreurs de perception plus importantes que les sujets sains. De plus, ils surestiment systématiquement le poids supporté par le côté hémiparétique. Par exemple, les erreurs absolues calculées chez les sujets hémiparétiques sont respectivement, de 7.5 ± 4,3% et 7.9 ± 4.0% pour les conditions spontanée et symétrique alors que les valeurs correspondantes chez les sujets sains sont de 2.7 ± 2.2% et 2.8 ± 2.4 %. Les prochaines analyses tenteront de déterminer si la surestimation de la DP du côté parétique chez les patients est associée aux niveaux d'efforts qu'ils doivent produire lors de la tâche du PAD.

BRIÈRE, Anabèle[1,2], LAUZIÈRE, Séléna[1,2], GRAVEL, Denis[1,2], NADEAU, Sylvie[1,2]

[1]*École de réadaptation, Université de Montréal,*
[2]*Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal.*

Lemay, Jean-François – 34

Standing balance and walking characteristics in individuals with spinal cord injury.

A third of all individuals with spinal cord injury (SCI) recover a functional ambulatory status at one year post injury. Clinicians recommend different walking assistive devices to improve standing balance and walking stability with this population. However, there are no known validated scales to measure this capacity in a spinal cord injured population. Moreover, no guidelines other than clinical judgment exist to determine the most appropriate assistive devices for people with SCI. The Berg Balance Scale (BBS) is well known for its simplicity and its ability to predict walking aids from the total score. It is hypothesized that the BBS scores would guide the clinical decision in choosing the most adequate assistive device and will be related to balance and walking abilities in clients with SCI.
The aim of this research project is to validate the Berg Balance Scale for people with a spinal cord lesion and possessing some ambulatory function and explore the relationship between the total score and the technical aids used. Thirty-five subjects with spinal cord injury and meeting specific criteria have been recruited among clients from the spinal cord injury unit of the Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal. Evaluation sessions included assessing the level injury (ASIA score), the assessment of balance with the Berg Balance Scale (BBS) and the "Balance Master" (BM) and evaluation of ambulatory capabilities using a variety of tools (WISCI, SCI-FAI) and tests (walking speed over 10m, Timed up and go).
Correlative analyses reveal a strong association between the BBS and all walking clinical parameters. A ceiling effect is observed on the BBS. Correlation is relatively weak between the BBS and the BM with the limit of stability test showing a better association. The BBS is therefore an appropriate evaluation of balance for SCI patients, being related as well to the assistive device used. The BM, requiring a static foot placement for all tests, covers a narrower range of tasks than the BBS. In conclusion, the BBS seems to be a useful adjunct for assessing gait and balance characteristics of subjects with SCI and to select the appropriate assistive device. However, its ceiling effect might limit its utilization when subjects have good recovery.

LEMAY, Jean-François [1,2], NADEAU, Sylvie[1,2]

[1]*École de réadaptation, Université de Montréal,*
[2]*Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal.*

Léonard, Guillaume – 35

Implication des récepteurs opioïdes dans l'analgésie induite par neurostimulation périphérique.

Introduction : La neurostimulation périphérique (TENS) est une modalité analgésique couramment utilisée en réadaptation. Malgré son emploi répandu, les mécanismes d'action du TENS (haute fréquence, basse intensité) restent aujourd'hui encore mal compris. L'objectif du présent travail était de déterminer si l'effet analgésique de ce type de stimulation pouvait être lié au relâchement d'opioïdes endogènes. **Méthode :** 19 participants (10 hommes, âge moyen 25 ± 5.2 ans) ont été recrutés (échantillonnage de volontaires). Tous les participants se sont présentés au laboratoire à trois occasions afin de recevoir (1) une dose conventionnelle de naloxone (un antagoniste des récepteurs opioïdes), (2) une dose élevée de naloxone et (3) une dose de salin (devis intra-sujets, trois conditions présentées de façon aléatoire, à triple insu). À chacune des occasions, l'effet analgésique du TENS (largeur d'onde 60 µs, fréquence 100 Hz) était évalué en utilisant un paradigme de douleur expérimentale avec une tige chauffante (thermode). **Résultats :** Pour la condition salin, les sujets ont montré une diminution importante de douleur pendant et après la stimulation TENS. Cet effet analgésique a été partiellement renversé par l'injection d'une dose conventionnelle de naloxone. Aucune interaction entre le TENS et la dose élevée de naloxone n'a été notée. **Conclusion :** Les présents résultats suggèrent que l'effet analgésique du TENS est en partie attribuable au relâchement d'opioïdes endogènes. L'absence d'interaction pour la dose élevée de naloxone est probablement dû à l'effet opposé que peut avoir l'antagoniste lorsque donné à fortes doses. Ensemble, ces données revêtent un intérêt particulier pour les professionnels de la santé utilisant le TENS puisqu'ils permettent de fournir une base neurophysiologique aux traitements qu'ils proposent en clinique.

LÉONARD, Guillaume[1], MARCHAND, Serge[2]

[1]*Programme de sciences cliniques, Université de Sherbrooke,*
[2]*Faculté de médecine, neurochirurgie, Université de Sherbrooke.*

MacLellan, Michael – 36

Interlimb strategies for obstacle clearance following stroke.

Introduction: Following a stroke, the ability to safely step over obstacles decreases and the risk of falling increases. Previous studies have shown that participants with a previous stroke step closer to the obstacle with the hemiparetic limb prior to clearing it and when the less affected limb approaches the obstacle first, show less clearance with the hemiparetic trail limb. Although healthy adults have been shown to use a knee strategy for obstacle clearance, little is known about the strategies used following stroke. The aim of this study is to determine limb elevation strategies to step over obstacles in persons with a previous stroke. Preliminary results are presented.
Methods: 4 participants with a previous stroke (range 3 – 54 months post stroke) have been recruited to date. Participants started walking approximately 3 steps away from an obstacle (heights of 5 and 15% of leg length) and cleared it leading with their hemiplegic and less affected limbs. Kinematic and kinetic data were collected. A three-way ANOVA was used to determine differences between sides (hemiparetic, less affected), crossing limbs (leading, trailing), and obstacle heights (5%, 15%).
Results: Maximum toe height over the obstacle was higher for the lead limb when compared to the trail limb ($p < 0.011$). No differences were observed between hemiparetic and less affected sides for maximum toe height pre-obstacle foot position, center of mass velocity during crossing strides, and post-obstacle foot position. Significantly more positive mechanical work was produced by the knee flexors during limb elevation when leading or trailing with the less affected limb when compared to the hemiparetic limb. ($p < 0.007$). This difference in knee work was accompanied with a significant increase in hip joint elevation between toe off and maximum toe height, that was greater on the hemiparetic limb, particularly when trailing.
Conclusions: These preliminary results suggest that persons with stroke use a knee strategy similar to healthy adults to successfully clear an obstacle, although the strategy is augmented with hip hiking. This may be due to a decrease in knee flexor muscle strength or interjoint coordination of the hemiparetic limb. More subjects and further analyses are continuing in order to provide guidance for rehabilitation programs.

MACLELLAN, Michael J.[1], RICHARDS, Carol L.[1], FUNG Joyce[2,3], MCFADYEN, Bradford J.[1]

[1]*CIRRIS, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval.*
[2]*Jewish Rehabilitation Hospital Research Site of the Montreal Center for Interdisciplinary Research in Rehabilitation, Laval.*
[3]*School of Physical and Occupational Therapy, McGill University, Montreal.*

Menon, Anita – 37

Benefits of an E-learning resource for implementing stroke rehabilitation best practices: A collaborative effort by researchers and decision makers to move evidence into practice.

Background: To move new knowledge regarding stroke rehabilitation into action, researchers and decision makers have created an interactive e-learning resource (StrokEngine/StrokEngine-Assess). We have yet to examine the impact of this resource on knowledge uptake by clinicians. **Objectives**: To examine the:1) extent of knowledge acquired regarding stroke best practices by occupational therapists and physical therapists after using StrokEngine for 3 months; 2) association between potential explanatory factors and knowledge acquisition; and, 3) changes and reasons for changes in clinicians' practice behaviours. **Study Design**: Multi-centre study using a mixed methods design, including repeated measures to evaluate knowledge acquisition over time and critical incident methodology to elicit qualitative information about practice change. A random sample of 308 stroke rehabilitation therapists working in Ontario will be recruited. **Methods**: Following a brief training, clinicians will access StrokEngine for 3 months, at least 1 hour per week. They will respond to standardized questions at baseline and at 1-month intervals about their clinical management for a patient represented in a case vignette including: 1) problems they identify that would warrant further investigation; 2) assessments they would administer; 3) treatments they would use; and, 4) referrals they would make. Clinicians' responses will be scored to quantify their adherence to "best practice" at each assessment time. Information on potential explanatory factors related to the clinician/work environment will also be elicited. Telephone-administered interviews will be conducted at post-intervention to qualitatively explore, using critical incident analyses, changes and reason for changes in clinicians' practice behaviours. **Analysis**: To estimate whether evidence-based knowledge was acquired by clinicians after using StrokEngine, baseline and monthly knowledge scores will be compared using paired t-tests. One-way ANOVAs and regression analyses will be used to determine how much variation in knowledge acquisition is explained by potential explanatory factors. To explore changes in practice behaviours, interviews will be coded and analyzed using an inductive approach of grounded theory. **Expected Contribution**: This study will identify whether the use of a stroke rehabilitation e-learning resource results in knowledge acquisition and positive practice changes among rehabilitation clinicians. Ultimately, the goal is to provide improved rehabilitation services for individuals with stroke.

MENON, Anita[1], KORNER-BITENSKY, Nicol[2], STRAUS, Sharon[3], TEASELL, Robert[4], MC KIBBON, Ann[5], THORPE, Kevin[3], CHIGNELL, Mark[6], WOODBURY, Elizabeth[7], HARRIMAN, Mary[8], VON ZWECK, Claudia[9], MOUSSEAU, Margaret[10]

[1]Dept. Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, [2]School of Physical & Occupational Therapy, McGill University, Montreal, [3]Knowledge Translation Dept., University of Toronto/St. Michael's Hospital, [4]Physical Medicine & Rehabilitation, University of Western Ontario, [5]Clinical Epidemiology & Biostatistics, McMaster University, [6]Mechanical & Industrial Engineering, University of Toronto, [7]Canadian Stroke Strategy, Ottawa, [8]Heart & Stroke Foundation of Canada, Ottawa, [9]Canadian Association of Occupational Therapists, Ottawa, [10]Canadian Physiotherapy Association, Ottawa.

Moullec, Grégory – 38

Mesures répétées en contexte écologique : nouvelle modalité d'évaluation psychosociale des patients atteints de MPOC ?

Rationnel : La littérature a démontré l'efficacité « entrée-sortie » des programmes de réadaptation respiratoire (PRR) pour réduire la dyspnée et améliorer des dimensions perceptives comme la qualité de vie, l'estime de soi et la compétence perçue à la marche des patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Des travaux ont décrit le maintien des bénéfices entre six et 12 mois après la sortie du PRR. Cependant, les cliniciens observent, en l'absence de suivi, un abandon des comportements favorables à la santé, quelques semaines après la sortie. La fragilité de ces comportements pourrait être liée à la dynamique altérée des perceptions du malade sur lui-même : régularité excessive ou variabilité complètement désordonnée. La collecte ponctuelle de données, à l'entrée et sortie du PRR, ne permet pas de capturer ces indicateurs de vulnérabilité des patients. L'objectif de cette étude exploratoire était de caractériser, avec des mesures répétées en contexte écologique, la dynamique intra-individuelle des dimensions perceptives de patients MPOC avant, pendant et après un PRR. **Méthode :** Cinq patients MPOC ont participé à un premier PRR en internat basé sur un réentraînement à l'effort individualisé. Chacun d'eux a complété un questionnaire bref sous la forme d'un carnet hebdomadaire, deux fois par jour, entre 7h et 9h (am et pm) sur quatre périodes de quatre semaines chacune : avant et pendant le PRR, et un et six mois après la sortie. Chaque page du carnet comprenait six items de l'Inventaire du Soi Physique à 6 items (ISP-6b) plus un item pour la dyspnée. Nous avons recueilli 168 observations consécutives (par patient et par dimension) plus 56 observations du sixième mois après la sortie du PRR. Les procédures ARIMA (*Auto Regressive Integrated Moving Average*) ont été appliquées pour explorer les processus gouvernant la dynamique des séries temporelles de chacune des dimensions évaluatives, pour chaque période et chaque sujet. **Résultats :** Les changements de dynamiques observées durant le mois de réadaptation se détériorent rapidement dès le premier mois après le séjour. Les patients reviennent systématiquement à des dynamiques auto-évaluatives générées par des processus auto-régressifs (variabilité désordonnée). **Conclusion :** La vulnérabilité de la dynamique des perceptions du malade sur lui-même offre un nouvel éclairage sur le décalage qui existe entre les résultats des études de suivi montrant un maintien du niveau des perceptions après six mois, et l'abandon précoce des comportements favorables à la santé observé par les cliniciens dans les semaines qui suivent la sortie.

MOULLEC, Grégory[1,2], NINOT, Grégory[3], PÉPIN, Véronique[1,4], LABRECQUE, Manon[1,2]

[1]Centre de Recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, [2]Université de Montréal, [3]Laboratoire Conduites Addictives, de Performance et Santé, Université Montpellier 1 (France), [4]Department of Exercise Science, Concordia University, Montreal.

Norouzi, Nahid – 39

Equifinality in single-step and double-step unloading movements.

Equifinality, during arm reaching movements, relates to the capacity of the neuromuscular system to attain the same final position in the presence or absence of transient perturbations. A brief elastic perturbation, applied during a fast arm movement or just before its initiation, typically does not affect final arm position. On the other hand, several experiments have shown that velocity-dependent perturbations, such as coriolis force or negative damping, while transient in nature, have a significant effect on final arm position when compared to unperturbed movements. It remains unclear, however, if these changes are due to the nature of motor control in the nervous system, to a correction in the motor commands during movement or to peripheral factors (muscle or reflex properties). In this study, we analyzed the effects on final arm position of suddenly decreasing a static load maintained by subjects. Unloading movements are mediated by spinal reflexes, as long as subjects do not anticipate the decrease in load. We compared final arm position after decreasing the load in either one or two steps, to the same final value, thus allowing us to study the role of reflexes with respect to equifinality. Subjects maintained an initial load produced by a two-joint manipulandum moving in the horizontal plane. The load was suddenly decreased, either in one or two successive steps with different time intervals, resulting in a rapid reflex change in arm position. The initial holding time and the unloading conditions were randomized to prevent anticipation. Electromyographical recordings confirmed that unloading resulted in significant changes in muscle activity. Further, muscle activity during the stable phases of movement was constant, indicating that subjects did not modify their muscle commands. It was found that the final hand position was shorter for double- versus single-step unloading if the time between two successive changes in load was greater than 100 ms. For shorter intervals, the final hand positions were the same. This difference was inversely proportional to the hand velocity at the time of the second change in load. A trial-by-trial analysis of all conditions also showed a significant correlation between peak velocity and displacement. Thus, both the change in load and the velocity at the time of the change may influence the magnitude of the unloading reflex. This may be indicative of a dependence of stretch reflexes on velocity and may explain the absence of equifinality observed in other studies.

ARCHAMBAULT, Philippe[1], NOROUZI GHEIDARI, Nahid[1]

[1]*School of Physical and Occupational Therapy, McGill University, Montreal.*

Poncet, Frédérique – 40

Le modèle logique : une approche pour présenter un programme spécifique de rééducation – réadaptation en France.

Un programme spécifique de rééducation–réadaptation a été développé pour les patients cérébrolésés dans le service de Médecine Physique et de Réadaptation de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, France. Il vise ultimement une reprise d'activités et une amélioration de la participation sociale des participants. Organisé sur une période de 2 mois, les patients sont présents 5/7 jours, 6 heures par jour. Chaque patient a un emploi du temps spécifique, organisé en fonction de ses limitations d'activité et de ses objectifs propres. Il propose une prise en charge pluridisciplinaire (ex : «préparer des repas complexes »), personnalisée (séance individuelle d'orthophonie, physiothérapie, ergothérapie...) et holistique, intégrant les différentes dimensions bio-psycho-sociales de l'individu. Le programme semble montrer une amélioration des limitations d'activités chez les patients ayant pu en bénéficier (notamment pour la mise en place et systématisation des moyens de compensation) mais à ce jour, ses composantes sont peu documentées et sont traitées comme « une boîte noire», ce qui empêche son évaluation. L'objectif de l'affiche est, par un modèle logique, de décrire ce programme original de rééducation-réadaptation afin de pouvoir évaluer ses effets sur l'activité et la participation sociale, familiale et professionnelle des participants. La description de chaque composante permettra de comprendre les processus sous-jacent au programme. L'utilisation du modèle logique permettra de définir les différentes variables en jeu et qui sont à l'origine de l'amélioration de la participation. Ce type d'information s'avère essentielle dans le cadre de l'évaluation des programmes de réadaptation.

PONCET, Frédérique[1,2,3,4], SWAINE, Bonnie[1,3], PRADAT-DIEHL, Pascale[2,4], TAILLEFER, Chantal[4]

[1]*École de réadaptation, Université de Montréal,*
[2]*Université Pierre et Marie-Curie (UMPC), Paris-6, France,*
[3]*Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR), Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal,*
[4]*Équipe de recherche Paris 6 (ER6 UPMC), Service de Médecine Physique et de Réadaptation Groupe Hôspitalier Pitié Salpêtrière, Paris, France.*

Popov, Petre – 41

Musclez vos méninges : développement d'un programme de promotion de la vitalité cognitive pour les aînés.

Contexte et objectifs : L'altération de la mémoire constitue une source importante de plaintes et de préoccupations, même chez les aînés qui vivent un vieillissement cognitif normal. Les programmes visant la vitalité cognitive sont considérés comme une stratégie prometteuse dans une optique de promotion d'un vieillissement actif. C'est dans cet esprit que l'équipe du Programme de promotion/prévention santé et vieillissement (PPSV) du CSSS Cavendish a développé « Musclez vos méninges ». Le but était de rendre disponible un programme de 10 rencontres, pouvant être offert par des animateurs du milieu communautaire, aux aînés qui vivent un vieillissement cognitif normal. **Description de la démarche d'intervention :** Le programme a été conçu par l'équipe du CSSS Cavendish puis soumis à des experts pour en valider le contenu. Le programme vise à : 1) améliorer la confiance des participants en leur mémoire; 2) stimuler leurs facultés cognitives; 3) enseigner des stratégies mnémotechniques et 4) promouvoir l'adoption de loisirs et d'habitudes de vie favorisants. Les activités suscitent la participation active des aînés par l'échange d'expériences personnelles et favorisent la recherche de stratégies concrètes à appliquer dans la vie courante. Au printemps 2007, l'intervention a été expérimentée auprès de sept groupes d'aînés, de 60 à 90 ans, afin de mieux ajuster son contenu et son format. **Résultats :** La mise à l'essai a permis de valider la pertinence du programme : 1) les organismes pour aînés ont accueilli très favorablement le programme; 2) les aînés ont trouvé le programme pertinent (plus de la moitié ont exprimé des inquiétudes à l'égard de leur mémoire) et 3) les taux de participation sont très élevés (plus de 80%), ce qui témoigne de la satisfaction générale. **Conclusion :** Bien que de nature exploratoire, l'expérimentation a permis de valider la pertinence du programme aux yeux des organismes et des aînés. Aussi, plusieurs défis et questions ont été soulevés au sujet de : 1) la capacité d'atteindre une population plus vulnérable telle que les aînés ayant une faible scolarité, 2) la praticabilité du guide d'animation pour les animateurs non professionnels, ainsi que 3) l'efficacité du programme à atteindre ses objectifs en milieu naturel. Ces questions serviront de point de départ pour de futures études d'efficacité et de suivi d'implantation du programme.

POPOV, Petre[1,2], PARISIEN, Manon[2,3] GILBERT, Norma[2], AMZALLAG, Marie[2], GUAY, Danielle[2], NOUR, Kareen[2,4], LAFOREST, Sophie[1,2]

[1]*Département de kinésiologie, Université de Montréal,*
[2]*Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, CSSS Cavendish-CAU,*
[3]*École de réadaptation, Université de Montréal,*
[4]*Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.*

Proulx, Geneviève – 42

Gestion des aspects temporels en conversation chez les couples dont un membre est aphasique.

Introduction : L'aphasie, trouble acquis du langage, affecte souvent la capacité à communiquer verbalement, bouleversant les interactions entre la personne aphasique et ses proches, surtout son conjoint. Pour les améliorer, une intervention orthophonique au niveau conversationnel devient souvent essentielle. Peu de chercheurs se sont penchés sur l'aspect temporel de la conversation. Tremblay-Beauséjour (2007) a étudié l'impact des silences en conversation chez les couples touchés par l'aphasie. Chez certains, de longs silences favorisaient la participation de la personne aphasique. Le présent travail vise à mieux comprendre la conversation de trois couples considérés particuliers dans cette étude en analysant des aspects temporels.
Matériel et méthode : Des vidéos des couples pendant deux repas ont été analysés qualitativement. Des aspects temporels ont été mesurés : la fréquence des pauses en conversations, les types de tours de parole, la fréquence et les fonctions des chevauchements et des interruptions.
Résultats : Les résultats démontrent que les couples sont différents quant à la gestion des aspects temporels (pauses peu nombreuses, taux de chevauchements et d'interruptions élevés et leurs fonctions particulières) et que pour un couple, ces aspects semblent nuire à la participation de la personne aphasique à la conversation.
Conclusion : La gestion des aspects temporels en conversation semble être une variable importante pour la participation de la personne aphasique en conversation.
Remerciements : Fonds de Recherche en Santé du Québec (FRSQ)

PROULX, Geneviève[1], CROTEAU, Claire[1,2]

[1]*École d'orthophonie et audiologie, Université de Montréal,*
[2]*Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation – Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal.*

Racine, Mélanie – 43

Projet canadien STOP-PAIN : Le profil biopsychosocial des patients en attente de recevoir des soins dans une clinique de traitement multidisciplinaire de la douleur diffère-t-il en fonction de leur genre ?

Aim of Investigation: To examine if male (M) and female (F) with chronic pain (CP) present a distinctive pattern regarding their pain condition, emotional well-being, health-related quality of life and beliefs/attitudes towards pain. **Methods:** A total of 426 F and 280 M waiting for treatment of CP in university-affiliated pain centres across Canada completed validated questionnaires to measure 1) pain intensity (0-10 numerical rating scale (NRS)), 2) impact on daily life activities (Brief Pain Inventory), 3) sleep quality (5 items of the Medical Outcomes Study), 4) psychological well-being (Beck Depression Inventory), anxiety (NRS), anger (NRS) and 6) health-related quality of life. Pain coping skills and beliefs were also measured using the Pain Catastrophizing Scale and the short form of the Survey of Pain Attitudes (SOPA). **Results:** The mean age of M and F (M=50.6+11.4; F=51.0+13.3) ($p<0.00$) and their pain duration (M=9.1+9.7y; F=8.6+8.8y) ($p=0.49$) was comparable. Results of a MANOVA including all the measures mentioned above revealed a trend toward a gender difference ($p=0.06$). Post-hoc analysis (ANOVAs) showed no statistical significant difference between M and F on any variables ($p=0.08$ to 0.96) except on 2 subscales of the SOPA (Disability, Solicitude). On the average, M tended to believe they were more disabled by their pain (2.78+1. 22) than F (2.56+1.23) ($p=0.02$). In contrast, F compared to M, had a tendency to think that others, especially family members, should be more solicitous in response of their experience of pain (F=2.11+1.22; M=1.89+1.18) ($p=0.02$). The lack of statistical significant gender difference on all the other variables was not attributable to abnormal distributions of the data. **Conclusions:** Contrary to expectation, the present study did not show a really distinctive pattern between M and F suffering from CP. Both groups reported comparable pain severity in terms of its intensity and impact on various aspects of daily living. The same was true for their depression, anxiety, anger and their tendency to pain catastrophizing. Their beliefs/attitudes towards pain were also comparable except for disability impression in M and solicitude perception in F. **Founding:** CIHR, FRSQ, Pfizer Canada. Mélanie Racine is a CIHR Strategic Training Fellow in Pain: Molecules to Community.

RACINE, Mélanie[1], DUPUIS, Gilles[1], DION, Dominique[2], PENG, Philip[3], BOULANGER, Aline[4], INTRATER, Howard M.[5], LYNCH, Mary E.[6], MOULIN, Dwight E.[7], WARE, Mark A.[8], CHOINIÈRE, Manon[1]

[1]Université du Québec à Montréal, [2]Université de Montréal, [3]Wasser Pain Mangement Centre of the Mount Sinai Hospital, Toronto, [4]Clinique anti-douleur du Centre hospitalier de l'Université de Montréal,
[5]Health Sciences Centre Pain Clinic, Winnipeg, [6]Pain Management Unit of the Queen Elisabeth II Health Centre, Halifax, [7]Pain Clinic of the London Regional Health Centre, London, ON, [8]Pain Centre of the McGill University Health Centre, Montréal.

Rizk, Amanda – 44

Acute Affective and Physiological Response to Exercise Training in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): A Pilot Study.

Purpose: Pulmonary rehabilitation (PR), which includes exercise training, has become widely recognized as a cornerstone in the management of COPD. Current PR guidelines advocate high-intensity exercise training (e.g., 80% of maximum capacity), as it seems to induce the greatest physiological adaptations in COPD patients. However, this approach is believed to be unpleasant and difficult to comply to for this patient population. This belief needs to be verified. The main objective of this pilot study was to measure the affective response (i.e. pleasant versus unpleasant feelings) to high-intensity exercise training in COPD patients to determine if this approach is in fact perceived as unpleasant. **Methods:** Individuals with COPD were recruited from an outpatient clinic at Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Included subjects completed several baseline assessments as part of a larger study. For the present study, affective and physiological measures were taken during a single exercise bout. Patients were asked to perform 25 minutes of high-intensity exercise (excluding warm-up and cool-down) on a cycle ergometer. Affective response was measured using the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) and the Global Vigor and Affect Instrument (GVA) throughout the exercise session. In addition, various physiological parameters (e.g., inspiratory capacity) were measured breath by breath throughout the same session using a portable metabolic system. **Results:** To date, 2 subjects have completed all assessments. Positive affect scores from the PANAS (indicating pleasant feelings) remained constant from rest to post-exercise for both subjects. Negative affect scores (indicating unpleasant feelings) dropped from rest to post-exercise in one subject (? NApost-rest = 10), but remained constant in the other. Global vigor (level of alertness) and global affect scores from the GVA were higher after exercise than at rest in both subjects (? GVpost-rest = 17; ? GApost-rest = 17). However, global affect scores dropped midway through the exercise session in both subjects (? GAmid-start = 13.5). Inspiratory capacity (maximum amount of air that can be inspired) decreased progressively during the exercise session in both subjects. **Conclusion:** Preliminary results from this ongoing study suggest that COPD patients report more unpleasant feelings and experience dynamic hyperinflation during a high-intensity exercise bout, but show an increase in global vigor and affect afterward.

RIZK, Amanda[1,2], BACON, Simon[1,2], CHAN-THIM, Emilie[1,2], LAVOIE, Kim[1,3], DE LORIMIER, Myriam[1], PEPIN, Véronique[1,2]

[1]Axe de recherche en santé respiratoire, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal,
[2]Department of Exercise Science, Concordia University, Montreal,
[3]Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

Saulnier, Johanne – 45

Valeurs normatives de deux tests fonctionnels chez des enfants et des adolescents.

Il existe peu de données normatives sur les tests fonctionnels sur lesquelles les cliniciens peuvent s'appuyer afin de mieux cibler leurs objectifs d'interventions. Les **objectifs** de cette étude étaient : à l'aide de 2 tests fonctionnels standardisés, a) d'obtenir des valeurs normatives de la capacité fonctionnelle chez des enfants et des adolescents ne présentant pas d'incapacité et b) de mesurer l'association avec deux variables potentiellement déterminantes (âge et sexe). **Méthodes :** Des physiothérapeutes, formés à la passation des tests, ont évalué 239 participants (9 à 17 ans; 116 garçons) pour le nombre de lever debout en 1 min pour le test 'assis-debout'(AD), et le nombre de montée/descente de 4 marches en 2 min pour le test des 'escaliers'(ES). Les valeurs normatives (moyenne, écart type, médiane et l'intervalle de confiance à 95%), établies avec la moyenne de deux essais, ont été calculées pour tous les groupes d'âge. Des analyses ont été effectuées sur la fidélité test-retest (coefficient de corrélation intraclasse, ICC), et sur l'effet de l'âge (ANOVA à un facteur et test de Tukey) et du sexe (test de chi-carré) pour les tests AD et ES. **Résultats :** Selon le groupe d'âge, les moyennes des valeurs normatives d'AD ont été de 36.0 à 49.2 et celles d'ES ont été de 23.7 à 65.1. La fidélité test-retest a été élevée pour les deux tests (ICC > .93). Il y a eu un effet significatif selon l'âge (AD : p=.002; ES : p<.001), mais aucun pour le sexe. Les enfants de 9 à 16 ans et ceux de 10 à 17 ans ont eu des résultats homogènes pour le test AD. Pour ES, il y a eu 5 groupes d'âge : 9-11 ans, 10-12 ans, 12-14 ans, 13-15 ans, et 15-17 ans. **Conclusion :** Le test ES serait plus sensible selon l'âge que le test AD mais il n'y aurait pas de différence entre les garçons et les filles. Les normes établies permettront aux physiothérapeutes de déterminer la présence ou non de difficultés dans la réussite de ces tests et d'orienter les interventions thérapeutiques afin de favoriser une participation optimale des enfants et des adolescents dans leurs activités courantes. Ces données constituent un départ dans la création de normes d'une batterie de tests fonctionnels. *Ce projet a été réalisé grâce à des subventions du REPAR, de l'OPPQ, de la Fondation Élan et la contribution clinique de trois centres de réadaptation.*

SAULNIER, Joanne[1], LEPAGE, Céline[1,2], MALTAIS, Désirée B.[1,2,3], HÉBERT, Luc J.[4]

[1]*Programme des maladies neuromusculaires, myélodysplasies et atteintes musculosquelettiques, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ),*
[2]*Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS), Québec,*
[3]*Département de réadaptation, Université Laval, Québec,*
[4]*Défense Nationale du Canada, Prestation des soins de Santé, Ottawa.*

Tellier, Myriam – 46

L'accident vasculaire cérébral léger sans séquelle : mythe ou réalité?

Introduction et objectif : Avec l'avancement technologique médical et les changements démographiques, la prévalence des accidents vasculaires cérébraux légers (AVCL) est appelée à augmenter. L'objectif visé par cette étude est de réviser la littérature en lien avec ce sous-groupe d'AVC en se concentrant sur les conséquences de cette pathologie pour le patient et sa famille, ainsi que sur les services de réadaptation leur étant offerts.
Méthodologie : Une revue de littérature a été effectuée sur Ovid («Embase» et «Medline») de 1950 à 2008. Des articles ont aussi été cherchés sur « Pubmed », « CINHAL » et « Cochrane ». Le terme AVCL a été combiné à une variété de mots clés. Les critères d'inclusion étaient disponibilité en anglais ou en français. Critère d'exclusion : représentation inférieure à 50% d'AVCL dans l'échantillon.
Résultats : Treize articles répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été recensés. Les personnes ayant eu un AVCL peuvent présenter des déficiences. Ces dernières n'interfèrent pas avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne mais viennent contraindre les tâches plus complexes. Aucun article n'a été répertorié pour les proches. Plusieurs interventions à domicile ont prouvé leur efficacité. Toutefois, la réalité démontre que la majorité de ces personnes réintègrent leur milieu de vie sans suivi ni référence à des ressources externes.
Conclusion : Les personnes ayant eu un AVCL présentent effectivement des séquelles qui lorsque non adressées, peuvent engendrer un déconditionnement ou un besoin accru de soins et services. D'autres études sont nécessaires pour développer des programmes qui aideront à gérer cette population en croissance constante et, dans une perspective d'équité, documenter l'impact de l'AVCL sur le quotidien et la qualité de vie des proches.

TELLIER, Myriam[1,2], ROCHETTE, Annie[1,2]

[1]*Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR),*
[2]*Faculté de médecine, École de réadaptation, Université de Montréal.*

Tessier, Annie – 47

Understanding the determinants of weight-related quality of life.

Objective: The aim of this study was to develop a framework for understanding the impact of obesity on quality of life.
Methods: Multicenter cross-sectional study involving 563 overweight and obese participants. The health status of the participants was assessed using the ICF Core Set, the IWQOL-Lite, and the SF-36. The effect of these factors on WRQL and their relationships were estimated with a structural equation modeling.
Results: The majority were women; with an average 44 years of age, and a mean BMI of 36 kg/m2. Many ICF categories were documented in only a small proportion of the population. The model suggested that body composition, mental symptoms and social functioning were associated with gender. The structural model showed that cardiopulmonary functions impacted strongly on WRQL, directly and indirectly through mental symptoms and ADL function. Body composition also impacted on WRQL indirectly through ADL function, but to a lesser extent than cardiopulmonary function. Structure related to movement was associated with physical symptoms and GHP but not with WRQL. The presence of family support was related to physical symptoms and social functioning. WRQL was indirectly affected by gender, body composition, and mental symptoms. The overall fit of the structural model was good: ?2 (84, N=563) = 267, p<0.000, CFI = 0.970, TLI = 0.979. RMSEA = 0.062. The determinants of WRQL appear to be different for men and women. In men, social functioning appears to be influenced greatly by physical symptoms, while in women it is by mental symptoms.
Conclusion: The representativeness of these categories for the ICF Core Set for Obesity may be questionable. The Brief Core Set appears to better reflect the prevalence of these problems in the study population. Body composition and cardiopulmonary functions are determinants of WRQL. Their effect is mediated by mental symptoms and ADL. Structure related to movement and physical symptoms affect GHP but not WRQL. Targeted interventions specific to gender is probably indicated.

TESSIER, Annie[1]

[1]*School of Physical and Occupational Therapy, McGill University, Montreal.*

Touré, Mariama – 48

3 – 2 – 1 … Les professionnels de la santé sont-ils prêts pour le « décollage » de la CyberSanté?

Les professionnels de la santé reçoivent des pressions grandissantes pour changer leur pratique afin d'améliorer la qualité des services. L'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) est reconnue comme un moyen novateur pour améliorer l'efficacité et l'efficience des services de santé. Le terme CyberSanté est utilisé couramment aujourd'hui pour décrire l'application des TIC dans le secteur de la santé. Malgré les développements rapides de la CyberSanté, son adoption par les professionnels demeure problématique. Avec un taux d'échec d'implantation s'élevant jusqu'à 70 %, il est primordial de bien planifier son intégration. Afin de limiter les risques d'échec associés à son implantation, l'évaluation de l'état de préparation à la CyberSanté au sein d'une organisation s'avère pertinente et essentielle. C'est dans une perspective d'innovation et d'amélioration des services que le Centre de Réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) amorce un processus de réflexion sur les stratégies à privilégier pour optimiser l'intégration des TIC et qu'un partenariat entre la recherche et le secteur de la santé a été mis en place. L'objectif général de cette étude vise à évaluer l'état de préparation du CRLB à la CyberSanté. Un questionnaire mesurant l'état de préparation organisationnelle à la CyberSanté et un questionnaire sur le style de recherche d'informations seront envoyés à près de 300 employés du CRLB. Cette présentation illustra principalement la problématique ainsi que la méthodologie utilisée dans ce projet. Cette étude permettra de cibler et prioriser les stratégies d'implantation de la CyberSanté qui seront les mieux adaptées aux caractéristiques des futurs utilisateurs du CRLB.

TOURÉ, Mariama[1,2], POISSANT, Lise[1,3], SWAINE, Bonnie[1,3]

[1]*École de réadaptation, Université de Montréal.*
[2]*Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal,*
[3]*Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal.*

Vafadar, Amirhossein K. – 49

The effect of muscle fatigue on proprioception in an upper limb reaching task.

Proprioception is the awareness of joint position originating from specialized nerve endings called mechanoreceptors. Any disturbance in performance of mechanoreceptors may cause instability in the joint and make it susceptible to injury. Muscular fatigue is one of the factors that may hamper the proper function of mechanoreceptors. Therefore our objective was to estimate the extent to which muscular fatigue impacts on the ability to precisely reproduce the position of the upper extremity in healthy adult subjects. Twelve healthy subjects were assigned to a fatigue group who were asked to do a reaching task while grasping a wooden block. They had to match the block with its corresponding target displayed on a flat screen, in one of three different orientations (vertical and ±30°, 10 repetitions each). Vision was blocked during the reaches in order to prevent learning. Following this reaching task, the subjects performed a series of resistive movements against an elastic band in order to induce muscular fatigue. The reaching task was then repeated, immediately after the fatiguing exercise. Six other subjects were assigned to the non fatigue group; who performed exactly the same protocol, but without the fatiguing phase. Orientation and position of the hand were recorded by a VICON motion capture system. As well, the electromyographic data from selected shoulder and elbow muscles were recorded to verify the fatigue status. A Mann-Whitney U test was used to compare the mean changes in the endpoint between two groups. As well, a repeated measure ANOVA was used to find significant changes in orientation. The results of the study showed a significant change in the endpoint position in fatigue group compared to the non fatigue group. The orientation was not changed significantly. Knowing the exact mechanism of how proprioception is changed by muscle fatigue is a key in finding better intervention for the prevention and management of musculoskeletal injuries. In this study, we found that proprioception was greatly changed in the presence of muscular fatigue. This change could be either due to deficits in joint mechanoreceptors or fatigue of the central nervous system. The findings of this study could serve as a basis for further researches on upper limb proprioception and neuromuscular control.

VAFADAR, Amirhossein K.[1], ARCHAMBAULT, Philippe[1,2]

[1]*School of Physical and Occupational Therapy, McGill University, Montreal,*
[2]*Center for Interdisciplinary Research in Rehabilitation.*

Zablit, Cynthia Ann – 50

The expressive vocabulary of Lebanese Arabic-speaking toddlers.

The Lebanese population is mostly bilingual, and children could be exposed to one language or two, but very little knowledge is available concerning this population. The following research was conducted to describe the vocabulary of Lebanese children and its specificities, to help speech and language pathologists in the assessment of these children. In total 210 French/Arabic (n=64) and French (n=74) or Arabic (n=72) monolingual children participated in the study. They were aged between 17 and 19 months or between 26 and 28 months. Parents were asked to fill out a questionnaire, the MacArthur's-Bates Communicative Development, in a French adapted version or in a translated adapted Arabic version, or both. Results pointed out specificities of Arabic speaking children. Children of 26-28 months old had significantly lower vocabulary size than their French and bilingual peers (F (2,108) =12, 16, p<0.001). This could be related to the linguistic characteristic of the Lebanese Arabic, which is a morphologically rich language. It is possible that Arabic speaking children focus their attention on morphology acquisition rather than on new words as it has been shown for Hebrew speaking children, whose language is very similar to Arabic. Other factors could also be involved in these results such as socio-economical status. In Lebanon, it is often observed that parents with a low socio-economical status are more likely to be Arabic-speaking while those from middle and high economical class are either bilingual speakers or French-speaking. Socio-economical status could then explain the smaller vocabulary size. All children had a higher proportion of nouns than verbs in their vocabulary, however 17-19 months old Arabic speaking children had a smaller proportion of nouns (M=40,26%, SD=21,96) and a higher proportion of verbs (M=28,04%, SD=27,89) in their early vocabulary composition than their bilingual ((M=52,27%, SD=14,44 for nouns. M=9, 65%, SD=13, 89 for verbs) and French speaking peers (M=56, 99%, SD=11, 82 for nouns. M=6,9%, SD=6,37 for verbs). This difference that was also observed in the vocabulary of Korean children could be explained by the input that the Arabic children receive. It could be that the parents of these children use the verbs in a more accentuated way, or produce more verbs and induce more verbs elicitation when talking to the child. This difference disappears as children grow older, possibly because they don't learn many new verbs, but rather new morphology skills.

ZABLIT, Cynthia Ann[1], TRUDEAU, Natacha[1,2,3]

[1]*Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine, Montréal,* [2]*Centre de réadaptation Marie-Enfant, Montréal,* [3]*École d'orthophonie et d'audiologie, Université de Montréal.*

Bureau de coordination – REPAR
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
Pavillon Gingras
6300, avenue Darlington
Montréal (Québec) Canada H3S 2J4
Téléphone : (514) 340-2771
Télécopieur : (514) 340-2154
Repar.irm@ssss.gouv.qc.ca
www.repar.ca

Programmation scientifique 2008-2010

Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation

REPAR FRSQ

Un réseau thématique du Fonds de la recherche en santé Québec

Juin 2008

Préambule

Cette brochure présente un aperçu de la programmation scientifique 2008-2010 du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR ou Réseau). Cette brochure se veut également un guide pour les membres du Réseau dans la préparation des demandes d'appui qu'ils projettent adresser aux différents concours du REPAR. La subvention octroyée par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) pour la période 2008-2010 a permis le développement d'une **programmation ciblée** dont les programmes et activités sont regroupés sous les cinq **thématiques** suivantes :

Programmation ciblée	Thématiques
Programmation scientifique	1. Compétitivité et innovation
	2. Échange et application des connaissances
	3. Formation de la relève
	4. Activités en partenariat
Diffusion des résultats de la recherche et transmission d'information au grand public	5. Valorisation et communication[1]

Les programmes et activités constituant la programmation scientifique du Réseau sont regroupés sous les quatre premières thématiques. Les buts poursuivis par le Réseau sous chaque thématique ainsi que les objectifs de chaque programme et activité sont décrits aux pages suivantes.

Bien qu'un financement ait été octroyé pour la période 2008-2012, les activités de recherche appuyées par le Réseau s'inscrivent dans un **cadre conceptuel 2008-2012** dans lequel sont articulés la vision 2012 adoptée par le Réseau, la mission du Réseau ainsi que les cibles et les livrables (les résultats concrets) de la programmation scientifique. La valeur ajoutée du Réseau est exprimée sous cinq volets décrivant autant d'effets synergiques, rassembleurs et sociétalement souhaitables de la recherche faite en réseau. Le site Web du Réseau présente de façon détaillée le processus d'évaluation des demandes. Les motifs et considérants à la base de cette programmation sont détaillés dans la « Demande de renouvellement de subvention pour la période 2008-2012 », que le Réseau a soumise au FRSQ le 1er décembre 2007 et qui peut être consultée sur le site Web du Réseau. Cette nouvelle programmation sera accessible sur le site Web du Réseau à partir du trimestre d'automne 2008[1]. Le lecteur est invité à consulter le http://www.repar.ca sous la section « programmes » pour de plus amples renseignements sur le processus d'évaluation des demandes.

Le REPAR appuie fièrement les activités de recherche réalisées par ses membres et souhaite que cette brochure aide ces derniers dans la préparation de leurs demandes d'appui.

A. Bertrand Arsenault, Ph.D.
Directeur scientifique

Sylvie Nadeau, Ph.D.
Présidente du conseil scientifique

1. Au cours de la période 2008-2010, des activités de valorisation et de communication seront entreprises sous la thématique 5. Elles viseront notamment à rendre le Réseau plus visible auprès des chercheurs, étudiants, cliniciens, gestionnaires de soins, décideurs ainsi qu'auprès du grand public. Celles-ci ne sont pas présentées dans la présente brochure.
2. En cas de différence entre l'information contenue sur le site Web du REPAR et celle présentée dans cette brochure, la première aura préséance sur la seconde.

Cadre conceptuel 2008-2012

Vision	En 2012, le Réseau sera devenu la ressource québécoise incontournable dans le domaine de l'adaptation-réadaptation et le guichet pour les collaborations nationales et internationales. Les chercheurs, enseignants, étudiants, cliniciens, gestionnaires et décideurs en ce domaine auront développé une synergie menant à l'implantation d'une recherche clinique mobilisatrice et à une culture d'échange des savoirs. Le soutien à la pratique factuelle par les intervenants ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec des incapacités seront les objectifs ultimes des activités de recherche menées par les membres du Réseau.
Mission	Développer **la recherche clinique multicentrique et pluridisciplinaire** en adaptation-réadaptation avec **réseautage national et international** tout en soutenant **l'échange et l'application des connaissances** et **la formation de la relève**.

Thématiques	Cibles	Livrables	Valeur ajoutée
Compétitivité et Innovation	Effet levier	• Obtention de subventions de recherche de sources externes de financement • Collaboration de recherche de niveau national et international • Formation d'étudiants en contexte de multidisciplinarité et de réseautage • Outils de mesure de résultats et guides de pratique clinique accessibles sur le Portail • Diffusion des résultats de la recherche faite par les membres au grand public • Matériel informationnel pour les clientèles en adaptation-réadaptation • Vitrine sur les membres	• Occasions d'émulation supérieures aux activités de recherche individuelles • Effets tremplins et synergiques pour les activités de recherche et pour la relève • Effets prospectifs et facilitateurs pour les thèmes de recherche émergeants • Économies d'échelle des échanges de connaissances entre experts et intervenants • Rôle sociétal par l'information, la sensibilisation et l'éducation de la population
Échange et application des connaissances	Pratique factuelle		
Formation de la relève	Réseautage		
Activités en partenariat	Effets multiplicateurs		
Valorisation et communication	Sensibilisation et information grand public		

Programmation scientifique par thématique

THÉMATIQUES	PROGRAMMES	ACTIVITÉS
1. Compétitivité et innovation	1.1 Recherche clinique 1.2 Soutien à une initiative stratégique	Innovation du conseil d'administration et du conseil scientifique : Groupes de travail • Téléréadaptation • Utilisation de banques de données pertinentes aux interventions d'adaptation-réadaptation
2. Échange et application des connaissances	2.1 Développement et implantation d'une plateforme informationnelle 2.2 Activités structurantes 2.3 Soutien à la tenue de colloques, ateliers de formation ou autres activités d'échange et application de connaissances	Portail d'échange et d'application des connaissances en adaptation-réadaptation
3. Formation de la relève	3.1 Embauche d'un étudiant d'été 3.2 Summer Publication and Grant Writing Workshop 3.3 Programmes stratégiques de formation des IRSC 3.4 Intégration de stagiaires postdoctoraux 3.5 Soutien aux étudiants pour présentation à des événements scientifiques	
4. Activités en partenariat	4.1 IRSST/REPAR 4.2 OPPQ/REPAR 4.3 ONF/REPAR 4.4 Consortium sur le développement de la recherche en traumatologie au Québec	

Thématique 1 Compétitivité et innovation

Buts poursuivis par le Réseau sous cette thématique

1. Jouer le rôle de catalyseur et de tremplin pour l'obtention de subventions d'importantes sources externes de financement ;
2. Rendre les membres plus compétitifs dans l'obtention de subventions de sources externes au Réseau ;
3. Devenir l'interlocuteur québécois pour le développement de collaborations nationales et internationales pour la recherche en adaptation-réadaptation ;
4. Être à l'affût des thèmes de recherche émergents en adaptation-réadaptation ;
5. Soutenir les activités de recherche sur les thèmes émergents retenus par le conseil d'administration et le conseil scientifique du Réseau.

Programmes/activités et objectifs

Programme 1.1 – Recherche clinique

Soutenir des initiatives de recherche, regroupant des chercheurs et des cliniciens du Québec, du Canada et d'ailleurs, afin de leur permettre d'être plus compétitifs et de favoriser leur succès aux concours nationaux réguliers. Réalisés dans le cadre d'une approche de type « preuve de concept », les projets de recherche doivent permettre l'obtention de données préliminaires sur le développement d'outils de mesure, d'approches cliniques et de guides de pratique en adaptation-réadaptation. Ils doivent être clairement associés à une soumission prochaine à un concours régulier d'un organisme subventionnaire.

Programme 1.2 – Soutien à une initiative stratégique

Soutenir des initiatives stratégiques à forts potentiels de retombées cliniques et de recherche en adaptation-réadaptation aux niveaux provincial, national et international. Ces initiatives doivent inclure un regroupement de chercheurs établis favorisant le succès de leur demande aux concours nationaux et internationaux ciblés.

Activité – Innovation du conseil d'administration et du conseil scientifique (CA/CS) : Groupes de travail

Développer des thèmes de recherche émergeants et novateurs en adaptation-réadaptation identifiés conjointement par le conseil d'administration et le conseil scientifique du Réseau, consolider les activités de recherche sur ces thèmes et préparer par la suite des demandes de subventions, voire d'équipes, qui rendront ces chercheurs et cliniciens plus compétitifs auprès des sources externes de financement et, de façon souhaitable, financièrement autonomes pour la poursuite de leurs travaux de recherche. Deux groupes de travail sont présentement actifs : (1) Téléréadaptation et (2) Utilisation de banques de données pertinentes aux interventions d'adaptation-réadaptation.

Thématique 2 Échange et application des connaissances

Buts poursuivis par le Réseau sous cette thématique

1. Développer une expertise en échange et en application des connaissances ;
2. Adopter les stratégies les plus efficientes d'échange et d'application des connaissances propres au domaine de l'adaptation-réadaptation afin d'encourager les cliniciens à la pratique factuelle ;
3. Créer une nouvelle culture d'acquisition et d'application des connaissances ;
4. Contribuer à l'amélioration des pratiques cliniques et des modes d'intervention en adaptation-réadaptation à partir des nouvelles connaissances ;
5. Devenir le moteur de la recherche clinique en adaptation-réadaptation au Québec.

Programmes/activités et objectifs

Programme 2.1 – Développement et implantation d'une plateforme informationnelle

Développer des projets qui visent à utiliser le site Web du REPAR comme une plateforme d'échange et d'application des connaissances.

Programme 2.2 – Activités structurantes

Favoriser l'implantation d'outils d'évaluation standardisés et de guides de pratique clinique ou de prise en charge de clientèles. Ce programme vise également l'évaluation de leur utilisation dans le domaine de l'adaptation-réadaptation par des cliniciens en collaboration avec des chercheurs.

Programme 2.3 – Soutien à la tenue de colloques, ateliers de formation ou autres activités d'échange et d'application de connaissances

Offrir un soutien financier à l'organisation d'activités scientifiques qui serviront de tribunes pour l'échange et l'application des connaissances dans le milieu de l'adaptation-réadaptation. Des activités novatrices s'échelonnant sur une plus longue période de temps, telles le démarrage de groupes de discussion sur un thème spécifique ou d'une communauté de pratique, sont également admissibles à ce programme.

Activité – Portail d'échange et d'application des connaissances en adaptation-réadaptation

Offrir un outil de référence afin de soutenir l'échange et l'application des connaissances ainsi que la pratique factuelle en adaptation-réadaptation. Les composantes actuelles sont : (1) Bulletin de veille informationnelle « Réadap_Veille » et (2) Banque d'outils de mesure de résultats et de guides de pratique utilisés dans le domaine de l'adaptation-réadaptation.

Thématique 3 Formation de la relève

Buts poursuivis par le Réseau sous cette thématique

1. Inculquer une culture de recherche clinique multidisciplinaire et de réseautage précocement dans la formation de la relève ;
2. Contribuer à palier la pénurie de chercheurs dans le domaine de l'adaptation-réadaptation.

Programmes et objectifs

Programme 3.1 – Embauche d'un étudiant d'été

Initier et sensibiliser des étudiants à la réalité de la recherche en adaptation-réadaptation. Ce programme est destiné aux étudiants du Québec inscrits dans des programmes de baccalauréat ou de maîtrise professionnelle.

Programme 3.2 – École d'été « Quality of Life Program » en rédaction d'articles scientifiques et de demande de subvention

Donner une opportunité à des étudiants inscrits dans un programme d'études supérieures et à des chercheurs émergents en adaptation-réadaptation d'accroître leurs connaissances et leurs habiletés dans la rédaction d'articles scientifiques et de demandes de subvention. Donner une occasion de réseautage national précocement dans la formation.

Cette école d'été (http://www.fhs.mcmaster.ca/rehab/programs/mscrehabsci/workshop.hml) est offerte par le « CIHR Training Program in Rehabilitation Research - Developing and Using Rehabilitation Research Evidence to Enhance Quality of Life » (« Quality of Life Program »), un des programmes stratégiques de formation des Instituts de recherche en santé du Canada.

Programme 3.3 – Programmes stratégiques de formation des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Les IRSC ont lancé une « Initiative stratégique pour la formation en recherche dans le domaine de la santé » afin de donner un moyen au Canada d'être plus concurrentiel sur la scène internationale, d'intéresser de nouveaux talents en recherche et de garantir l'innovation et l'excellence de la prochaine génération de programmes canadiens de formation en recherche dans le domaine de la santé (http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/22174.html). Le REPAR est l'un des commanditaires ou collaborateurs dans quatre de ces programmes stratégiques de formation offerts aux étudiants inscrits dans un programme d'études supérieures (niveaux maîtrise, doctorat ou post-doctorat) :

- programmes stratégiques de formation spécialisés dans l'évaluation de l'appareil musculosquelettique dans lesquels le REPAR est commanditaire :
  - Programme de formation des IRSC sur les troubles de la mobilité et de la posture (voir aussi http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/11183.html) ;
  - « Alberta Provincial CIHR Training Program in Bone and Joint Health » (voir aussi http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/11173.html) ;
  - « Work Disability Prevention CIHR Strategic Training Program » (voir aussi http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/28877.html).

- programme stratégique de formation spécialisé en réadaptation et en qualité de vie dans lequel le REPAR est collaborateur :
  - « CIHR Training Program in Rehabilitation Research - Developing and Using Rehabilitation Research Evidence to Enhance Quality of Life » (« Quality of Life Program ») (voir aussi http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/28551.html).

Programme 3.4 – Intégration de stagiaires postdoctoraux

Favoriser l'intégration de stagiaires postdoctoraux québécois, canadiens ou internationaux à des activités de recherche des membres réguliers du REPAR ainsi qu'à des activités de réseautage.

Programme 3.5 – Soutien aux étudiants pour présentation à des événements scientifiques

Par l'intermédiaire du remboursement d'une partie des frais d'inscription, de production d'affiche ou de transport, faciliter la communication orale ou affichée d'un résumé à un événement scientifique par un étudiant qui est l'auteur principal de la communication et qui est inscrit dans un programme d'études supérieures.

Thématique 4 Activités en partenariat

Buts poursuivis par le Réseau sous cette thématique

1. Donner plus d'opportunités de recherche clinique dans de nouveaux créneaux, dans un contexte de continuum de soins et de services, de multidisciplinarité et de multicentrisme ;
2. Diversifier et maximiser les financements disponibles pour les activités de recherche des membres ;
3. Favoriser le réseautage sur les scènes nationale et internationale.

Programmes et objectifs

Programme 4.1 – Programme conjoint de subvention de recherche dans le domaine de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle (IRSST/REPAR)

Favoriser le développement de la recherche dans le domaine de la réadaptation au travail des travailleurs atteints de lésions professionnelles et, ce faisant, favoriser le maillage de chercheurs en réadaptation et en réinsertion professionnelle dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail ;

Consolider des équipes de recherche pour l'obtention de fonds auprès d'autres organismes subventionnaires dans le domaine de l'adaptation-réadaptation et de la réinsertion professionnelle.

Programme 4.2 – Partenariat de recherche clinique en physiothérapie (OPPQ/REPAR)

Permettre à des physiothérapeutes cliniciens, détenteurs de maîtrise, de poursuivre des collaborations de recherche avec des chercheurs du Réseau sur des problématiques propres aux interventions physiothérapiques

Programme 4.3 – Partenariat de recherche en neurotraumatologie (ONF/REPAR)

Favoriser les collaborations de recherche entre le Québec et l'Ontario par le développement d'équipes de recherche en réadaptation en neurotraumatologie afin de réaliser des projets interprovinciaux de haute qualité dans les domaines particuliers des traumatismes médullaires et des traumatismes cranio-cérébraux.

Programme 4.4 – Consortium sur le développement de la recherche en traumatologie au Québec (Consortium)

EN PHASE FINALE DE DÉVELOPPEMENT

Développer la recherche clinique multicentrique et pluridisciplinaire sur l'ensemble du continuum de soins et de services en traumatologie au Québec. Le continuum comprend les phases de soins aigus, de réadaptation fonctionnelle intensive, de soutien à l'intégration et de retour à la vie communautaire (intégration sociale) incluant la réadaptation au travail.

Grâce à sa programmation scientifique, le Réseau devient le facilitateur tout indiqué, voire naturel, de la réalisation d'activités de recherche, d'une formation de la relève en contexte de réseautage et de soutien à la pratique factuelle dans le domaine déterminant des sciences de la santé qu'est l'adaptation-réadaptation.

Réseau provincial de recherche
en adaptation-réadaptation (REPAR/FRSQ)

Institution de réadaptation de Montréal
6300, avenue Darlington
Montréal (Québec) Canada H3S 2J4

Tél.: 514 340-2771
repar.irm@ssss.gouv.qc.ca

www.repar.ca

REPAR FRSQ

Journée Scientifique 2008

La Pratique factuelle en réadaptation
Evidence-based practice in rehabilitation

Centre Mont-Royal - Montréal
Vendredi le 9 mai 2008

***Un réseau thématique du/A Research Network of**

Fonds de la recherche en santé Québec

Chers (ères) collègues,

Le REPAR est un réseau thématique du FRSQ qui a pour mission de développer la recherche clinique tout en s'intéressant à la formation de la relève et à l'amélioration des soins en adaptation réadaptation. L'amélioration des soins peut se faire en partie grâce aux activités d'échange des connaissances et à l'implantation de la pratique factuelle. Le thème de la Journée scientifique 2007 portait sur l'«Échange des connaissances ». Nous désirons poursuivre cette année sur la même lancée par une journée portant sur la «Pratique factuelle en réadaptation ». Pour ce faire des conférenciers invités et des collègues du Réseau nous entretiendront sur ce sujet. La traditionnelle séance de communications affichées complétera le programme. Une activité de type « symposium » portant sur des sujets d'intérêt soit pour les étudiants, les cliniciens ou les chercheurs, sera tenue avant l'Assemblée annuelle des membres. Vous êtes donc invités à faire de ces deux journées une activité fructueuse de retrouvailles et de réseautage.

Le Directeur scientifique,

A. Bertrand Arsenault, Ph.D

Dear Colleagues,

REPAR is an FRSQ theme-based network whose mission is to develop clinical research while contributing to the training of future researchers. As such, the REPAR plays a role in improving the quality of rehabilitation care. Quality of care can be influenced through the use of knowledge translation/exchange activities and the implementation of evidence-based practice. "Knowledge translation" was the theme of our Research Day in 2007. We would like to further pursue discussions on this theme this year with a scientific day focusing on "Evidence-based practice in rehabilitation". Guest speakers along with several of our colleagues will present on this topic. Poster sessions featuring our students and clinicians will be an important part of this meeting. Symposium-like sessions for students, clinicians and researchers will precede the Annual Assembly. You are thus most welcome to be part of these networking activities.

The Scientific Director,

A. Bertrand Arsenault, Ph.D.

SYMPOSIUM

Le JEUDI 8 mai 2008
Salle Concerto
Hôtel Delta Montréal
475 ave Président-Kennedy - Montréal

Nouveauté ! Trois sessions, portant sur des thématiques différentes ont été organisées en fonction d'intérêts manifestés par les étudiants, les cliniciens et les chercheurs.

13h00 – 13h45 Inscription

13h45 – 14h00 Mot de bienvenue – *Marie-France Coutu, Ph.D.*
Chercheure, CAPRIT, Professeure adjointe, Département de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

14h00 – 15h30 Conférences thématiques* :

- **Se préparer à une carrière de chercheur : Particularités et facteurs de succès.** *Johanne Desrosiers, Ph.D. (groupe étudiants)*

  Objectifs:
  1. Reconnaître les grands défis d'initier une carrière de chercheur en réadaptation.
  2. Identifier des caractéristiques à développer pour entreprendre une carrière en recherche.
  3. Mieux comprendre le quotidien du chercheur.

- **La pratique factuelle en réadaptation ou comment favoriser l'amélioration continue de ses propres services.** *Brigitte Vachon, M.Sc. (groupe cliniciens)*

  Objectifs:
  1. Reconnaître les moments stratégiques où il est opportun de faire une auto-évaluation de sa pratique.
  2. Formuler des questions cliniques claires qui permettent de questionner la littérature scientifique.
  3. Connaître les ressources disponibles aux professionnels et les critères pour évaluer la qualité et la pertinence des évidences scientifiques.

- **Le Web 2.0 et le Réseautage 2.0.** *Kimiz Dalkir, Ph.D. et Michel Girard (groupe chercheurs)*

  Objectifs:
  1. Reconnaître les technologies et leurs utilisations communément attribuées au Web 2.0 et leurs applications dans le monde du travail regroupées sous le dénominateur commun du Réseautage 2.0.
  2. Comprendre les phénomènes sociaux nouveaux ou transformés qui sont associés au Web 2.0 et leurs manifestations dans le monde du travail.
  3. Découvrir le potentiel du Web 2.0 et du Réseautage 2.0 pour améliorer la pratique professionnelle et la performance de son organisation.

15h30 – 16h00 Pause

16h00 – 18h00 **Assemblée annuelle des membres**

19h00 – 21h00 **Souper**

---

* Notez que chaque session thématique est ouverte à toutes les catégories de membres.

JOURNÉE SCIENTIFIQUE REPAR/FRSQ

Le VENDREDI 9 mai 2008
Salle Internationale
Centre Mont-Royal
2200 rue Mansfield - Montréal

La Pratique factuelle en réadaptation
Evidence-based practice in rehabilitation

08h30 – 09h00	Inscription / Registration
09h00 – 09h15	Mot de bienvenue / Welcoming address *Membres du Comité Organisateur / Members of Organizing Committee*
09h15 – 09h40	**Translating Evidence into Practice: Experience from the Rehabilitation frontlines** *Mark Bayley, M.D., FRCPC (University of Toronto)*
09h40 – 11h05	Pause et visite des affiches des étudiants et cliniciens / Break, Students and Clinicians' Posters Visit
11h05 – 11h30	**Challenges and Solutions in Evidence-based Rehabilitation** *Joy C. MacDermid, Ph.D. (McMaster University)*
11h30 – 13h00	Dîner/Lunch
13h00 – 13h25	**De la recherche vers l'utilisation des données probantes : peut-on faire mieux que de donner des conférences scientifiques?** *Michel Tousignant, Ph.D. (Université de Sherbrooke)*
13h25 – 13h50	**L'élaboration d'un guide de pratique selon un processus de collaboration interprofessionnelle entre cliniciens et chercheurs : le projet CLIP** *Stéphane Poitras, Ph.D. (McGill University* et Université d'Ottawa)*
13h50 – 14h30	Pause et visite des affiches des étudiants et cliniciens / Break, Students and Clinicians' Posters Visit
14h30 – 14h55	**La pratique factuelle en physiothérapie: c'est possible seulement si ...** *Luc J. Hébert, Ph.D. (Défense nationale du Canada et Université Laval)*
14h55 – 15h20	**L'union fait la force ! Les communautés de pratique, une approche gagnante.** *Lise Poissant, Ph.D. (Université de Montréal)*
15h20 – 15h45	**Synthèse de la journée et Plénière avec les conférenciers / Panel**
15h45 – 16h00	Remise des prix pour les affiches des étudiants et des cliniciens; Mot de la fin Students and clinicians' Awards for the poster presentations and Closing word *Comité Organisateur/Organizing Committee*
16h00 – 17h00	Vin et fromage / Wine and cheese

* Études post-doctorales

Conférenciers / Speakers

Symposium (jeudi 8 mai 2008)

Johanne Desrosiers, Ph.D.
Département de réadaptation
Université de Sherbrooke
Centre de recherche sur le vieillissement
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke, (Québec)
J1H 4C4

Brigitte Vachon, M.Sc.
Centre d'Action en Prévention et réadaptation de l'incapacité au Travail (CAPRIT)
Université de Sherbrooke
Campus Longueuil
1111 St-Charles Ouest, bureau 101
Longueuil, (Québec)
J4K 5G4

Michel Girard
Chargé de projet
Communauté de pratique - CEFRIO
550, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 350 Tour Ouest
Montréal, (Québec)
H3A 1B9

Kimiz Dalkir, Ph.D.
Graduate School of Library and Information
McGill University
3459 McTavish St.
Montreal, Qc
H3A 1V1

Journée scientifique (vendredi 9 mai 2008)

Mark Bayley, M.D., FRCPC
Division of Physiatry
Department of Medicine, University of Toronto
and Medical Director, Neuro Rehabilitation Program
Toronto Rehabilitation Institute
550 University Avenue
Toronto, Ontario
M5G 2A2

Joy C. MacDermid, Ph.D.
School of Rehabilitation Science
McMaster University Centre
IAHS Rm 429
1400 Main Street West
Hamilton, Ontario
L8S 1C7

Michel Tousignant, Ph.D.
Directeur adjoint à la recherche clinique
Centre de recherche sur le vieillissement
Université de Sherbrooke
1036 Belvédère sud
Sherbrooke (Québec)
J1H 4C4

Stéphane Poitras, Ph.D.
Programme de physiothérapie
École des sciences de la réadaptation
Université d'Ottawa
451 Smyth
Ottawa, Ontario
K1H 8M5

Luc J. Hébert, Ph.D.
Défense nationale du Canada
Quartier Général, Services de Santé des Forces canadiennes
Département de radiologie, Faculté de médecine
Université Laval
Garnison Valcartier, CS Valcartier (# 2006)
C.P. 1000, Succursale Forces
Courcelette, (Québec)
G0A 4Z0

Lise Poissant, Ph.D.
École de réadaptation
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128 Succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

ASSEMBLÉE DES MEMBRES ET JOURNÉE SCIENTIFIQUE 2008

JEUDI le 8 mai - Hôtel Delta Montréal
475 avenue Président Kennedy – Montréal
et VENDREDI le 9 mai 2008
Centre Mont-Royal
2200 rue Mansfield - Montréal

Formulaire d'inscription individuelle

Les frais d'inscription à l'Assemblée annuelle du **jeudi 8 mai 2008** et à la Journée scientifique du **vendredi 9 mai 2008** du Réseau sont de **30.00 $** pour les cliniciens et les étudiants, de **60.00 $** pour les membres réguliers, en émergence et associés et de **80.00 $** pour les non-membres. Ils comprennent la participation au symposium et le souper du **jeudi 8 mai**, les repas (déjeuner, dîner), les pauses et le cocktail du **vendredi 9 mai**. Cependant, ils excluent les frais de déplacement, d'hébergement, de stationnement et tout autre frais de subsistance.

Nom : _____

Adresse professionnelle complète :_____

Ville :_____ Province :_____ Code postal :_____

Téléphone : ( )_____ Télécopieur : ( ) _____

Courriel :_____

Statut				**Participation jeudi 8 mai**	Oui ☐	Non☐
Régulier :	☐	Émergence :	☐	**1er choix du groupe**	Chercheur Étudiant Clinicien	☐ ☐ ☐
Associé :	☐	Clinicien :	☐	**2e choix du groupe**	Chercheur Étudiant Clinicien	☐ ☐ ☐
Étudiant :	☐	Autres :	☐	**Participation à l'assemblée annuelle**	Oui ☐	Non ☐
		Précisez :		**Participation au souper du 8 mai**	Oui ☐	Non ☐
				Participation à la J. scientifique du 9 mai	Oui ☐	Non ☐
				Participation au cocktail du 9 mai	Oui ☐	Non ☐

Vous pouvez transmettre votre inscription par courriel à **repar.irm@ssss.gouv.qc.ca**, par la poste ou par télécopieur au (514) 340-2154 pour **le vendredi 4 avril 2008 au plus tard**. Les inscriptions tardives seront sujettes à la disponibilité des places.

Pour les frais d'inscription, veuillez, s'il vous plaît, libeller votre chèque à l'ordre de **l'Institut de réadaptation de Montréal a/s du REPAR** et l'envoyer en même temps qu'une copie de votre formulaire d'inscription :

Journée scientifique du REPAR 2008
Mme Diane Laperle /Bureau de coordination du REPAR
Institut de réadaptation de Montréal
6300, avenue Darlington
Montréal (Qc) H3S 2J4 (514) 340-2771
Notez que les informations relatives à l'hébergement se retrouvent sur notre site Web
www.repar.ca

Compétition 2008
Présentations par affiche

Prix d'excellence en recherche du REPAR

Introduction

Le Réseau provincial de recherche en adaptation réadaptation (REPAR) organise une compétition pour les présentations scientifiques par affiche qui sont réalisées lors de la journée scientifique annuelle. Cette compétition est accessible aux étudiants gradués de niveau maîtrise et doctorat, aux stagiaires post-doctoraux et aux cliniciens. Quatre prix sont remis à la fin de la journée scientifique annuelle soit un prix par catégorie énumérée précédemment.

But

Le but de ces prix est de stimuler et de reconnaître l'excellence de la recherche en adaptation réadaptation. Cette compétition offre une plateforme provinciale pour la diffusion des travaux de recherche et une opportunité de participer à un processus d'évaluation par les pairs.

Vous avez jusqu'au vendredi 4 avril 2008 pour nous transmettre un abrégé par courriel à l'adresse suivante : repar.irm@ssss.gouv.qc.ca

Vous trouverez les règlements relatifs à la présentation par affiche sur notre site Web (www.repar.ca)

Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2001 – 2007

Un savoir pour mieux vivre

REPAR FRSQ

Un réseau thématique du Fonds de la recherche en santé Québec

En couverture
La fleur composée de cubes représente le Réseau sous forme organique.

Note :
De façon générale, le genre masculin est utilisé dans le présent document, sans discrimination à l'égard des hommes et des femmes, dans le seul but d'alléger le texte. Lorsque pertinent, le genre féminin est utilisé.

Mot de la direction scientifique

Le 1er avril 2008

La direction scientifique du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (le Réseau) est fière de présenter son *Rapport d'activités 2001-2007*. Ce rapport témoigne du dynamisme de la recherche québécoise dans ce domaine déterminant des sciences de la santé qu'est l'adaptation-réadaptation.

À la suite du dépôt, le 1er décembre 2007, de sa demande de renouvellement de subvention auprès du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) pour la période 2008-2012, et bien que la décision du FRSQ ne soit pas connue au moment où nous écrivons ces lignes, la direction du Réseau a jugé opportun de partager avec ses membres, ses partenaires et le grand public, un certain nombre de constats sur l'évolution du Réseau et de ses activités entre 2001 et 2007. La *Vision 2012* qui conclut le rapport d'activités constitue l'assise du Plan de développement stratégique du Réseau. Elle oriente ses actions et celles de ses membres pour la période de subvention 2008-2012. Les détails de ce plan seront portés à la connaissance des membres au printemps 2008 dès que le FRSQ aura fait connaître sa décision relativement à la demande de renouvellement de la subvention du Réseau.

Par la diffusion de ce rapport, le Réseau désire mettre en valeur les retombées des travaux de recherche réalisés par ses membres grâce à son appui entre 2001 et 2007. Les retombées ont été mesurées à l'aide de divers indicateurs développés par le Réseau et décrivant les cibles suivantes : activités de recherche ; effets levier vers les sources de financement ; formation de la relève ; carrière de chercheur ; productivité scientifique ; pratiques cliniques et modes d'intervention en adaptation-réadaptation. Les mesures ont été obtenues à la suite d'une évaluation rigoureuse des répercussions des programmes et des activités du Réseau entre 2001 et 2007. Entreprise en 2006, cette évaluation se poursuivra dans les prochaines années. Avec la banque de données ainsi constituée, le Réseau pourra orienter le développement de ses programmes et activités en se basant sur des mesures objectives.

À titre d'infrastructure collective jouissant d'un leadership reconnu en adaptation-réadaptation, le Réseau entend soutenir ses membres, faciliter leurs travaux et les propulser dans la création, l'échange et l'application des connaissances pour le mieux-être de la population québécoise bénéficiant d'interventions en adaptation-réadaptation.

Nous espérons que la lecture du *Rapport d'activités 2001-2007* du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation saura vous faire découvrir l'ampleur et la richesse des retombées des travaux réalisés par ses membres. Le *Rapport d'activités 2001-2007* peut être consulté sur le site Web du Réseau (www.repar.ca).

A. Bertrand Arsenault, Ph. D.
Directeur scientifique

Sylvie Nadeau, Ph. D.
Présidente du conseil scientifique

TABLE DES MATIÈRES

Évolution depuis 1994 _1

2001-2007 Soutenir, faciliter, propulser _4

1 Direction et environnement _5

1.1 Organisation, structure et gouvernance _5

1.2 Regroupements stratégiques et mécanismes d'intégration _8

1.3 Recherche clinique _10

1.4 Formation pluridisciplinaire de la relève _11

2 Investissements et retombées _13

2.1 Mesures d'extrants _13
Investissements dans les programmes et taux d'appui des demandes _13
Investissements dans les activités en collaboration ou en partenariat _14
Formation de la relève _17

2.2 Mesures d'impact _18
Activités de recherche _18
Effets levier vers les sources externes de financement _20
Formation de la relève _24
Carrière de chercheur _24
Productivité scientifique _25
Application des connaissances dans les pratiques cliniques et les modes d'intervention en adaptation-réadaptation _26

2.3 Réalisations _29
Recherche clinique (programme 1) _29
Activités structurantes (programme 2) _29
Échange et transfert des connaissances (programme 3) _29
Soutien à une initiative stratégique (programme 4) _30
Intégration de stagiaires postdoctoraux (programme 5) _30
Programmes stratégiques de formation des IRSC _30
Activités de partenariat (programme 6) _30
Grand chantier en traumatologie _31

Vision 2012 _33

100 % recyclé

Évolution depuis 1994

Depuis 13 ans, la formation de la relève et l'innovation orientent les actions du Réseau. Les activités de réseautage se sont multipliées avec succès.

Les axes du Réseau ciblent les déficiences neurologiques, les déficiences musculosquelettiques et les déficiences sensorielles.

Au 1er décembre 2007, les programmes du Réseau ciblent :

- la recherche clinique
- les activités structurantes
- l'échange et le transfert des connaissances
- le soutien à une initiative stratégique
- l'intégration de stagiaires postdoctoraux
- les activités de partenariat

Le Réseau est impliqué dans :

- les programmes stratégiques de formation des IRSC
- des échanges d'étudiants et de chercheurs québécois avec des pairs d'autres provinces canadiennes

Le Réseau a innové en créant des groupes de travail sur des thèmes émergents de recherche :

- la téléréadaptation
- l'utilisation de banques de données pertinentes aux interventions d'adaptation-réadaptation

Les activités du Réseau ont débuté en 1994 à la suite de la concertation et de l'alliance de trois groupes de recherche qui, initialement, avaient fait des demandes distinctes pour devenir des réseaux thématiques du FRSQ en réadaptation. Peu après sa création, le Réseau a intégré deux réseaux régionaux, soit le Réseau de recherche en réadaptation de Montréal et de l'ouest du Québec ainsi que le Consortium de recherche en réadaptation de l'est du Québec. Cette intégration se révéla un succès dès le départ, car tous les acteurs impliqués avaient la volonté de soutenir cette initiative du FRSQ et d'en venir rapidement à un réseautage provincial fructueux. Dans ce contexte, le Réseau fit de la formation de la relève une priorité. Il consacra une grande partie de ses investissements à l'offre de bourses à des étudiants, bien souvent des cliniciens, qui désiraient poursuivre une formation en recherche. C'est en 1998-1999, à la suggestion de la direction du FRSQ, que le Réseau créa ses axes de recherche.

Ces axes englobent un large éventail de champs d'intérêt et d'applications cliniques. Ils couvrent la majeure partie des interventions relevant de ce domaine déterminant des sciences de la santé qu'est l'adaptation-réadaptation.

Le Réseau organisa par la suite divers concours dans le but de varier les investissements et de soutenir le développement d'activités de recherche sous forme de projets pilotes dans chacun des axes alors retenus, et maintenus depuis : les déficiences neurologiques, les déficiences musculosquelettiques et les déficiences sensorielles. Ces projets visaient à encourager les initiatives de réseautage intraprovincial et à inciter les chercheurs à s'entraider pour la soumission de demandes de fonds auprès des sources de financement traditionnelles. Une telle stratégie avait l'avantage d'éviter la compétition entre les chercheurs de différentes universités et de

Réseautage pancanadien pour des étudiants aux études supérieures

Au cours de l'été 2007, des étudiantes québécoises se sont rendues en Ontario et une Ontarienne est venue au Québec.

En décembre 2007, d'autres étudiantes québécoises ont assisté à une journée scientifique d'un réseau de recherche de la Colombie-Britannique.

Des échanges étudiants avec l'Alberta sont annoncés.

différents centres de recherche du Québec, compétition que la masse critique de chercheurs en réadaptation et le peu de diversité des expertises ne permettaient pas.

Pendant la période 2004-2007, le Réseau a mis l'accent sur le développement de programmes rassembleurs qui favorisaient encore plus les interactions trans-axes ainsi que la recherche clinique multicentrique et pluridisciplinaire.

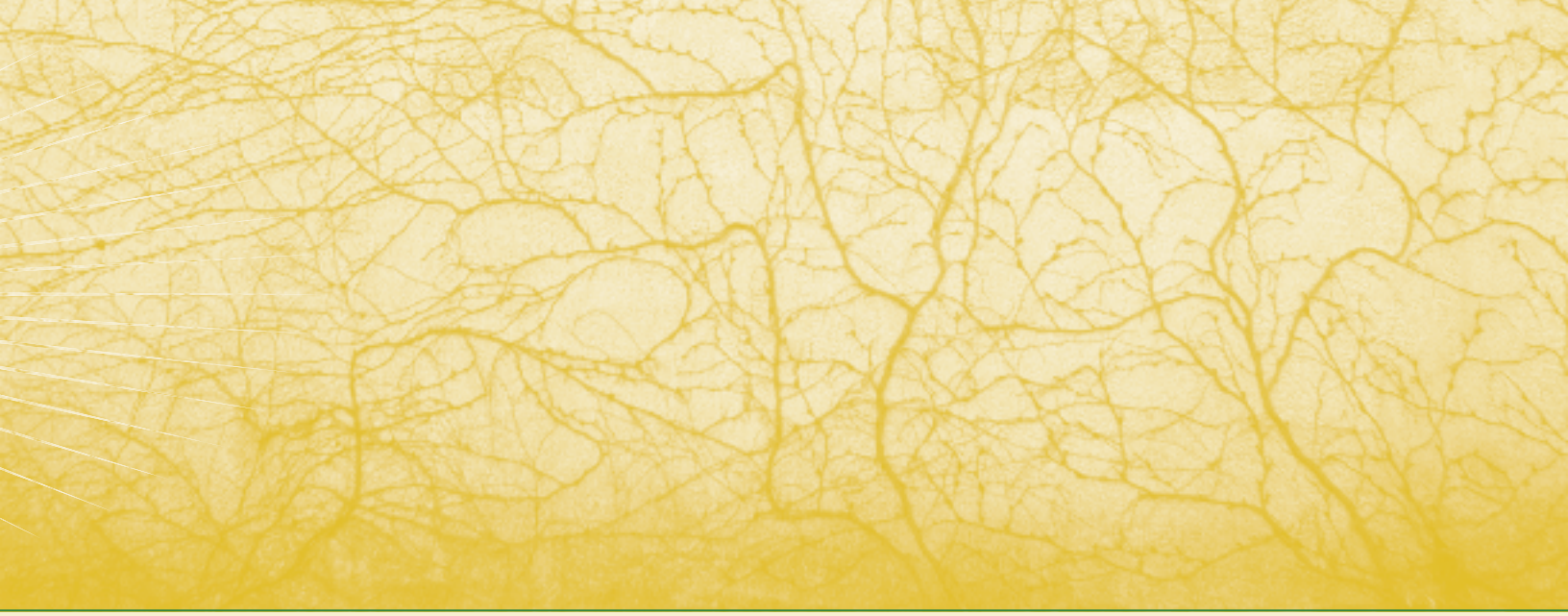
Le développement du réseautage pancanadien et international a été encouragé, surtout à l'aide d'associations originales avec des partenaires de grande notoriété, dans le but de rendre les chercheurs plus compétitifs auprès des sources externes de financement. Le réseautage a également été valorisé dans le programme visant la formation de la relève, notamment par l'entremise d'échanges étudiants avec trois provinces canadiennes. La direction du Réseau est particulièrement fière de ce dernier programme, qui se démarque des programmes traditionnels offerts par les organismes de financement.

Le Réseau a aussi innové dans sa programmation en créant des groupes de travail sur des thèmes émergents de recherche tels que la téléréadaptation ou l'utilisation de banques de données pertinentes aux interventions d'adaptation-réadaptation. Cette initiative stratégique est issue d'une décision des membres du conseil scientifique et du conseil d'administration du Réseau. Elle permettra aux chercheurs en adaptation-réadaptation d'élargir le savoir sur ces thèmes actuels et, ce faisant, de se placer en tête dans notre domaine des sciences de la santé.

Enfin, le conseil d'administration a entrepris en 2006 une démarche d'évaluation de ses programmes et de ses activités qui se poursuivra dans la période 2008-2012 et ce, dans une perspective de contrôle continu. Avec la banque de données ainsi constituée, le Réseau pourra orienter le développement de ses programmes et activités en se basant sur des mesures objectives.

2001-2007
Soutenir, faciliter, propulser

La force du Réseau tient à la qualité de sa direction, à la cohésion de ses membres et à l'appui de ses partenaires. Ses activités s'articulent autour de la formation de la relève, de la recherche clinique ainsi que de l'échange et de l'application des connaissances en adaptation-réadaptation.



1 Direction et environnement

Le Réseau est l'un des 15 réseaux thématiques du FRSQ. Il contribue, de concert avec les 14 autres, avec les 19 centres de recherche des établissements de santé à vocation universitaire et les 10 groupes de recherche soutenus par le FRSQ, à la mise en œuvre des stratégies gouvernementales en matière de recherche en santé humaine telles que définies par la Politique québécoise de la science et de l'innovation. En tant qu'infrastructure collective au sein de laquelle une grande variété de chercheurs du domaine de l'adaptation-réadaptation bénéficie de diverses initiatives structurantes, le Réseau rend des activités de recherche réalisables et rentables grâce à la synergie créée par le regroupement des forces vives de la recherche en adaptation-réadaptation du Québec.

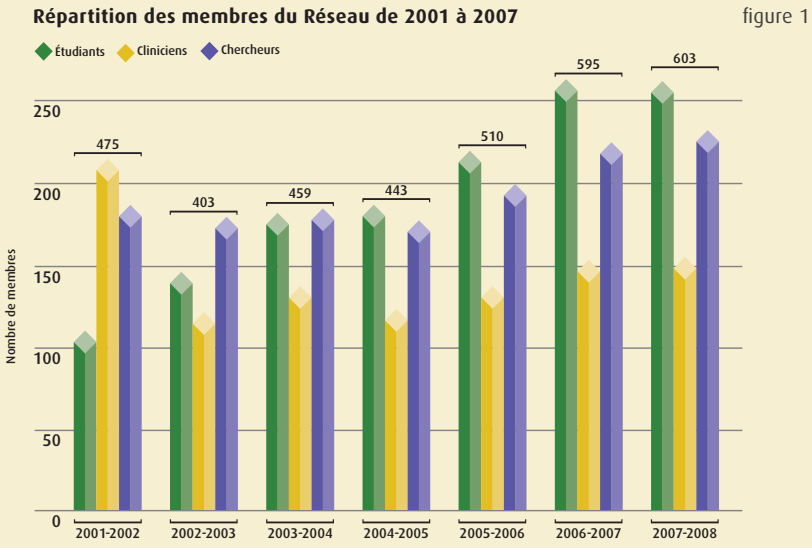
La mission du Réseau est de développer la recherche clinique multicentrique et pluridisciplinaire en adaptation-réadaptation avec réseautage national et international tout en soutenant l'échange et l'application des connaissances et la formation de la relève.

1.1 Organisation, structure et gouvernance

Au 1er décembre 2007, le Réseau comptait 26 % plus de membres qu'en 2001, soit 603 membres répartis comme suit :

- étudiants, 41 %
- chercheurs (réguliers, émergents et associés), 36 %
- cliniciens, 23 %

Les membres appartiennent aux trois axes suivants : déficiences neurologiques, déficiences musculosquelettiques et déficiences sensorielles. La figure 1 (*page suivante*) montre la répartition des membres par statut depuis 2001-2002 et la figure 2 présente la tendance linéaire de la croissance. La répartition des membres par statut en 2007-2008 est présentée à la figure 3.



Structure du Réseau

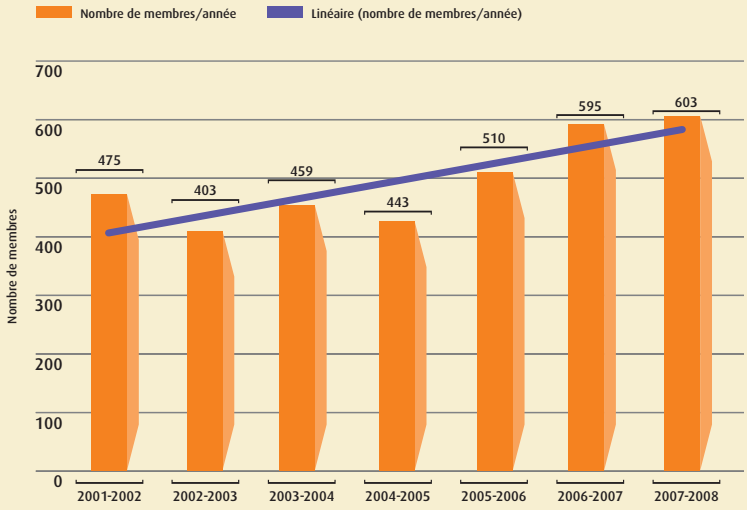
- Conseil d'administration (C.A.)
  - présidente ou président (directrice ou directeur scientifique du Réseau nommé par le conseil d'administration du FRSQ après consultation auprès des membres du Réseau)
  - présidente ou président du conseil scientifique
  - responsables d'axes (3)
  - représentante ou représentant des chercheurs (1)
  - représentante ou représentant des étudiants (1)
  - représentante ou représentant des cliniciens (1)
  - représentante ou représentant des cliniciens ou des étudiants (1)

- Conseil scientifique (C.S.)
  - présidente ou président (nommé par les membres)
  - responsables d'axes (3)
  - chercheurs représentant les trois axes de recherche (7)
  - cliniciens (2)
  - étudiants (2)
- Bureau de coordination
- Assemblée des membres

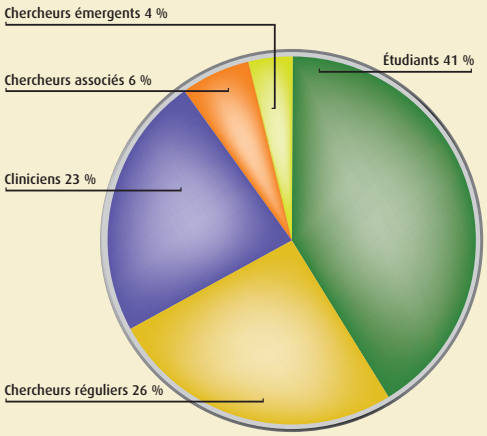
Le C.A. reçoit les recommandations du C.S. pour ce qui concerne, d'une part, les projets à financer, et ce, à la suite de concours tenus annuellement, et d'autre part, les initiatives à considérer et à implanter. Les membres du C.A. délibèrent sur ces recommandations, approuvent les investissements et les initiatives, et préparent les prévisions budgétaires.

Les membres du C.S. révisent annuellement le programme d'activités scientifiques et proposent des modifications en fonction des priorités du Réseau et des besoins des membres. De plus, ils forment différents comités d'évaluation des demandes d'appui acheminées au Réseau. Un comité évaluateur est créé pour chaque programme. Les comités évaluateurs font leur rapport des résultats de leurs évaluations au C.S., lequel fait son rapport des résultats obtenus et des recommandations au C.A.

Évolution du nombre de membres entre 2001 et 2007 (tous statuts confondus) figure 2



Répartition des membres du Réseau par statut en 2007-2008 figure 3

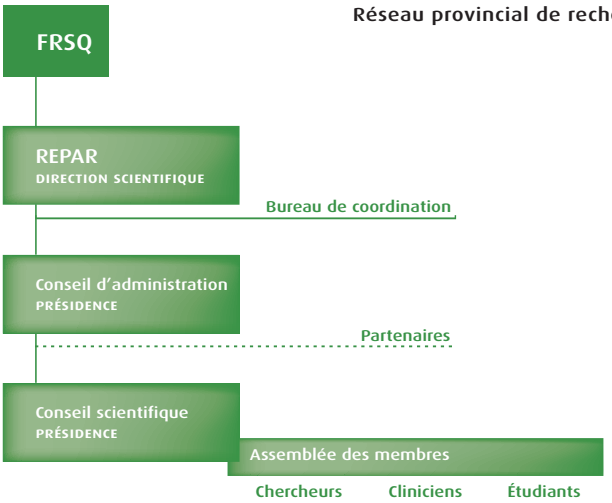


À l'occasion de l'assemblée annuelle des membres, qui est obligatoire, le C.A. rend compte des activités, présente le rapport financier de l'année terminée et soumet les prévisions budgétaires pour l'année à venir (*voir l'organigramme à la page suivante*).

Au 1er décembre 2007, le bureau de coordination est composé du directeur scientifique, de la présidente du C.S., agissant également à titre de directrice scientifique adjointe, d'une agente administrative – 1 équivalent temps complet (ETC) –, d'une technicienne en administration – ½ ETC – et de personnel occasionnel engagé selon les besoins. Ces personnes assurent le fonctionnement quotidien du Réseau et les communications avec les membres, les organismes collaborateurs et les partenaires, tout en opérationnalisant les initiatives et les projets de développement approuvés par le C.A. Le siège social du Réseau est situé à l'Institut de réadaptation de Montréal, qui lui offre gratuitement ses locaux.

ORGANIGRAMME

Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR)



Recherches trans-axes

Un projet de recherche trans-axes a traité du déficit sensoriel en lien avec la faiblesse musculaire et la force de préhension. Un autre a porté sur les déficiences et les représentations mentales d'une action.

1.2 Regroupements stratégiques et mécanismes d'intégration

Rappelons d'abord qu'entre 1994 et 2004, le Réseau était principalement orienté vers le développement des trois axes de recherche mentionnés préalablement. Dans cet intervalle, les concours annuels visaient le développement de la recherche clinique par la réalisation de projets pilotes, la formation de la relève par l'octroi de bourses ainsi que le développement de partenariats de recherche par le cofinancement de projets. Au début des années 2000, des concours ont été annoncés pour favoriser la recherche trans-axes.

Jusqu'ici, durant la période 2004-2008[1], les membres du Réseau ont continué d'adhérer au concept des trois axes de recherche, mais on a aussi développé de nouveaux programmes favorisant des activités de recherche déterminées. Cette programmation délaisse les projets pilotes, maintient la formation de la relève et vise la compétitivité des chercheurs ainsi que le développement de liens avec les cliniciens, les gestionnaires de soins et les décideurs. Dès 2004, faisant suite à une des recommandations de la direction du FRSQ, le Réseau a actualisé ce nouveau mode de fonctionnement. Par exemple, les projets appuyés dans les Activités de partenariat (programme 6) ne ciblent pas spécifiquement les axes. Il en va de même pour les programmes implantés dans la période 2004-2008, en l'occurrence le Soutien à une initiative stratégique (programme 4) et l'Intégration des stagiaires postdoctoraux (programme 5).

La programmation complète est présentée au tableau 1 selon le regroupement suivant :

- programmes et activités actifs au 1er décembre 2007
- programmes et activités cessés au 1er décembre 2007

La programmation actuelle peut être consultée sur le site Web du Réseau.

1. La période 2004-2008 et la période 2008-2012 (mentionnée précédemment) correspondent aux périodes de subvention du FRSQ pour le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation.

Tableau 1

Programmes et activités de recherche appuyés par le Réseau

Sont mis en italique les programmes et activités implantés pendant la période 2004-2008.

Programmes et activités actifs au 1er décembre 2007

RECHERCHE CLINIQUE (PROGRAMME 1)

ACTIVITÉS STRUCTURANTES (PROGRAMME 2)

ÉCHANGE ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES (PROGRAMME 3)

Implantation d'une plateforme technologique (programme 3.1)

Soutien à la tenue de colloques, d'ateliers de formation ou d'autres activités d'échange de connaissances (programme 3.2)

SOUTIEN À UNE INITIATIVE STRATÉGIQUE (PROGRAMME 4)

INTÉGRATION DES STAGIAIRES POSTDOCTORAUX (PROGRAMME 5)

ACTIVITÉS DE PARTENARIAT (PROGRAMME 6)

Partenariat de recherche clinique en physiothérapie (partenariat OPPQ/REPAR)

Partenariat de recherche en musculosquelettique et en réadaptation au travail (partenariat IRSST/REPAR) (réactivé en 2004-2005)

Partenariat de recherche en neurotraumatologie (partenariat ONF/REPAR)

Programme d'échanges étudiants en neurotraumatologie entre l'Ontario et le Québec

Formation d'équipes de recherche Québec-Ontario

Partenariat de recherche interdisciplinaire sur les facteurs bio-psycho-sociaux et communautaires des incapacités (partenariat DHRN/REPAR)

Programme d'échanges étudiants entre la Colombie-Britannique et le Québec

PROGRAMMES STRATÉGIQUES DE FORMATION DES IRSC

Training Program in Rehabilitation Research – Developing and Using Rehabilitation Research Evidence to Enhance Quality of Life (Quality of Life Program)

Summer Publication and Grant Writing Workshop

Formation multidisciplinaire en évaluation et traitement des troubles de la mobilité et de la posture (MENTOR)

Alberta Provincial Training Program in Bone and Joint Health

Prévention des incapacités au travail

Programme d'échanges étudiants en musculosquelettique entre l'Alberta et le Québec

EMBAUCHE D'UN ÉTUDIANT D'ÉTÉ

SOUTIEN AUX ÉTUDIANTS POUR PRÉSENTATION À DES ÉVÉNEMENTS SCIENTIFIQUES

INITIATIVES STRATÉGIQUES NOUVELLES DU RÉSEAU

Groupes de travail pour le développement de thèmes émergents en adaptation-réadaptation

Téléréadaptation

Utilisation de banques de données pertinentes aux interventions d'adaptation-réadaptation

Programmes et activités cessés au 1er décembre 2007

AIDE FINANCIÈRE OFFERTE AUX CANDIDATS FINANÇABLES MAIS NON FINANCÉS PAR LE FRSQ

COLLABORATIONS INTERRÉSEAUX THÉMATIQUES DU FRSQ

ACTIVITÉS DE PARTENARIAT (PROGRAMME 6)

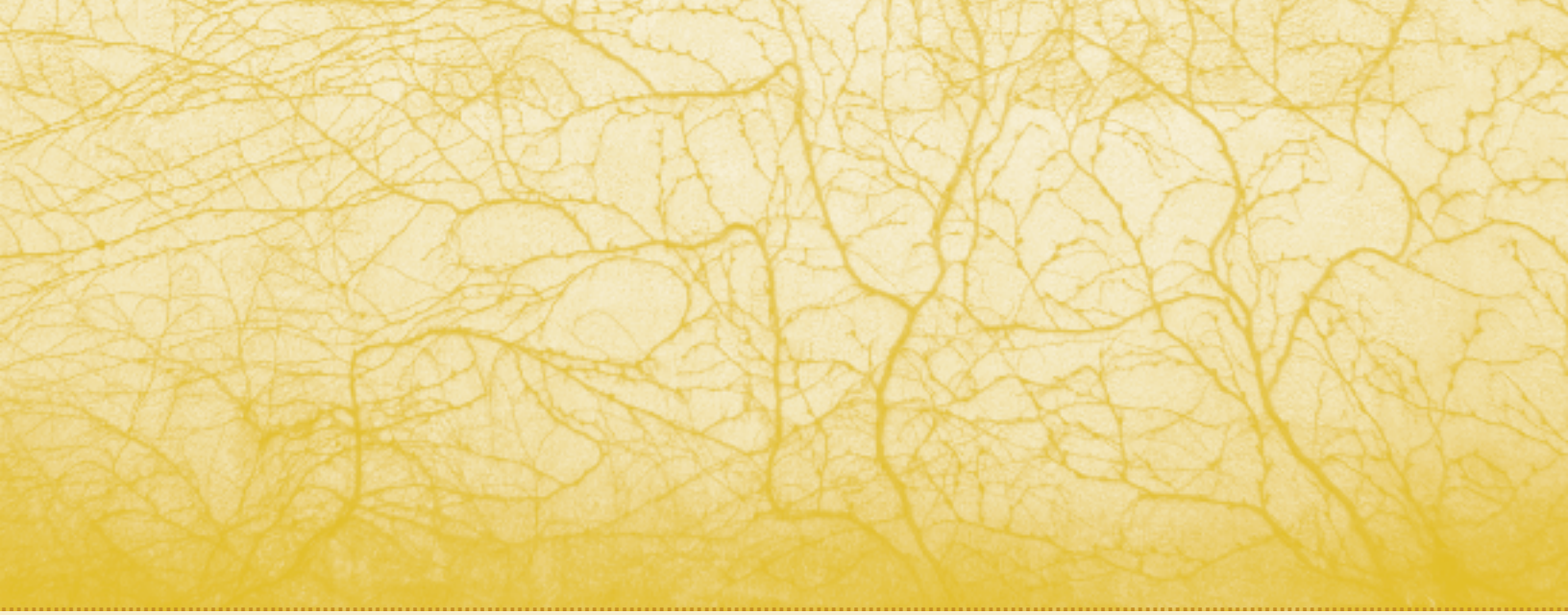
Programme de recherche en réadaptation et intégration sociale en traumatologie (PRRIST)

Collaborations interréseaux

Huit projets de recherche pluridisciplinaire ont donné lieu à des collaborations interréseaux. L'une a été établie avec le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, une autre avec le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement.

1.3 Recherche clinique

La pertinence du Réseau est étroitement liée aux développements des activités cliniques dans un contexte d'amélioration des pratiques. La recherche clinique et l'application des connaissances générées en adaptation-réadaptation sont des outils essentiels à l'amélioration de la qualité des soins et services offerts dans ce domaine. En 1995, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) définissait les activités de réadaptation comme « un regroupement d'activités cliniques centrées sur la personne et son milieu de vie et visant le développement ou la récupération par la personne d'un niveau optimal d'autonomie dans différentes dimensions de sa vie ». De par sa raison d'être, le Réseau doit donc promouvoir une recherche clinique qui met l'accent sur les interventions pluridisciplinaires d'adaptation-réadaptation et sur leurs résultats. Il doit ainsi soutenir le développement d'activités de recherche dans des thématiques spécifiques (applicables à une clientèle) et transversales (plusieurs clientèles), avec une production scientifique ainsi que des activités d'échange et d'application des connaissances qui favorisent l'amélioration de la qualité des soins et services en adaptation-réadaptation. Cette finalité requiert du Réseau qu'il encourage la réalisation de la recherche clinique dans un contexte pluridisciplinaire et multicentrique impliquant des milieux de réadaptation et, lorsque cela est applicable, des milieux de la phase aiguë. L'approche intégrée de continuum de soins et de services étant valorisée, une vision de recherche en réseautage se révèle essentielle afin de permettre aux acteurs concernés de s'associer à cette approche globale.



1.4 Formation pluridisciplinaire de la relève

Le Réseau s'est fortement engagé dans la formation pluridisciplinaire de la relève. Il a développé une programmation exhaustive visant une telle formation en contexte de réseautage. La mise en valeur prononcée de cet aspect a pour but de combler la pénurie de chercheurs dans le domaine de l'adaptation-réadaptation. Certaines activités sont appuyées par le Réseau seul et d'autres en collaboration, notamment avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et quatre de leurs programmes stratégiques de formation.

Tous les niveaux de relève sont visés dans la programmation du Réseau, de l'initiation à la recherche offerte à l'étudiant au baccalauréat, au stage postdoctoral réalisé au Québec par des étudiants locaux ou internationaux, en passant par des échanges nationaux d'étudiants inscrits aux études supérieures.

Des approches pluridisciplinaires

Le développement d'une approche multidisciplinaire pour les personnes ayant une lésion de la moelle épinière ou une hémiparésie à la suite d'un accident vasculaire cérébral, fait l'objet d'un important projet de recherche. Des disciplines telles que le génie mécanique, la neurobiologie, la plasticité motrice, la neuro-imagerie, les sciences de la réadaptation et l'intégration sociale y sont représentées.

Tableau 2

Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation

Impacts des investissements du Réseau entre 2001 et 2007

Intrants 2001-2007

170 chercheurs ayant vu leurs demandes appuyées par le Réseau

Plateforme technologique

Initiatives stratégiques

Extrants 2001-2007

4 584 677 $ investis par le Réseau

361 demandes appuyées

306 étudiants formés

1370 visites du site Web/mois

Grand chantier en traumatologie

Groupes de travail (thèmes émergents de recherche)

Impacts 2007

8 787 373 $ obtenus en subventions de recherche (rendement sur l'investissement : 2,1)

564 347 $ investis par les partenaires (taux de contribution des partenaires : 1,5:1)

136 nouvelles collaborations de recherche

1127 travaux de diffusion de connaissances

100 occasions d'avancement de carrière

53 poursuites des études aux cycles supérieurs

Valeur ajoutée

Occasions d'émulation supérieures aux activités de recherche individuelles

Effets levier et synergiques pour les activités de recherche et pour la relève

Effets prospectifs et facilitateurs pour les thèmes de recherche émergents

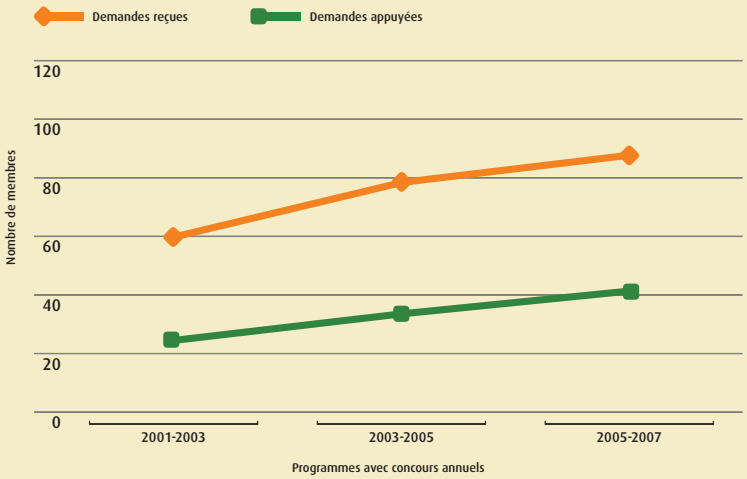
Concentration d'activités confirmant le leadership dans le domaine

Économies d'échelle des échanges de connaissances entre experts et intervenants

Rôle sociétal par l'information, la sensibilisation et l'éducation de la population

figure 4

Demandes reçues et appuyées entre 2001 et 2007
Répartition selon les années



2 Investissements et retombées

Le Réseau conjugue ses efforts pour créer une synergie et un environnement propices au sein desquels les chercheurs et les étudiants bénéficient d'occasions d'émulation et, conséquemment, augmentent leur niveau de compétitivité dans les concours nationaux. Le Réseau a voulu mesurer les effets de cette synergie en entreprenant une démarche d'évaluation de ses programmes en 2006. Les résultats issus des diverses mesures d'extrants[2] et mesures d'impact[3] appliquées aux demandes appuyées en 2001-2007, illustrent cette synergie et le leadership de plus en plus reconnu du Réseau. Les faits saillants de la programmation 2001-2007 du Réseau sont rapportés dans les sections suivantes afin de permettre une appréciation de l'ensemble de ses activités. Le tableau 2 présente de façon globale les retombées des investissements du Réseau entre 2001 et 2007.

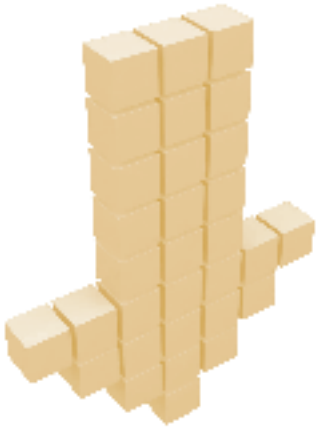
2.1 **Mesures d'extrants**

Investissements dans les programmes et taux d'appui des demandes

Le Réseau a investi un total de 4 584 677 $ dans les demandes appuyées dans ses divers programmes (*voir les tableaux 3 en page 15 et 4 en page* 16, *ainsi que l'annexe 12,* Liste des demandes appuyées, *sur le site Web du Réseau – section « Rapport annuel », rubrique « Rapport d'activités »*. Tel que mentionné préalablement, le Réseau compte 26 % plus de membres en 2007 qu'en 2001 (*voir la figure 2 en page 7*). Parallèlement, le nombre de demandes reçues et appuyées est également en croissance. Le Réseau a reçu 43 % plus de demandes et a appuyé 52 % plus de demandes en 2007 qu'en 2001 (*voir la figure 4*). Le taux d'appui entre 2001 et 2007 est de 45 %. Au total, entre 2001 et 2007, le Réseau a appuyé 117 demandes sur les 258 reçues dans ses concours à date fixe ou ouverts toute l'année (programmes 1 à 6). Le tableau 5 (*page 16*) illustre les taux respectifs pour chaque programme.

2. Définition de « mesures d'extrants » :
mesures de l'ensemble des biens ou services résultant du processus de production du Réseau. Les extrants décrivent l'ampleur des ressources consenties par le Réseau.

3. Définition de « mesures d'impact » :
mesures des effets réels sur les cibles de l'application des programmes et des activités du Réseau. L'impact est l'état de la cible après l'exposition aux programmes et activités du Réseau.



Le taux de contribution des partenaires dans le programme Activités de partenariat (programme 6) est de 1,5:1 (564 347 $ investis par les partenaires/382 407 $ investis par le Réseau).

Investissements dans les activités en collaboration ou en partenariat

Le Réseau a investi un montant total de 923 721 $ dans diverses activités en collaboration ou en partenariat (*voir le tableau 3*). Ceci représente 20 % de ses investissements entre 2001 et 2007. D'une part, la collaboration du Réseau dans les programmes stratégiques de formation des IRSC constitue une forme particulière d'activité de partenariat dans laquelle le Réseau a investi 541 313 $. D'autre part, il a investi 382 407 $ dans le programme Activités de partenariat (programme 6). Le taux de contribution des partenaires[4] est un indicateur qui objective l'attrait qu'exerce sur eux le Réseau, les occasions d'émulation pour les chercheurs ainsi que les effets synergiques de la recherche effectuée en réseau.

4. Définition de « taux de contribution des partenaires » : montant investi par les partenaires : montant investi par le Réseau

Tableau 3

Regroupement des programmes selon leur orientation et leur déploiement entre 2001 et 2007

Portrait mai 2007 – demandes appuyées et investissements

Activités des membres - programmes récurrents entre 2001 et 2007
(distinctes des activités et initiatives non récurrentes du Réseau)

	TOTAL demandes appuyées (N) investissements ($)	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008 (données au 4 mai 2007)
Programmes généraux de soutien de la recherche								
RC	55 928 439,17 $	10 131 434,40 $	15 236 253,60 $	16 241 524,48 $	4 84 988,00 $	5 115 000,00 $	3 74 628,00 $	2 44 610,69 $
EEE	102 413 315,99 $	données non dispo-nibles	32 128 000,00 $	13 52 000,00 $	12 36 000,00 $	18 53 999,99 $	17 81 316,00 $	10 50 000,00 $
SEPES	109 68 800,55 $	5 2 500,00 $	4 2 000,00 $	4 2 201,04 $	30 16 217,00 $	20 11 467,00 $	45 33 620,51 $	1 795,00 $
Programmes implantés								
AS	11 233 446,82 $				3 64 900,00 $	3 63 933,00 $	3 64 613,82 $	2 40 000,00 $
ETC	8 165 048,00 $				1 20 000,00 $	3 60 000,00 $	2 45 048,00 $	2 40 000,00 $
SIS	5 245 367,00 $					2 212 500,00 $	3 32 867,00 $	
ISPD	10 280 000,00 $				2 60 000,00 $	2 60 000,00 $	3 90 000,00 $	3 70 000,00 $
Programmes en partenariat								
Partenariat (*)	28 382 407,85 $	1 5 000,00 $	2 32 500,00 $	1 7 500,00 $	7 129 167,68 $	6 90 252,67 $	5 47 987,50 $	6 70 000,00 $
PSF des IRSC	24 541 313,42 $	3 234 733,00 $	1 53 112,00 $	5 53 830,00 $	5 40 000,00 $	3 68 325,00 $	5 31 313,42 $	2 60 000,00 $
Programmes cessés								
AFnFRSQ	29 1 104 038,78 $	13 434 477,78 $	8 406 451,00 $	6 208 086,00 $	1 (**) 25 024,00 $	1 (**) 30 000,00 $		
CIR	8 222 500,00 $	4 135 000,00 $	2 27 500,00 $	2 60 000,00 $				
TOTAL demandes appuyées (N) investissements ($)	389 4 584 677,58 $	36 943 145,18 $	64 885 816,60 $	47 625 141,52 $	65 488 296,68 $	63 765 477,66 $	86 501 394,25 $	28 375 405,69 $

(*) Montant octroyé ou engagé par les partenaires du programme Activités de partenariat (programme 6) = 564 347,20 $
Taux de contribution des partenaires du Réseau dans les investissements du programme Activités de partenariat (programme 6) = 1,5:1
(**) Montants engagés en 2003-2004

Légende

Abréviations	Programmes
RC	Recherche clinique (programme 1)
AS	Activités structurantes (programme 2)
ETC	Échange et transfert des connaissances (programme 3)
SIS	Soutien à une initiative stratégique (programme 4)
ISPD	Intégration de stagiaires postdoctoraux (programme 5)
Partenariat	Activités de partenariat (programme 6)
CIR	Collaborations interréseaux
PSF des IRSC	Programmes stratégiques de formation des IRSC
EEE	Embauche d'un étudiant d'été
AFnFRSQ	Aide financière offerte aux candidats finançables non financés par le FRSQ
SEPES	Soutien aux étudiants pour présentation à des événements scientifiques

Tableau 4

Fonds octroyés par le Réseau et formation de la relève 2001-2007 (portrait mai 2007)

Programmes récurrents (actuels et cessés)	Montant				Demandes appuyées			
	$		%		N		%	
PROGRAMMES NE CIBLANT PAS D'EMBLÉE LA FORMATION DE LA RELÈVE								
Recherche clinique (programme 1)	928 439,17 $	2 177 208,84 $	20 %	47 %	55	115	14 %	30 %
Activités structurantes (programme 2)	233 446,82 $		5 %		11		3 %	
Échange et transfert des connaissances (programme 3)	165 048,00 $		4 %		8		2 %	
Soutien à une initiative stratégique (programme 4)	245 367,00 $		5 %		5		1 %	
Activités de partenariat (programme 6)	382 407,85 $		8 %		28		7 %	
Collaborations interréseaux	222 500,00 $		5 %		8		2 %	
PROGRAMMES CIBLANT D'EMBLÉE LA FORMATION DE LA RELÈVE								
Intégration de stagiaires postdoctoraux (programme 5)	280 000,00 $	2 407 468,74 $	6 %	53 %	10	274	3 %	70 %
Programmes stratégiques de formation des IRSC	541 313,42 $		12 %		24		6 %	
Embauche d'un étudiant d'été	413 315,99 $		9 %		102		26 %	
Aide financière offerte aux candidats finançables non financés par le FRSQ	1 104 038,78 $		24 %		29		7 %	
Soutien aux étudiants pour présentation à des événements scientifiques	68 800,55 $		2 %		109		28 %	
TOTAL	4 584 677,58 $		100 %		389		100 %	

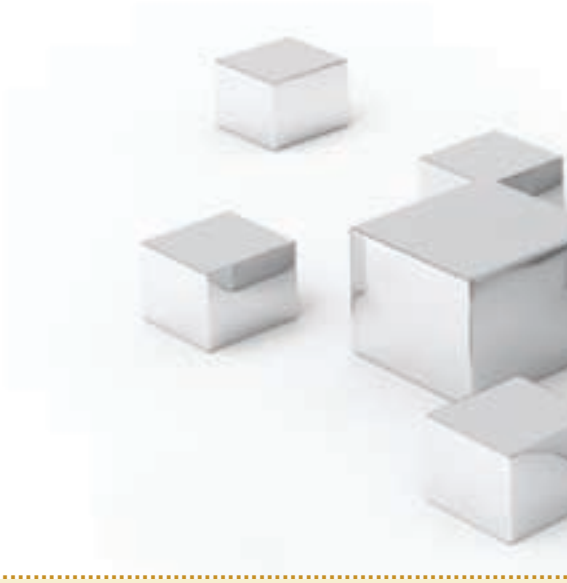
Tableau 5

Demandes 2001-2007

Programmes avec concours annuels

Concours à date fixe ou ouverts toute l'année

Programmes	Demandes reçues (n)	Demandes appuyées (n)	Taux d'appui (%)
Recherche clinique (programme 1)	142	55	39 %
Activités structurantes (programme 2)	20	11	55 %
Échange et transfert des connaissances (programme 3)	11	8	73 %
Soutien à une initiative stratégique (programme 4)	10	5	50 %
Intégration de stagiaires postdoctoraux (programme 5)	33	10	30 %
Activités de partenariat (programme 6)	42	28	65 %
TOTAL	258	117	45 %



Formation de la relève

Entre 2001 et 2007, un total de 306 étudiants ont participé à un projet appuyé par le Réseau ou ont directement reçu un appui de celui-ci.

Les demandes appuyées dans les programmes ciblant d'emblée la formation de la relève représentent 70 % de l'ensemble des demandes appuyées par le Réseau et 53 % des sommes investies par celui-ci (*voir le tableau 4*).

Les programmes visant d'emblée la formation de la relève sont :

- Intégration de stagiaires postdoctoraux (programme 5)
- Programmes stratégiques de formation des IRSC
- Embauche d'un étudiant d'été
- Aide financière offerte aux candidats finançables non financés par le FRSQ (programme cessé en 2003-2004)
- Soutien aux étudiants pour présentation à des événements scientifiques

Le Réseau a investi 2 407 468 $ dans des programmes et activités visant d'emblée la formation de la relève. (53 % des sommes investies par le Réseau entre 2001 et 2007).

Des collaborations internationales

Une étude concernant les cicatrices hypertrophiques chez les personnes brûlées a donné lieu à une collaboration avec des chercheurs du Department of Health Technology and Informatics et du Department of Rehabilitation Sciences de la Hong Kong Polytechnic University, en Chine.

Une collaboration avec des chercheurs de l'Université de Guadalajara au Mexique a permis à un étudiant mexicain de poursuivre au Québec des études de doctorat sur la perception auditive chez les autistes.

2.2 Mesures d'impact

Les mesures d'impact ont été prises sur les cibles[5] suivantes et avec les indicateurs d'impact suivants :

Cibles	Indicateurs d'impact
Activités de recherche	Développement de nouvelles collaborations avec d'autres chercheurs
Effets levier[6] vers les sources de financement	Demandes de subventions Rendement[7] de l'investissement initial du Réseau
Formation de la relève	Étudiants ayant continué aux études supérieures après leur participation au Réseau
Carrière de chercheur	Avancement de la carrière de chercheur Obtention de prix et de mentions
Productivité scientifique	Travaux de diffusion de connaissances ayant bénéficié de l'appui du Réseau
Pratiques cliniques et modes d'intervention en adaptation-réadaptation	Outils de mesure de résultats utilisés en clinique Concepts cliniques reconnus Programmes d'intervention en adaptation-réadaptation intégrant les résultats de recherche

Activités de recherche

Grâce à l'effet catalyseur du Réseau, on a établi un total de 136 nouvelles collaborations de recherche, dont une grande part se sont développées au niveau international (46 %) avec des chercheurs de l'Europe, en très grande majorité de France. Les nouvelles collaborations provinciales représentent 35 % de l'ensemble des nouvelles collaborations, la majorité avec des chercheurs d'une autre université. Les nouvelles collaborations au niveau national représentent 18 % de l'ensemble. Elles ont été établies majoritairement avec des chercheurs de l'Ontario (*voir le tableau 6 et la figure 5 à la page 20*). Toutes ces collaborations comprennent notamment le développement conjoint de protocoles de recherche, la préparation de demandes de subvention et la réalisation de travaux de diffusion de connaissances.

Tableau 6

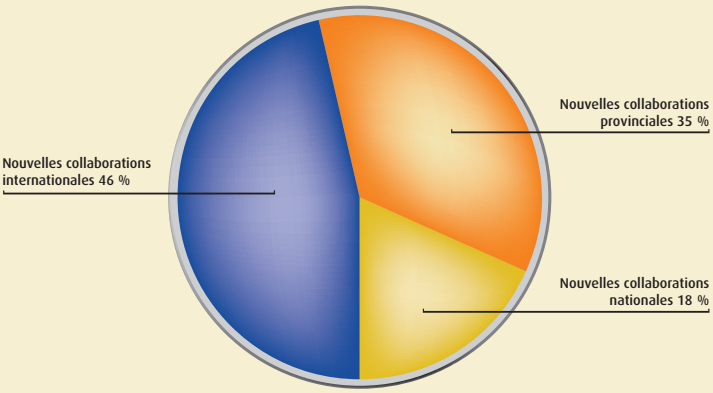
Détails des nouvelles collaborations de recherche développées

Niveau des nouvelles collaborations développées	Nouvelles collaborations développées (n) Pays - Continent Province canadienne Université québécoise				Nombre total de nouvelles collaborations développées
NOUVELLES COLLABORATIONS INTERNATIONALES					63
	Pays		Continent		
	États-Unis	(12)	Amérique du Nord	(13)	
	Mexique	(1)			
	Argentine	(1)	Amérique du Sud	(4)	
	Brésil	(3)			
	Royaume-Uni	(2)	Europe	(34)	
	Pays-Bas	(2)			
	Finlande	(1)			
	Danemark	(1)			
	Suède	(1)			
	France	(18)			
	Belgique	(5)			
	Suisse	(2)			
	Portugal	(1)			
	Italie	(1)			
	Israël	(2)	Asie	(3)	
	Chine	(1)			
	Australie	(9)	Océanie	(9)	
NOUVELLES COLLABORATIONS NATIONALES					25
	Province canadienne				
	Colombie-Britannique	(3)			
	Alberta	(4)			
	Ontario	(14)			
	Maritimes	(3)			
	Indéterminée	(1)			
NOUVELLES COLLABORATIONS PROVINCIALES					48
	Université québécoise				
	même université	(18)			
	autre université	(29)			
	indéterminée	(1)			
TOTAL					136

5. Définition de « cible » : situation que l'on cherche à modifier par les programmes et activités du Réseau. C'est la variable dépendante soumise au stimulus.
6. Définition de « effet levier » :
   - Du point de vue des chercheurs dont les demandes ont été appuyées par le Réseau : effet facilitateur de l'appui obtenu et des travaux de recherche réalisés grâce à cet appui au moment de la demande de subventions de recherche à des sources externes de financement ;
   - Du point de vue du Réseau : accroissement de la rentabilité de l'investissement du Réseau.
7. Définition de « rendement » : effet levier objectivé par le calcul du montant obtenu en subventions de sources externes de financement/montant investi initialement par le Réseau.

figure 5

Nouvelles collaborations de recherche développées par suite d'un appui initial du Réseau
(136 nouvelles collaborations sur 95 demandes appuyées)



Les chercheurs associés à 54 demandes appuyées par le Réseau ont collectivement obtenu 8 787 373 $ en subventions de recherche de sources externes de financement.

L'investissement de 1 152 719 $ par le Réseau dans ces 54 demandes a un rendement de 7,6 (8 787 373 $/1 152 719 $).

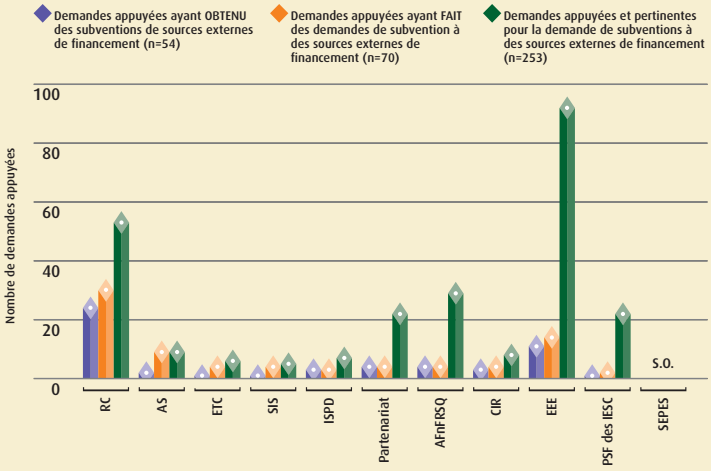
Effets levier vers les sources externes de financement

Parmi les 70 demandes appuyées initialement par le Réseau et dans lesquelles les chercheurs associés ont demandé des subventions à des sources externes de financement, 54 (77 %) ont obtenu des réponses positives.

La figure 6 présente le détail des demandes de subvention acceptées par programme.

Le tableau 7 (*page 22*) présente les investissements et les rendements de ces 54 demandes répartis par programme. Sur le site Web du Réseau, on peut obtenir des renseignements supplémentaires sur ces subventions, à l'annexe 13 (section « Rapport annuel », rubrique « Rapport d'activités »).

Subventions de recherche de sources externes de financement par suite d'un appui initial du Réseau figure 6



Globalement, le rendement total pour l'ensemble des 253 demandes appuyées par le Réseau entre 2001 et 2007 et pertinentes pour la demande de subventions de recherche (soit toutes les demandes, sauf celles du programme « Soutien aux étudiants pour présentation à des événements scientifiques ») est de 2,1 (8 787 373 $/4 141 266 $).

Au tableau 8 (*page 23*), on peut consulter la liste des sources externes de financement ayant octroyé des subventions à des chercheurs initialement appuyés par le Réseau entre 2001 et 2007. Ces sources sont classées selon les niveaux international, national et provincial. On y indique aussi le nombre de subventions octroyées.

Un effet levier important

Un projet appuyé à la hauteur de 150 000 $ par le Réseau a permis au groupe de recherche d'obtenir par la suite un financement dix fois supérieur de la part des IRSC.

Tableau 7

Demandes appuyées par le Réseau ayant obtenu par la suite des subventions de recherche de sources externes de financement

Investissements et rendements répartis par programme

Programme	Demandes appuyées par le Réseau	Investissement initial par le Réseau ($) (col. A)	(%)	Subventions de recherche obtenues de sources externes ($) (col. B)	(%)	Rendement (ratio) (col. B/col. A)
RC	24	372 212,67 $	32 %	3 825 237,00 $	44 %	10,3
AS	2	44 900,00 $	4 %	515 500,00 $	6 %	11,4
ETC	1	25 048,00 $	2 %	4 000,00 $	0 %	0,2
SIS	1	150 000,00 $	13 %	1 500 000,00 $	17 %	10,0
ISPD	3	90 000,00 $	8 %	39 000,00 $	0 %	0,4
Partenariat	4	61 667,67 $	5 %	448 879,00 $	5 %	7,3
AFnFRSQ	4	176 566,00 $	15 %	330 493,00 $	4 %	1,9
CIR	3	150 000,00 $	13 %	1 239 110,00 $	14 %	8,3
EEE	11	44 000,00 $	4 %	835 154,00 $	10 %	19,0
PSF des IRSC	1	38 325,00 $	3 %	50 000,00 $	1 %	1,3
TOTAL	54	1 152 719,34 $	100 %	8 787 373,00 $	100 %	7,6

Légende

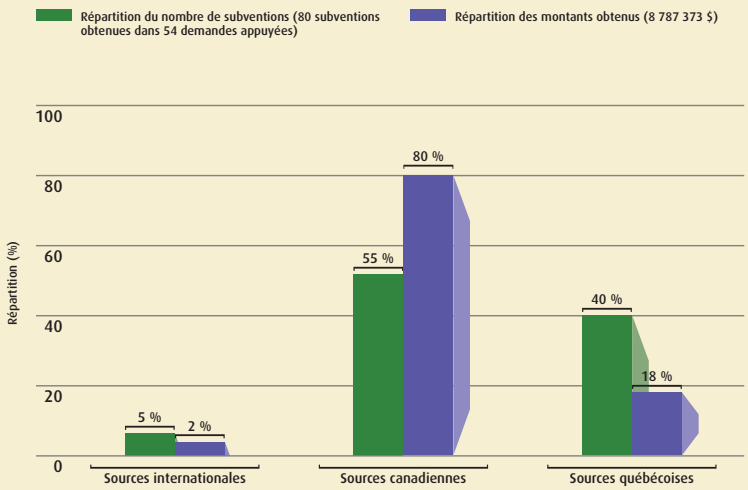
Abréviations	Programmes
RC	Recherche clinique (programme 1)
AS	Activités structurantes (programme 2)
ETC	Échange et transfert des connaissances (programme 3)
SIS	Soutien à une initiative stratégique (programme 4)
ISPD	Intégration de stagiaires postdoctoraux (programme 5)
Partenariat	Activités de partenariat (programme 6)
CIR	Collaborations interréseaux
PSF des IRSC	Programmes stratégiques de formation des IRSC
EEE	Embauche d'un étudiant d'été
AFnFRSQ	Aide financière offerte aux candidats finançables non financés par le FRSQ
SEPES	Soutien aux étudiants pour présentation à des événements scientifiques

Tableau 8

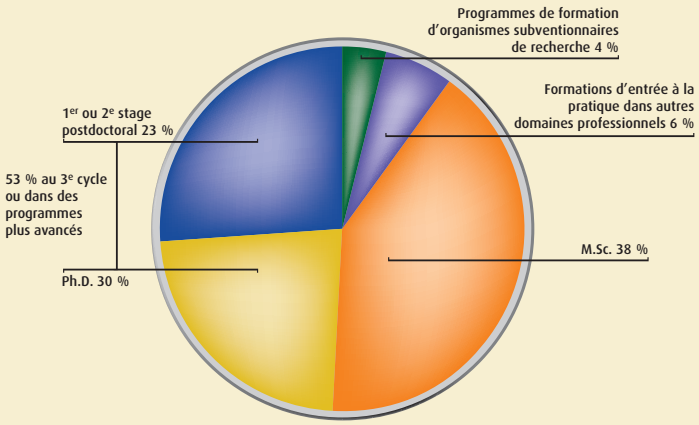
Sources externes de financement ayant octroyé des subventions de recherche à des chercheurs associés à des demandes initialement appuyées par le Réseau

Sources externes de financement	
Nombre de subventions	**Nom**
SOURCES INTERNATIONALES	
1	Essilor (France)
1	Fonds spécial de recherche – Université Catholique de Louvain (Belgique)
1	United Cerebral Palsy Research and Educational Foundation (États-Unis)
1	Université de Guadalajara (Mexique)
SOURCES CANADIENNES	
1	Canadian Arthritis Network
1	Canadian Driving Research Initiative for Vehicular Safety in the Elderly (programme de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada)
1	Canadian Foundation for Research in Incontinence
4	Canadian Language and Literacy Research Network
2	Canadian Occupational Therapy Foundation
4	Canadian Stroke Netwotk
1	Capital Health Research Fund
3	Conseil de recherches en sciences humaines
1	Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie
1	Fondation canadienne pour l'innovation
1	Heart and Stroke Foundation of Canada
21	Instituts de recherche en santé du Canada
1	Ontario Neurotrauma Foundation
1	Physiotherapy Foundation of Canada
1	Program in Innovations in Patient Safety and Knowledge Translation (University of Calgary/Calgary Health Region and University of Toronto/St. Michael's Hospital)
SOURCES QUÉBÉCOISES	
1	Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail
1	Centre de recherche du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
3	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
1	Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
10	Fonds de la recherche en santé du Québec
1	Fondation de l'Hôpital de réadaptation Lindsay
1	Fondation de l'Institut de réadaptation de Montréal
1	Fondation des maladies du cœur du Québec
1	Fondation pour la recherche sur la moelle épinière
1	Fonds internes de recherche de l'Université de Montréal
2	Groupe inter-réseau de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement
1	Comité aviseur pour la recherche clinique - Institut universitaire de gériatrie de Montréal
1	Programme d'aide financière à la recherche et à la création de l'Université du Québec à Montréal
1	Regroupement provincial de recherche en imagerie cérébrale
1	Réseau de recherche en santé de la vision
1	Réseau de recherche sur le développement, la santé et le bien-être de l'enfant
1	Réseau en santé mentale et en neurologie
1	Réseau québécois de la recherche sur la douleur
1	Université Laval – Faculté de médecine
1	Valorisation Recherche Québec
80 subventions de recherche obtenues par des chercheurs associés à 54 demandes appuyées par le Réseau	

Sources des subventions de recherche obtenues par suite d'un appui initial du Réseau figure 7



Niveaux d'études supérieures poursuivies par les étudiants suite à leur participation dans une demande appuyée par le Réseau (n=53 étudiants) figure 8



Démarrer une carrière

Grâce à l'appui initial du Réseau, une chercheure en début de carrière a obtenu par la suite sa deuxième subvention importante, ce qui lui a permis de constituer un fonds de démarrage et de maintenir son statut de chercheure dans son université.

À la figure 7, on peut noter que les sources canadiennes de financement ont octroyé 55 % des subventions de recherche (44 subventions de recherche sur 80) et 80 % des montants (7 005 449 $/ 8 787 373 $).

Formation de la relève

Parmi les 306 étudiants ayant participé à diverses demandes appuyées par le Réseau, 53 ont ensuite entrepris des études supérieures. Plus de la moitié (53 %) se sont rendus au 3e cycle ou dans des programmes plus avancés (*voir la figure 8*). La figure 9 présente la répartition de ces 53 étudiants selon le programme à l'origine (programme auquel ils ont participé avant la poursuite ou le début d'études supérieures).

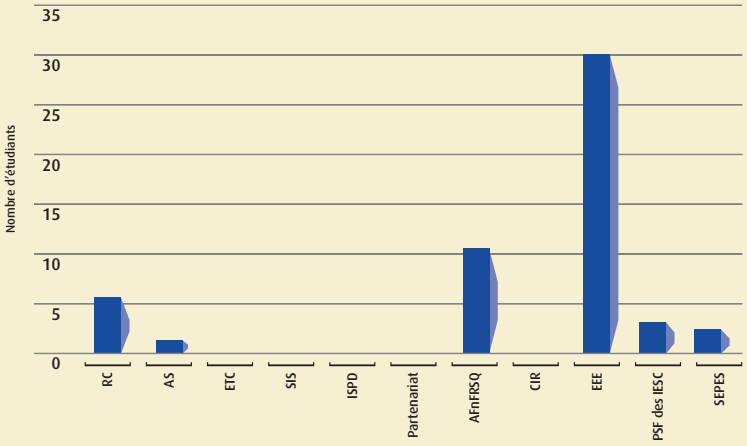
Carrière de chercheur

On rapporte 100 occasions d'avancement de la carrière de chercheur à la suite de l'appui initial du Réseau. Ces occasions consistent, par exemple, en titularisations, en premières présentations internationales, en notoriété accrue ou en évolution du statut de chercheur. Près de la moitié (45 %) correspondent à l'obtention de postes ou de fonctions administratives, d'enseignement ou de mentorat. Vingt chercheurs ou étudiants ont obtenu des postes d'enseignement universitaire ou des promesses d'engagement pour de tels postes (*voir la figure 10 à la page 26*).

Parmi 41 demandes appuyées par le Réseau, on rapporte l'obtention de 71 prix et mentions. Dans près de 40 % des cas, ces prix et mentions sont obtenus aux niveaux international et national (*voir la figure 11 en page 26*).

figure 9

Étudiants ayant poursuivi aux études supérieures suite à leur participation dans une demande appuyée par le Réseau (répartition des 53 étudiants selon le programme à l'origine)



Productivité scientifique

On dénombre 1 127 travaux de diffusion de connaissances ayant bénéficié de l'appui du Réseau entre 2001 et 2007. Il est intéressant de noter que 26 % de tous ces travaux (290/1127) sont réalisés sous des formes autres que les publications usuelles ; ce sont, par exemple :

- des dépliants destinés aux intervenants ou aux clientèles ciblés par les activités des membres du Réseau
- une tournée de rencontres d'intervenants (cliniciens et gestionnaires de soins) à travers le Québec
- l'organisation de colloques
- une invitation à titre de conférencier
- un rapport ministériel

On compte 837 travaux de diffusion de connaissances ayant bénéficié de l'appui du Réseau et dont au minimum deux membres du Réseau sont auteurs ; ils sont répartis comme suit (*voir les figures 12 en page 27 et 13 en page 28*) :

- 729 présentations affichées ou orales avec publication de résumés
- 95 articles publiés dans des revues avec comité de lecture
- 13 livres ou chapitres de livres

On peut consulter la liste complète des travaux de diffusion de connaissances ayant bénéficié de l'appui du Réseau à l'annexe 14, *Travaux de diffusion de connaissances,* sur le site Web du Réseau – section « Rapport annuel », rubrique « Rapport d'activités ».

Reconnaissances

Dans le cadre d'un projet sur la reconnaissance de l'effet de la fatigue musculaire sur la tolérance à l'effort et de l'apport positif de la réadaptation respiratoire au traitement, un chercheur s'est vu attribuer le Prix de recherche Romain Pauwels 2006 par la Société européenne de pneumologie, ainsi que le titre de conférencier émérite en sciences respiratoires attribué la même année par l'Institut de la santé circulatoire et respiratoire des IRSC et la Société canadienne de thoracologie.

Avancement de la carrière de chercheur par suite d'un appui initial du Réseau

(100 occasions d'avancement/85 demandes appuyées)

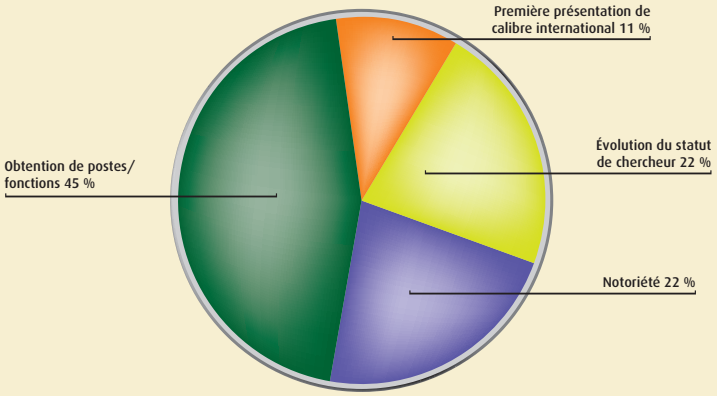


figure 10

Obtention de prix et de mentions par suite d'un appui initial du Réseau

(71 prix et mentions obtenus/41 demandes appuyées)

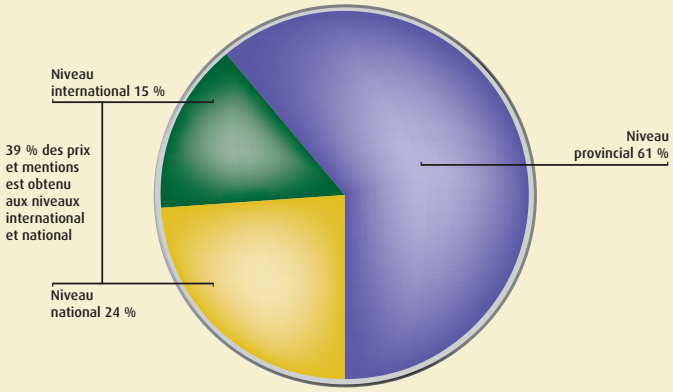


figure 11

Application des connaissances dans les pratiques cliniques et les modes d'intervention en adaptation-réadaptation

Un certain nombre de pratiques cliniques et de modes d'intervention en adaptation-réadaptation ont été influencés par les résultats de recherche liés à des demandes appuyées par le Réseau. La modification des pratiques cliniques et des modes d'intervention ainsi que le recours à une pratique factuelle par les intervenants du secteur clinique (pratique basée sur des données probantes) sont, bien sûr, tributaires de multiples facteurs, qu'ils soient scientifiques, organisationnels, disciplinaires, individuels, etc. La direction du Réseau est fière de sa contribution et de son soutien à la pratique factuelle par l'intermédiaire des appuis octroyés aux travaux de recherche visant de telles applications.

Le tableau 9 illustre des applications des connaissances dans les pratiques cliniques et les modes d'intervention en adaptation-réadaptation, issues de travaux de recherche ayant bénéficié d'un appui du Réseau. On y présente :

- des outils de mesure de résultats qui servent en clinique ; certains sont utilisés pleinement et d'autres, bien qu'encore à l'étude, sont rendus disponibles avec certaines limites d'utilisation ;
- des concepts cliniques qui ont acquis une reconnaissance ou une meilleure compréhension dans les milieux de l'adaptation-réadaptation et dont l'importance a été démontrée ;
- des programmes d'intervention en adaptation-réadaptation qui ont intégré en tout ou en partie les résultats de recherche dans les soins et services offerts aux clientèles des milieux cliniques québécois et de certains milieux à l'extérieur du Québec.

Travaux de diffusion de connaissances ayant bénéficié de l'appui du Réseau figure 12

Répartition par forme de travaux (n=1127)

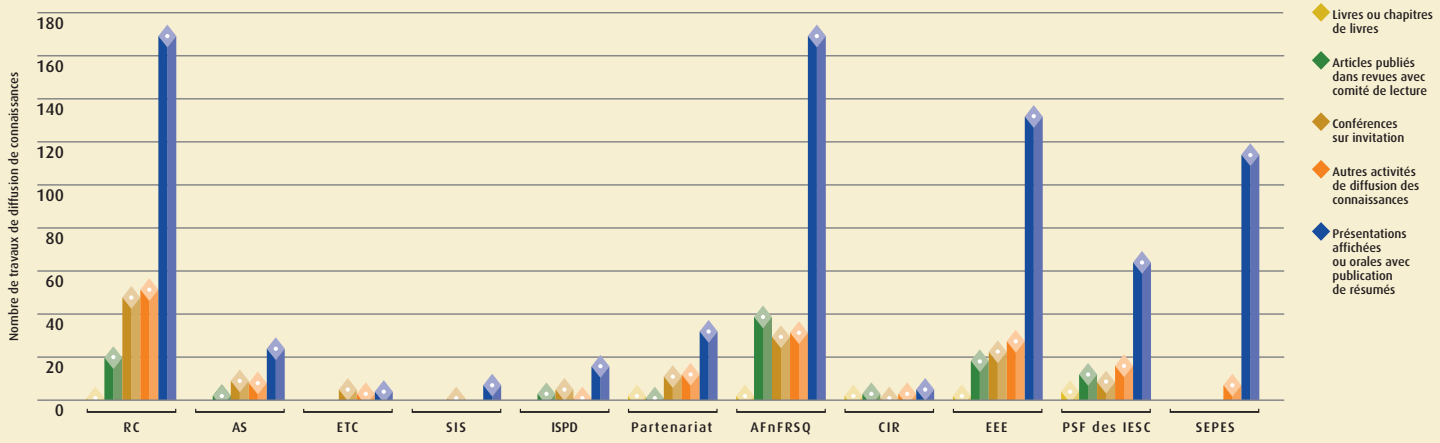


Tableau 9

Exemples d'applications des connaissances dans les pratiques cliniques et les modes d'intervention en adaptation-réadaptation

Issues de travaux de recherche ayant bénéficié d'un appui du Réseau

	Outils de mesure de résultats utilisés en clinique (pleine utilisation/encore à l'étude, mais rendus disponibles avec certaines limites d'utilisation*/etc.)
11	« Children's Assessment of Participation and Enjoyment » (CAPE)
	« Mesure du contrôle postural assis chez l'adulte, version 2.0 » (MCPAA 2.0)
	« Profil des AVQ »
	« Protocole Montréal d'évaluation de la communication » (Protocole MEC) utilisable par les orthophonistes francophones au Québec, en France et en Suisse
	« Batterie de Montréal pour l'évaluation de l'amusie »
	Système de vidéo-oculographie utilisé pour toutes les évaluations cliniques faites dans le cadre d'un programme de réadaptation vestibulaire
	« Inventaire systémique de qualité de vie »
	Grille d'analyse de tâche « Perceive, Recall, Plan and Perform » (PRPP)
	Outils de mesure par EMG en condition dynamique pour l'évaluation de la fatigue musculaire
	« Évaluation à domicile de l'interaction personne-environnement » (ÉDIPE)*
	Outil en développement « Demande de réadaptation neurologique »*
	Concepts cliniques (reconnaissance/meilleure compréhension/démonstration de l'importance)
14	Impact de la fatigue musculaire sur la tolérance à l'effort chez les patients avec maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et de l'apport positif de la réadaptation respiratoire comme modalité efficace
	Impact à long terme du TCCL dans les interventions cliniques destinées aux personnes âgées
	Impacts positifs des sorties de fin de semaine et des visites au domicile par les intervenants en cours de réadaptation sur la reprise des activités des personnes ayant subi un AVC
	Impact sur les évaluations cliniques de la tâche de se lever et de s'asseoir d'une chaise
	Charge perçue pour la conduite automobile
	Prise en compte de la symptomatologie subjective en tant que facteur influençant le retour au travail après un TCC léger dans l'évaluation et l'intervention des cliniciens
	Mise en évidence de la dominance hémisphérique pour l'imagerie motrice
	Objectivation de la force de préhension guidant l'orientation thérapeutique (chirurgie, réadaptation, etc.) et l'indemnisation
	Potentiel diagnostique des protocoles électrophysiologiques (spectroscopie par infrarouge) et du « Visual Search Memory Task » (VSMT) pour aider la prise de décision pour le retour au jeu chez les sportifs commotionnés
	Établissement de valeurs de référence pour la participation sociale des personnes âgées
	Utilisation de stimuli auditifs en clinique
	Pertinence du « test de Sorensen » pour l'évaluation clinique de la fatigue musculaire chez des sujets lombalgiques chroniques
	Coordination et endurance musculaires, et pas seulement la force, sont des facteurs importants dans la rééducation des problèmes d'incontinence
	« Marge de manœuvre au travail pour les travailleurs blessés »

Répartition des 1127 travaux de diffusion de connaissances figure 13

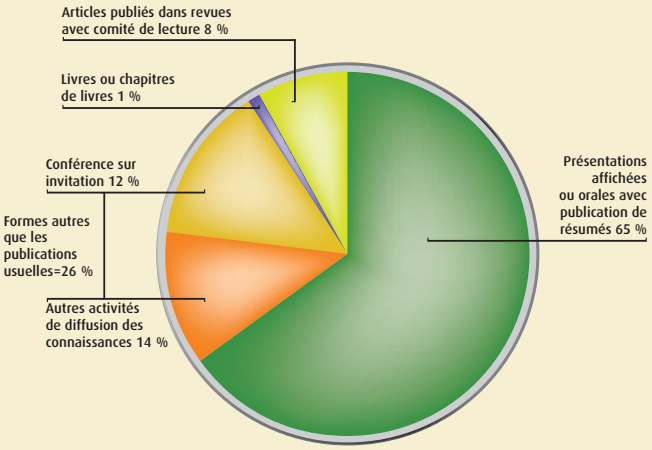


Tableau 9 (suite)

Programmes d'intervention en adaptation-réadaptation

	MILIEUX CLINIQUES QUÉBÉCOIS :
12	« Mémoire optimisée » (MÉMO)
	Programme d'entraînement à la localisation auditive visant les personnes sourdes-aveugles bénéficiant d'un nouvel appareillage auditif ou d'un implant cochléaire
	Utilisation de l'imagerie motrice dans un projet clinique multidisciplinaire dans une unité d'encéphalopathes
	Recours au « Plan d'intervention individualisé conjoint » en visioconférence par des équipes cliniques
	Réorientation d'un programme clinique destiné aux personnes présentant des troubles psychologiques réactionnels à la suite d'un traumatisme craniocérébral léger
	Facilitation du réseautage de quatre cliniques d'expertise de douleur installées dans des milieux hospitaliers
	Utilisation des résultats de recherche dans l'enseignement aux personnes fibromyalgiques
	Augmentation graduelle de la couverture par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'implantation cochléaire chez l'enfant sourd congénital
	Concepts d'évaluation et d'interventions cliniques basées sur les perspectives comportementales et sur l'identification des facteurs de risque psychosociaux
	Changement du type de batterie installé sur les fauteuils roulants motorisés et payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec
	Utilisation d'éléments de couleurs vives dans les aides techniques utilisées avec les personnes présentant des pathologies spécifiques affectant la vision
	Évaluation systématique avec la spectroscopie infrarouge de tous les enfants épileptiques devant recevoir une chirurgie de l'épilepsie afin de vérifier la latéralisation de leur langage
	MILIEUX CLINIQUES À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC :
3	« Mémoire optimisée » (MÉMO), Floride (États-Unis)
	Protocole d'évaluation de la simulation de conduite utilisé au Centre hospitalier de La Musse (France)
	Développement d'une consultation interdisciplinaire « Douleur et maintien dans l'emploi » au sein du réseau de santé Lutter contre la douleur, Paris (France)

Recherche clinique (PROGRAMME 1)

Le programme 1 est, depuis longtemps, le ciment reliant les membres et le Réseau. Il encourage le maillage entre la recherche et la clinique. Ainsi, il agit comme catalyseur et tremplin pour les travaux de recherche clinique dans le domaine de l'adaptation-réadaptation en créant un environnement propice qui facilite l'obtention de subventions provenant d'importantes sources externes de financement telles que les IRSC.

RETOMBÉES MESURÉES. Avec 53 demandes appuyées entre 2001 et 2007, ce programme est performant en regard de plusieurs indicateurs définis par le Réseau et en ligne avec la carrière universitaire, notamment : le développement de nouvelles collaborations avec d'autres chercheurs (30 % de toutes les nouvelles collaborations), le niveau d'activité de diffusion de connaissances (25 % de tous les travaux de diffusion de connaissances ayant bénéficié de l'appui du Réseau) et l'effet levier vers les sources externes de financement. Pour ce dernier indicateur en particulier, il est intéressant de noter que 24 des 53 demandes appuyées dans ce programme ont obtenu par la suite des subventions de recherche de sources externes de financement, pour un montant total de 3 825 237 $. L'investissement initial de 372 212 $ par le Réseau dans ces 24 projets a un rendement de 10,3. Le rendement total pour l'ensemble des demandes appuyées dans ce programme est de 4,3. Par ailleurs, comparativement à l'ensemble des demandes appuyées par le Réseau, le programme 1 récolte à lui seul 44 % des 8 787 373 $ obtenus en subventions de recherche de sources externes de financement.

Activités structurantes (PROGRAMME 2)

Ce programme est implanté depuis 2004-2005. Bien qu'il soit relativement nouveau et comporte 9 demandes appuyées, on a déjà rapporté des retombées favorables sur les effets levier vers les sources de financement.

RETOMBÉES MESURÉES. Deux des 9 demandes appuyées dans ce nouveau programme ont obtenu par la suite des subventions de recherche de sources externes de financement pour un montant total de 497 000 $. L'investissement initial de 44 900 $ par le Réseau dans ces deux projets a généré un rendement de 11,1. Le rendement total pour l'ensemble des demandes appuyées dans ce programme est de 2,7.

Échange et transfert des connaissances (PROGRAMME 3)

Ce programme se subdivise en deux volets. D'une part, six demandes ont été appuyées au sein du programme 3.1, Implantation d'une plateforme technologique, instauré en 2004-2005. D'autre part, le tout récent programme 3.2, Soutien à la tenue de colloques, ateliers de formation ou autres activités d'échange de connaissances, instauré au printemps 2007, a reçu trois demandes. En novembre 2007, une demande avait été appuyée.

RETOMBÉES MESURÉES. Deux moteurs de recherche ont été développés. Ce sont « InfoBrûlure » et la première version de « Info AVC », maintenant appuyé par le Canadian Stroke Network (CSN). L'appui des versions subséquentes de « Info AVC » par le CSN est un exemple concret d'effet tremplin qu'a eu l'appui initial du Réseau. Dans leurs domaines respectifs, ces moteurs de recherche sont consacrés à l'avancement des pratiques en adaptation-réadaptation ; ils permettent aux cliniciens d'obtenir les informations les plus récentes concernant la pertinence et la valeur des pratiques et types d'interventions. Ces moteurs de recherche sont accessibles à partir de la Plateforme technologique du Réseau (voir le site Web). D'autres outils originaux financés entièrement ou en partie par le Réseau sont aussi accessibles à partir de la Plateforme technologique, soit :

1. un guide de pratique clinique, *Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne* (projet CLIP), pour guider les interventions de première ligne des professionnels de la santé auprès des clientèles présentant des lombalgies communes ;
2. un outil de transfert, *Simulateur de conduite en réadaptation,* pour évaluer et former les personnes handicapées dans le but de parfaire leurs connaissances et techniques de conduite ;

3. un bulletin de veille informationnelle, *Réadap_Veille*. Les statistiques de la section « Veille » indiquent que le site Web du Réseau est grandement visité. Entre janvier et octobre 2007, on a dénombré une moyenne de 1370 visites par mois et 900 visiteurs différents par mois en moyenne. Chaque visiteur, individuellement, a fait la lecture de 4,9 pages en moyenne lors de sa visite du site. En octobre 2007, 46,6 % des visiteurs du site Web du Réseau résidaient à l'extérieur du Canada. En fait, 11,7 % provenaient des États-Unis, 2,8 % de la France et on comptait même des visiteurs chinois, allemands et anglais, ce qui confirme la reconnaissance internationale du Réseau.

Soutien à une initiative stratégique (PROGRAMME 4)

Ici, le Réseau agit aussi comme catalyseur et tremplin. Ce programme, implanté en 2004-2005 et qui appuie des initiatives stratégiques à fort potentiel de retombées cliniques et de recherches, est clairement une priorité pour le Réseau.

RETOMBÉES MESURÉES. Jusqu'à maintenant, avec cinq demandes appuyées, le rendement des subventions obtenues par la suite est de 10 fois l'investissement initial du Réseau. Le rendement total pour l'ensemble des demandes appuyées dans ce programme est de 6,1. Les retombées de ces projets ciblent également la formation de la relève (participation de cinq étudiants inscrits dans un programme d'études supérieures). Bien que quatre des demandes appuyées n'aient pas fait l'objet du financement escompté des sources externes, on observe des retombées collatérales consistant en nouvelles collaborations développées entre les chercheurs regroupés dans ces demandes.

Intégration de stagiaires postdoctoraux (PROGRAMME 5)

Implanté en 2004-2005, ce programme a permis à 10 chercheurs du Réseau de recevoir, jusqu'à maintenant, autant de stagiaires postdoctoraux dans leur laboratoire afin que ceux-ci y poursuivent des activités de recherche.

RETOMBÉES MESURÉES. Le nouveau programme est performant en regard du développement de nouvelles collaborations avec d'autres chercheurs. Jusqu'à maintenant, avec sept stagiaires postdoctoraux ayant terminé leur stage, on assiste au développement de 10 nouvelles collaborations de recherche.

Programmes stratégiques de formation des IRSC

Le Réseau est un commanditaire et un collaborateur dans quatre programmes stratégiques de formation des IRSC :

- il est un commanditaire (*sponsor*) dans les trois programmes suivants :
  - Programme de formation des IRSC sur les troubles de la mobilité et de la posture (programme MENTOR)
  - Alberta Provincial CIHR Training Program in Bone and Joint Health (Alberta B & J H)
  - Work Disability Prevention CIHR Strategic Training Program (Programme en prévention des incapacités au travail)
- il est un collaborateur dans le programme suivant :
  - CIHR Training Program in Rehabilitation Research (Quality of Life Program)

Ces commandites et cette collaboration prennent la forme de l'octroi d'une bourse de 30 000 $ par an dans chacun de ces quatre programmes à des étudiants du Québec pour une première année d'études. Entre 2001 et 2007, le Réseau a appuyé la participation de 18 étudiants à ces quatre programmes, pour un total de 540 000 $.

RETOMBÉES MESURÉES. Ces 18 étudiants ont réalisé 102 travaux de diffusion de connaissances (présentations affichées ou orales avec publication de résumés, articles publiés dans des revues avec comité de lecture, livres ou chapitres de livres et autres travaux). Ils ont également remporté 12 prix et mentions et ont développé 13 nouvelles collaborations de recherche.

Activités de partenariat (PROGRAMME 6)

PROGRAMME DE RECHERCHE EN RÉADAPTATION ET INTÉGRATION SOCIALE EN TRAUMATOLOGIE (PRRIST). Créé en 2002-2003, le PRRIST rassemblait les partenaires suivants : 1) MSSS, 2) SAAQ - Association québécoise d'établissements de santé et de services

sociaux (AQESSS) – Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) et 3) le Réseau. Ce programme a pris fin en 2005-2006 à la suite d'une décision du Réseau et de ses partenaires à l'effet que celui-ci évolue vers un partenariat élargi de recherche en traumatologie sur la scène québécoise.

RETOMBÉES MESURÉES. Le Réseau a appuyé 10 demandes dans le cadre du PRRIST. Le taux de contribution des partenaires est de 2 : 1. Leur investissement a été de 363 878 $ et celui du Réseau, de 181 939 $ pour un montant total de 545 818 $. Parmi l'ensemble des partenariats développés par le Réseau, le PRRIST est celui qui a eu le plus de retombées sur le niveau d'activité de diffusion de connaissances (33 des 57 travaux de diffusion de connaissances issus de l'ensemble des activités de partenariat). C'est aussi le partenariat le plus performant du Réseau pour l'effet levier vers les sources externes de financement. Quatre des 10 demandes appuyées dans ce programme ont obtenu par la suite des subventions de recherche de sources externes de financement pour un montant total de 448 879 $. L'investissement initial de 61 667 $ par le Réseau dans ces quatre projets a un rendement de 7,3. Le rendement total pour l'ensemble des demandes appuyées dans ce partenariat est de 2,5.

PARTENARIAT DE RECHERCHE EN MUSCULOSQUELETTIQUE ET EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL (IRSST/REPAR). Ce partenariat avec l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) a été implanté en 2004-2005. Il concerne tout spécialement les lésions musculosquelettiques chez les travailleurs et travailleuses, et leurs effets sur le retour au travail. Dans le cadre de ce partenariat, le Réseau contribue au développement du champ de recherche en réadaptation au travail, l'un des sept champs de recherche prioritaires de l'IRSST. Notons que les membres du Réseau ont également accès aux programmes de financement réguliers de l'IRSST. Six demandes ont été appuyées dans le cadre de ce partenariat, pour lequel l'investissement total est de 225 937 $. Le taux de contribution des partenaires est de 1 : 1 (112 968,50 $ chacun).

PARTENARIAT DE RECHERCHE CLINIQUE EN PHYSIOTHÉRAPIE (OPPQ/REPAR). L'objectif de ce partenariat avec l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) est de permettre à des cliniciens, en l'occurrence des physiothérapeutes détenteurs d'une maîtrise, de poursuivre des collaborations avec des chercheurs du Réseau sur des problématiques propres aux interventions physiothérapiques. Douze demandes ont été appuyées dans le cadre de ce partenariat. L'investissement total est de 175 000 $. Le taux de contribution des partenaires est de 1 : 1 (87 500 $ chacun).

PARTENARIAT DE RECHERCHE EN NEUROTRAUMATOLOGIE (ONF/REPAR). Ce nouveau partenariat en neurotraumatologie est réalisé avec la Ontario Neurotrauma Foundation (ONF) et les chercheurs du Ontario Rehabilitation Research Advisory Network (ORRAN). Le partenariat ONF/REPAR constitue une des retombées des travaux exploratoires dans le cadre du « Grand chantier en traumatologie » menés depuis 2006 par des organismes du Québec et de l'Ontario. L'ONF et le Réseau ont mis sur pied un programme d'échanges étudiants en neurotraumatologie entre l'Ontario et le Québec, ainsi qu'un programme de formation d'équipes de recherche Québec-Ontario mettant en contact des chercheurs des deux provinces travaillant dans les domaines des traumatismes craniocérébraux et des lésions médullaires. Une fois formées, les équipes soumettront des demandes de fonds de fonctionnement ou des demandes d'équipes aux IRSC. Cette mise en commun des expertises permet d'accroître les clientèles à l'étude, de favoriser la réalisation d'essais cliniques d'importance (palliant ainsi le faible niveau de ressources respectif de chaque province) et de réaliser des activités de recherche multicentriques et pluridisciplinaires. En novembre 2007, quatre équipes ont été financées dans le cadre du partenariat et deux ont été invitées à soumettre une demande révisée.

Grand chantier en traumatologie

Le thème de la traumatologie est de grand intérêt pour le Réseau, car il concerne les travaux réalisés par des chercheurs des trois axes et représente un secteur fort important d'interventions cliniques en adaptation-réadaptation. Pour ces raisons, ce thème a un effet rassembleur sur les partenaires, les chercheurs, les cliniciens, les gestionnaires de soins et les décideurs. Les activités de partenariat réalisées jusqu'à maintenant ainsi que la reconnaissance provinciale et nationale acquise au fil des années confèrent du pouvoir au Réseau

pour mener des travaux de réflexion sur ce thème. C'est dans ces contextes de pertinence du thème, de vision et de leadership du Réseau qu'ont été menés les travaux de ce qu'on a appelé le « Grand chantier en traumatologie », qui fait référence aux discussions et travaux qui ont eu lieu depuis 2006 sur ce thème. Certaines de ces activités se sont déjà concrétisées et d'autres sont en voie de réalisation :

1. concrétisation du partenariat ONF/REPAR et activités rattachées
   - programme d'échanges étudiants en neurotraumatologie entre l'Ontario et le Québec
   - programme de formation d'équipes de recherche Québec-Ontario
2. développement de partenariats en cours
   - Consortium de recherche en traumatologie du Québec
   - partenariat de recherche en lésions médullaires avec la Rick Hansen Foundation (RHF/REPAR)
3. tenue d'une consultation d'envergure sur la recherche en traumatologie au Québec
   - tenue d'États généraux de la recherche en traumatologie au Québec (mars 2007)
   - formulation de recommandations (juillet 2007)
   - consultation sur les thématiques de recherche (novembre 2007)

La liste des organismes consultés ou ayant participé à l'une ou l'autre des activités du « Grand chantier en traumatologie » témoigne à elle seule de l'importance historique et des retombées à venir de cette activité de concertation :

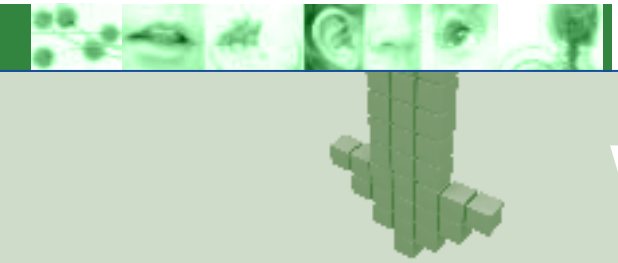
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
- Centre francophone d'informatisation des organisations
- Comité directeur de la recherche en traumatologie
- Commission de la santé et de la sécurité du travail
- Fédération des médecins spécialistes du Québec
- Fondation pour la recherche sur la moelle épinière
- Fonds de recherche Marie Robert sur les traumatismes crâniens
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
- Institute for Work & Health, Ontario
- Institute of Population and Public Health (Canadian Institutes of Health Research)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Ontario Neurotrauma Foundation
- Ontario Rehabilitation Research Advisory Network
- Programme national de recherche en traumatologie
- SMARTRISK, Ontario
- Société de l'assurance automobile du Québec
- Workplace Safety and Insurance Board, Ontario

Progrès réalisé par le Réseau dans la période de subvention 2004-2008

Les retombées des demandes appuyées par le Réseau reflètent l'ampleur des travaux de recherche réalisés par les membres ainsi que la qualité du travail accompli.

Le tournant que le Réseau a pris en 2004, à la demande de la direction du FRSQ, afin de passer d'un mode de développement par axe de recherche à un mode par programme, permet au Réseau d'appuyer des projets de recherche et des activités trans-axes et pluridisciplinaires.

Cette approche mieux ciblée sera maintenue pour la période de subvention 2008-2012.



Vision 2012

Échanges, visibilité, accessibilité : ces préoccupations sont au cœur d'une vision qui positionnera le Réseau, en 2012, comme LA ressource québécoise en adaptation-réadaptation.

En 2012, le Réseau sera devenu la ressource québécoise incontournable et le guichet pour les collaborations nationales et internationales dans le domaine de l'adaptation-réadaptation.

Présentement, au Québec et au Canada, la conjoncture en recherche est propice, pour les milieux des sciences de l'adaptation-réadaptation, à la réalisation d'activités de recherche clinique multicentriques et pluridisciplinaires ainsi qu'à l'échange et à l'application des connaissances. Le Réseau a retenu le soutien à la pratique factuelle par les intervenants du secteur clinique en tant que thème d'importance pour les années à venir. Il a acquis une expérience significative et reconnue sur ce thème. Dans ce contexte, ses partenaires et collaborateurs, tant québécois que canadiens, sont enthousiastes à l'idée de travailler avec lui. Le projet de transformation de l'actuelle Plateforme technologique en futur « Portail d'échange et d'application de connaissances en adaptation-réadaptation » ainsi que le soutien à des activités de réseautage, telles les communautés de pratique, s'inscrivent dans cette conjoncture en tant qu'éléments déterminants pour le soutien à la pratique factuelle par les intervenants du secteur clinique.

Le Réseau désire accroître sa visibilité et rendre les activités des membres plus accessibles aux chercheurs, enseignants, étudiants, cliniciens, gestionnaires, décideurs ainsi qu'au grand public. Il assume ainsi le rôle sociétal qui est dévolu aux organismes dédiés à la création de connaissances et de savoirs.

Depuis 13 ans, le Réseau a progressé dans l'affirmation et la reconnaissance de son leadership non seulement au Québec, mais également sur les scènes nationale et internationale. La période 2008-2012 sera déterminante pour la consolidation de cette position dominante du Réseau dans les sciences de l'adaptation-réadaptation. Le financement attendu du FRSQ assurera au Réseau sa position en tête de peloton et lui permettra d'imprimer la cadence dans le développement, l'échange et l'application du savoir dans le domaine de l'adaptation-réadaptation. Le Réseau est le facilitateur tout indiqué, voire naturel, de la réalisation d'activités de recherche, d'une formation de la relève en contexte de réseautage et de soutien à la pratique factuelle dans le domaine déterminant des sciences de la santé qu'est l'adaptation-réadaptation.

Remerciements :
La direction du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation remercie toutes les personnes qui, de bien des façons, ont prêté leur concours pour réaliser ce rapport d'actvités. En particulier, la direction remercie madame Hélène St-Amand, consultante et chargée de projet, ainsi que mesdames Diane Laperle et Aline Loiseau, membres du bureau de coordination du Réseau.

Conception graphique :
Protocole communications d'affaires

Réseau provincial de recherche
en adaptation-réadaptation (REPAR/FRSQ)

Institution de réadaptation de Montréal
6300, avenue Darlington
Montréal (Québec) Canada H3S 2J4

Tél.: 514 340-2771
repar.irm@ssss.gouv.qc.ca

www.repar.ca

REPAR FRSQ

Journée Scientifique 2007

L'échange des connaissances dans les sciences de la réadaptation
Knowledge Translation (KT) in the Rehabilitation Sciences

Château Bonne Entente - Québec
Vendredi le 18 mai 2007

***Un réseau thématique du/A Research Network of**

Fonds de la recherche en santé Québec

Chers (ères) collègues,

Le REPAR est un réseau thématique qui a pour mission de développer la recherche clinique de nature pluridisciplinaire et multicentrique en réadaptation. Afin que les clientèles de réadaptation puissent bénéficier de nos résultats de recherche, le Réseau doit investir dans l'échange des connaissances, lequel processus nous mènera progressivement à l'implantation de la pratique fondée sur les données probantes. Notre Réseau a donc une ***mission d'échange des connaissances****; celle-ci est d'ailleurs la raison d'être de notre Plateforme technologique. La Journée scientifique 2007 du REPAR porte sur cette thématique. Lors de cette rencontre des experts présenteront des conférences sur ce thème. De plus, quatre de nos collègues nous feront part d'expériences d'échange des connaissances réalisées auprès de différentes clientèles suivies en réadaptation. Finalement, nos étudiants et des collègues cliniciens présenteront des affiches décrivant des résultats de recherche. Vous êtes donc invités à participer à ce rendez-vous annuel du Réseau afin de resserrer davantage les liens existant entre nos membres, nos collaborateurs et notre relève.*

Le Directeur scientifique,

A. Bertrand Arsenault, Ph.D

Dear Colleagues,

REPAR is a theme-based network whose mission is to develop multidisciplinary and multicenter clinical research in the field of rehabilitation. In order for rehabilitation clienteles to benefit from our research results, REPAR must be dedicated to the process of exchanging knowledge which, over time, leads to the implementation of evidence-based practice. The ***exchange of knowledge*** *is at the heart of* ***our network's mission*** *as well as the rationale behind our Technological Platform. REPAR's Scientific Day 2007 focuses on this theme. During this event, experts will give talks on this topic. Four of our colleagues will also share knowledge exchange experiences gained among various clienteles in rehabilitation. Lastly, our students and clinicians will present posters on their research results. You are therefore invited to participate in REPAR's annual event and further strengthen your current relationships with our members, collaborators and upcoming professionals.*

The scientific director,

A. Bertrand Arsenault, Ph.D.

SYMPOSIUM

Le JEUDI 17 mai 2007
Château Bonne Entente – Québec

Des résultats de recherche qui s'appliquent dans la vraie vie?
Coup d'œil sur l'approche pragmatique

Modérateur : *Manon Choinière, PhD*
Chercheur, Institut de cardiologie de Montréal, Professeur agrégé, département d'anesthésiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal

Depuis la Deuxième Guerre Mondiale, l'essai randomisé contrôlé (ERC) est devenu le «*gold standard»* pour évaluer l'efficacité d'une intervention thérapeutique. Bien que l'ERC aura toujours sa place en recherche clinique, on est de plus en plus conscient de ses limites importantes et notamment lorsque vient le temps d'appliquer les résultats obtenus dans la pratique clinique courante. On assiste actuellement à un certain revirement en recherche et on voit de plus en plus de chercheurs se tourner vers l'approche dite « pragmatique » où l'efficacité d'une intervention est plutôt évaluée dans un contexte de « vraie vie ». La présentation du Dr LeLorier portera sur les aléas des ERC. Il décrira ensuite ce qu'est l'approche pragmatique et l'illustrera à travers divers exemples. M. Lavoie présentera pourquoi il est important pour ne pas dire essentiel que l'industrie ait aussi recours à ce type de recherche et comment le grand public peut en tirer avantage. Cette session se terminera par une table ronde où les conférenciers et les participants discuteront des applications de l'approche pragmatique en adaptation/réadaptation.

13h00 – 13h45	Inscription
13h45 – 14h00	Mot de bienvenue – *Manon Choinière, PhD*
14h00 – 15h00	**Les études pragmatiques** : **Pourquoi? Quand? Comment?** *Jacques LeLorier, MD, PhD, FRCPC* Chef de l'Unité de recherche en pharmaco-économie et pharmaco-épidémiologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Professeur titulaire, Département de médecine et de pharmacologie, Faculté de médecine, Université de Montréal
15h00 – 15h30	**Études pragmatiques : La réalité industrielle et du grand public** *Frédéric Lavoie, MSc* Directeur, Département d'économie de la santé Pfizer Canada Inc.
15h30 – 16h00	Table ronde **Les applications de l'approche pragmatique en adaptation/réadaptation**
16h00 – 17h00	Pause
17h00 – 19h00	**Assemblée annuelle des membres**
19h00 – 21h00	**Souper**

JOURNÉE SCIENTIFIQUE REPAR/FRSQ

Le VENDREDI 18 mai 2007
Château Bonne Entente - Québec

L'échange des connaissances dans les sciences de la réadaptation
Knowledge Translation (KT) in the Rehabilitation Sciences

08h30 – 09h00	Inscription / Registration
09h00 – 09h15	Mot de bienvenue / Welcoming address *Membres du Comité Organisateur / Members of Organizing Committee*
09h15 – 09h30	**The Future of KT at CIHR: Implications for the Rehabilitation Researchers** *Liz Stirling, BSc (OT), MHSc (CIHR-IRSC)*
09h30 – 10h00	**Knowledge Translation and Best Practices in the Health Sciences** *Claire Bombardier, M.D., FRCPC (University of Toronto and IWH)*
10h00 – 11h00	Pause et visite des affiches des étudiants / Break and Students' Posters Visit
11h00 – 11h30	**Évaluation des technologies et des modes d'intervention en réadaptation et transfert de connaissances : de la pratique aux enseignements** *Véronique Déry, M.D., M.Sc. (AETMIS)*
11h30 – 13h00	Dîner/Lunch
13h00 – 13h25	**Le transfert des connaissances en TCC : Une expédition vers le sommet de l'Everest ?** *Bonnie Swaine, Ph.D. (Université de Montréal)*
13h25 – 13h50	**Le Réseau de réadaptation au travail du Québec : le défi de l'application des connaissances et mise en œuvre d'un programme en clinique de retour au travail** *Marie-José Durand, Ph.D. (Université de Sherbrooke)*
13h50 – 14h30	Pause et visite des affiches des étudiants / Break and Students' Posters Visit
14h30 – 14h55	**Expérience d'échanges des connaissances dans le contexte de la recherche dans les Centres d'expertise en lésion médullaire du Québec** *Luc Noreau, Ph.D. (Université Laval)*
14h55 – 15h20	**Knowledge Translation in Stroke Rehabilitation – Pain in the Butt or NOT?** *Nicol Korner-Bitensky, Ph.D. (McGill University)*
15h20 – 15h45	**Synthèse de la journée et Plénière avec les conférenciers / Panel**
15h45 – 16h00	Remise des prix pour les affiches des étudiants et des cliniciens; Mot de la fin Students' and clinicians' Awards for the posters presentations and Closing word. *Comité Organisateur/Organizing Committee*
16h00 – 17h00	Vin et fromage / Wine and cheese

Conférenciers / Speakers

Journée scientifique (18 mai 2007)

Liz Stirling, BSc (OT), MHSc
Directrice
Application des connaissances
Knowledge translation
Institut de recherche en santé du Canada
Canadian Institutes of Health Research
Ottawa, Ontario K1A 0W9

Claire Bombardier, M.D., FRCPC
Professor of Medicine, University of Toronto
Director, Division of Rheumatology,
University of Toronto
Senior Scientist, Institute for Work & Health and
University Health Network
Rheumatologist, Mount Sinai Hospital
Canada Research Chair in Knowledge Transfer
for Musculoskeletal Care
Toronto, Ontario M5G 2E9

Véronique Déry, M.D., M.Sc. (sciences cliniques)
Directrice générale et scientifique
Agence d'évaluation des technologies et des
modes d'intervention en santé (AETMIS)
Ministère de la santé et des services sociaux du
Québec
Montréal, (Québec) H3A 2S9

Bonnie Swaine, pht, Ph.D.
Professeure agrégée, Programme de
physiothérapie
École de réadaptation, Faculté de médecine
Université de Montréal
Chercheure, Centre de recherche
interdisciplinaire
en réadaptation (CRIR)
Institut de réadaptation de Montréal
Montréal, (Québec) H3S 2J4

Marie-José Durand, erg., Ph.D.
Professeure agrégée
Département de réadaptation
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke
Sherbrooke, (Québec)
Centre d'action en prévention et en réadaptation
de l'incapacité au travail
Longueuil, (Québec) J4K 5G4

Luc Noreau, Ph.D.
Professeur titulaire
Département de réadaptation
Université Laval
Centre interdisciplinaire de recherche en
réadaptation
et intégration sociale (CIRRIS)
Institut de réadaptation en déficience physique
de Québec
Québec, (Québec) G1M 2S8

Nicol Korner-Bitensky, erg., Ph.D.
Associate professor
School of Physical and Occupational Therapy
Faculty of Medicine – McGill University
Researcher, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du
Montréal métropolitain (CRIR)
Jewish Rehabilitation Hospital
Montreal, (Quebec) H7V 1R2

REPAR FRSQ

ASSEMBLÉE DES MEMBRES ET JOURNÉE SCIENTIFIQUE 2007

Les jeudi 17 mai et vendredi 18 mai 2007
Château Bonne Entente
3400, Chemin Sainte-Foy - Québec, Qc G1X 1S6
(418) 653-5221 / 1-800-463-4390

Formulaire d'inscription individuelle

Les frais d'inscription à l'Assemblée annuelle du **jeudi 17 mai 2007** et à la Journée scientifique du **vendredi 18 mai 2007** du Réseau sont de **30.00 $** pour les cliniciens et les étudiants, de **60.00 $** pour les membres réguliers, en émergence et associés et de **80.00 $** pour les non-membres. Ils comprennent la participation au symposium sur l'approche pragmatique et le souper du **jeudi 17 mai**, les repas (déjeuner, dîner), les pauses et le cocktail du **vendredi 18 mai**. Cependant, ils excluent les frais de déplacement, d'hébergement, de stationnement et tout autre frais de subsistance.

Nom : _____

Adresse professionnelle complète : _____

Ville : _____ Province : _____Code postal :_____

Téléphone : ( ) _____ Télécopieur : ( )_____

Courriel : _____

Statut :

Régulier : ☐ Émergence : ☐

Associé : ☐ Clinicien : ☐

Étudiant : ☐ Autres : ☐

Précisez :

Participation à l'approche pragmatique	Oui ☐	Non ☐
Participation à l'assemblée annuelle	Oui ☐	Non ☐
Participation au souper du 17 mai	Oui ☐	Non ☐
Participation à la Journée scientifique	Oui ☐	Non ☐
Participation au cocktail du 18 mai	Oui ☐	Non ☐

Vous pouvez transmettre votre inscription par courriel **repar.irm@ssss.gouv.qc.ca**, par la poste ou par télécopieur au (514) 340-2154 pour **le vendredi 20 avril 2007 au plus tard**. Les inscriptions tardives seront sujettes à la disponibilité des places.

Pour les frais d'inscription, veuillez, s'il vous plaît, libeller votre chèque à l'ordre de **l'Institut de réadaptation de Montréal a/s du REPAR** et l'envoyer en même temps qu'une copie de votre formulaire d'inscription :

Journée scientifique du REPAR 2007
Mme Diane Laperle /Bureau de coordination du Réseau
Institut de réadaptation de Montréal
6300, avenue Darlington
Montréal (Qc) H3S 2J4 (514) 340-2771

Notez que les informations relatives à l'hébergement se retrouvent sur notre site Web
www.repar.ca

Compétition 2007
Présentations par affiche

Prix d'excellence en recherche du REPAR

Introduction

Le Réseau provincial de recherche en adaptation réadaptation (REPAR) organise une compétition pour les présentations scientifiques par affiche qui sont réalisées lors de la journée scientifique annuelle. Cette compétition est accessible aux étudiants gradués de niveau maîtrise et doctorat, aux stagiaires post-doctoraux et aux cliniciens. Quatre prix sont remis à la fin de la journée scientifique annuelle soit un prix par catégorie énumérée précédemment.

But

Le but de ces prix est de stimuler et de reconnaître l'excellence de la recherche en adaptation réadaptation. Cette compétition offre une plateforme provinciale pour la diffusion des travaux de recherche et une opportunité de participer à un processus d'évaluation par les pairs.

Vous avez jusqu'au vendredi 20 avril 2007 pour nous transmettre un abrégé par courriel à l'adresse suivante : repar.irm@ssss.gouv.qc.ca

Vous trouverez les règlements relatifs à la présentation par affiche sur notre site Web (www.repar.ca)

REPAR
FRSQ

Journée Scientifique 2006

Le réseautage en réadaptation sur la scène canadienne
Networking in Rehabilitation on the Canadian Scene

Centre Mont-Royal - Montréal
Vendredi le 19 mai 2006

JOURNÉE SCIENTIFIQUE 2006

Le réseautage en réadaptation sur la scène canadienne
Networking in Rehabilitation on the Canadian Scene

08h30 – 09h00	Inscription / Registration
09h00 – 09h15	Mot de bienvenue / Welcoming address *Membres du Comité Organisateur / Members of Organizing Committee* *Sylvie Nadeau, Ph.D., Université de Montréal - Présidente* *Hélène Moffet, Ph.D., Université Laval* *Michel Tousignant, Ph.D., Université de Sherbrooke*
09h15 – 09h30	**Le réseautage en réadaptation sur la scène canadienne et le REPAR** **Networking in Rehabilitation on the Canadian Scene and REPAR** *Bertrand Arsenault, Ph.D.*
09h30 – 09h50	**The Disabilities Health Research Network of BC – The Trials & Tribulations of Being an Infant Research Network** *James Watzke, Ph.D.*
09h50 – 10h10	**The Ontario Rehabilitation Research Advisory Network** *Mary Ann McColl, Ph.D.*
10h10 – 11h10	Pause et visite des affiches des étudiants / Break and Students' Posters Visit
11h10 – 11h30	**Le Réseau Canadien Contre les AVCs à Votre Service** *Antoine Hakim, M.D.*
11h30 – 13h00	Dîner/Lunch
13h00 – 13h20	**The Alberta Provincial CIHR Training Program in Bone and Joint Health** *Michele Crites Battié, Ph.D.*
13h20 – 13h40	**The Quality of Life CIHR Training Program of McMaster University and University of British Columbia** *Joy MacDermid, Ph.D.*
13h40 – 14h20	Pause et visite des affiches des étudiants / Break and Students' Posters Visit
14h20 – 14h40	**Le Programme MENTOR : la prochaine génération de chercheurs en musculo-squelettique** *Hubert Labelle, M.D.*
14h40 – 15h00	**Un Programme de Formation Transdisciplinaire : programme des IRSC en prévention d'incapacité au travail** *Patrick Loisel, M.D.*
15h00 – 15h30	**Plénière et échanges avec les conférenciers / Panel** *Modérateur : Michel Tousignant, Ph.D.*
15h30 – 16h00	Remise des prix pour les affiches des étudiants et Mot de la fin Students'Awards for the poster presentations and Closing word. *Comité Organisateur/Organizing Committee*
16h00 – 17h00	Vin et fromages / Wine and cheese

JOURNÉE SCIENTIFIQUE 2006

Formulaire d'inscription individuelle

Les frais d'inscription à la Journée scientifique du **vendredi 19 mai 2006** du Réseau sont de 30.00 $ pour les cliniciens et étudiants et de 60.00 $ pour les membres réguliers, en émergence et associés et de 80.00 $ pour les non-membres. Ils comprennent les repas (déjeuner, dîner), les pauses, la participation à l'Assemblée générale annuelle (pour les membres) et au cocktail du **jeudi 18 mai**, aux conférences, au matériel didactique (résumés de conférences,…). Cependant, ils excluent les frais de déplacement, d'hébergement, de stationnement et tous autres frais de subsistance.

Nom : _____

Adresse professionnelle complète: _____

_____

Ville, province, code postal : _____

Téléphone : ( ) , poste

Télécopieur : ( )

Courriel : _____

Statut :

Chercheur régulier : ☐
Chercheur en émergence : ☐
Chercheur associé : ☐
Clinicien : ☐
Étudiant (précisez à quel cycle) : ☐
Autre (précisez) : ☐

Participation à l'Assemblée annuelle du jeudi 18 mai 2006 Oui ☐ Non ☐

Participation au Cocktail du vendredi 19 mai 2006 Oui ☐ Non ☐

Vous pouvez transmettre votre inscription par courriel **repar.irm@ssss.gouv.qc.ca**, par la poste ou par télécopieur au **(514) 340-2154** pour **le** mercredi 3 mai 2006 au plus tard. Les inscriptions tardives seront sujettes à la disponibilité des places.

Pour les frais d'inscription, veuillez, s'il vous plaît, libeller votre chèque à l'ordre de **Institut de réadaptation de Montréal a/s du REPAR** et l'envoyer en même temps qu'une copie de votre formulaire d'inscription :

Journée scientifique du Réseau 2006
Mme Diane Laperle /Bureau de coordination du REPAR
Institut de réadaptation de Montréal
6300, avenue Darlington
Montréal, (Québec) H3S 2J4

Notez que les informations relatives à l'hébergement se retrouvent sur notre site Web www.repar.ca

Conférenciers / Speakers

A.Bertrand Arsenault, Ph.D.
École de réadaptation, Faculté de médecine
Université de Montréal
Directeur scientifique
REPAR/FRSQ
Institut de réadaptation de Montréal
6300, avenue Darlington
Montréal, (Québec) H3S 2J4

Michele Crites Battié, Ph.D.
Professor and CRC in Common Spinal Disorders
Training Program in Bone and Joint Health
Faculty of Rehabilitation Medicine
University of Alberta
3-48 Corbett Hall
Edmonton AB T2N 4N1
Canada

James Watzke, Ph.D.
Co-director DHRN of BC
Dean, Applied Research
Director, Technology Centre &
Dr. Tong Louie Living Laboratory
British Columbia Institute of Technology
3700 Willingdon Avenue, NE 25, 3rd Floor
Vancouver, British Columbia
Canada V5G 3H2

Joy MacDermid, Ph.D.
Mentor,
The Quality of Life Program (CIHR)
Assistant Professor
School of Rehabilitation Science
McMaster University
1400 Main Street West 4th floor
Hamilton, Ontario
Canada L8S 1C7

Mary Ann McColl, Ph.D.
Board member, ORRAN
Associate Director, Research
Centre for Health Services & Policy Resea
Queen's University
Kingston, ON
Canada K7L 3N6

Hubert Labelle, M.D.
Professeur titulaire,
Chaire de recherche
en sciences du mouvement
Département de chirurgie
Université de Montréal et
CHU Sainte-Justine
Directeur
Programme MENTOR des IRSC
CHU Sainte-Justine
3175, chemin Côte Ste-Catherine
Montréal, (Québec) H3T 1C5

Antoine Hakim, M.D.
Professor & University Chair, Neurology
University of Ottawa
Director, Neuroscience Research
Ottawa Health Research Institute
CEO & Scientific Director
Canadian Stroke Network
Scientific Director
Heart & Stroke Foundation of
Ontario Centre for Stroke Recovery
451 Smyth Road, Room 3105E
Ottawa, ON K1H 8M5

Patrick Loisel, M.D., FRCSC
Directeur, Programme stratégique de formation des IRSC en prévention d'incapacités au travail
Centre de recherche et de formation en prévention d'incapacités (CREFOPI)
Faculté de médecine
Université de Sherbrooke
Campus Longueuil, Tour ouest
1111, St-Charles Ouest # 101
Longueuil, (Québec) J4K 5G4

Les Réseaux et Programmes de formation participant à cette journée
Participating Research Networks and Training Programs

The Canadian Stroke Network/Le Réseau canadien contre les AVC

www.canadianstrokenetwork.ca

The Disabilities Health Research Network (DHRN) of BC

www.msfhr.org/sub-funding-network-networks-disabilities.htm

The Ontario Rehabilitation Research Advisory Network (ORRAN)

www.orran.ca

Le Réseau provincial de recherche en adaptation réadaptation (REPAR/FRSQ)

Quebec Rehabilitation Research Network

www.repar.ca

The Alberta Provincial CIHR Training Program in Bone and Joint Health

www.boneandjoint-training.ca

Programme de formation des IRSC sur les troubles de la mobilité et de la posture (Mentor)

www.programmementor.ca

Programme stratégique de formation des IRSC en prévention d'incapacités au travail

www.usherbrooke.ca/wdp/index.html

The Quality of Life Program: A CIHR Training Program in Rehabilitation Research

www.fhs.mcmaster.ca/rehab/programs/mscrehabsci/QLP.html

Rehab_Watch

An information watch system as been developed by the Quebec Rehabilitation Research Network (REPAR/FRSQ). This information watch system consists of a bulletin, the "**Rehab_Watch**", containing all the new developments in rehabilitation classified according to the following sections: Events, News, Free Publications, Publications to purchase, Interesting Hyperlinks, and Echoes from the members. A direct online access link is provided under each of the elements included in these sections. In addition to providing a considerable amount of information on new knowledge in rehabilitation, this bulletin offers the possibility to exchange knowledge as well as make comments and suggestions via the "Echoes from the member's" section. The "**Rehab_Watch**" is produced every two weeks and sent electronically. To be on the mailing list, **you just have to subscribe at the following address**: **www.repar.ca** **by clicking on Rehab_Watch;** the subscription is free.

Réadap_Veille

Un système de veille informationnelle a été développé par le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation du Québec (REPAR/FRSQ). Ce système est composé d'un bulletin, le **"Réadap_Veille"**, contenant toutes nouvelles informations d'intérêt concernant la réadaptation. Le bulletin comporte les sections suivantes : Événements, Nouvelles, Publications gratuites, Publications payantes, Hyperliens d'intérêt et Échos des membres. Un lien direct d'accès en ligne est fourni sous chacun des éléments inclus dans ces sections. En plus de fournir une quantité considérable d'informations sur les nouvelles connaissances dans les domaines de l'adaptation et de la réadaptation, ce bulletin offre la possibilité d'échanger sur ces connaissances. Il permet également aux personnes qui le consultent d'émettre des commentaires et des suggestions par l'intermédiaire de la section "Échos des membres". Le **"Réadap_Veille"** est publié toutes les deux semaines et il est envoyé aux personnes qui en font la demande par courrier électronique. Pour être sur la liste d'envoi, **consultez le site du REPAR à l'adresse suivante :** www.repar.ca **et cliquez sur le lien Réadap_Veille**; l'adhésion au bulletin est gratuite.

Réseau provincial de recherche
en adaptation-réadaptation (REPAR)*
Quebec Rehabilitation Research Network
www.repar.ca

Réadap_Veille/Rehab_Watch

Bulletin de Veille Informationnelle/
Information Watch Bulletin

Développé dans le cadre de notre Plateforme technologique
Developed for our Technological Platform

*Un réseau thématique du / A research network of the Fonds de la recherche en santé Québec

Bulletin de Veille Informationnelle / *Information Watch Bulletin*

Le développement d'un système de veille informationnelle au sein des activités du REPAR s'inscrit dans le cadre du programme d'implantation d'une plateforme technologique, l'un des six programmes mis sur pied par notre Réseau thématique du FRSQ. L'objectif principal du programme d'implantation de la plateforme technologique du REPAR, dont fait partie le système de veille informationnelle, est de développer des projets visant à utiliser le site Web du Réseau comme une plateforme de transfert des connaissances. Ce système de veille informationnelle répond précisément à l'un des objectifs spécifiques de ce même programme soit celui d'établir des liens vers des sites Web portant sur la pratique fondée sur les données probantes.

Le système de veille informationnelle sur les nouveautés en recherche dans le secteur des sciences de la réadaptation s'intègre bien à la mission du REPAR et répond aux objectifs généraux du Réseau. Ceux-ci consistent, entre autres, à favoriser les échanges et collaborations entre les chercheurs sur les scènes provinciale, nationale et internationale, à maintenir et à développer des collaborations entre les cliniciens, les chercheurs et leurs étudiants ainsi qu'avec les gestionnaires de soins et enfin, à favoriser le transfert des connaissances scientifiques vers des applications pratiques en vue d'améliorer la condition des personnes présentant des incapacités.

Concrètement, la veille informationnelle consiste en un bulletin « Réadap_Veille » produit aux deux semaines et envoyé en version électronique. Pour figurer sur la liste d'envoie, **il suffit de s'inscrire à l'adresse suivante : www.repar.ca en cliquant sur Réadap_Veille**; l'abonnement est gratuit pour tous. Il n'y a donc aucune obligation à devenir membre du REPAR pour avoir accès au bulletin « Réadap_Veille ».

The information watch system was developed by REPAR for its Technological Platform program, one of six programs developed by our network, which is part of the thematic network of the FRSQ. The main objective of REPAR's Technological Platform program, of which the information watch system is a part, is to develop projects aiming to use the network's Web site as a knowledge transfer platform. This information watch system also meets precisely one of the specific objectives of this same program, namely to establish links to pertinent evidence-based practice Web sites.

The information watch system on rehabilitation research fits well with REPAR's mission and meets the network's general objectives. Among others, these objectives consist of promoting provincial, national and international exchanges and collaboration between researchers; maintaining and developing collaboration between clinicians, researchers and their students as well as with health care administrators; and finally, encouraging the transfer of scientific knowledge to practical applications in order to improve the condition of individuals with impairments.

Concretely, this information watch system consists of a "Rehab_Watch" bulletin produced every two weeks and sent electronically. To be on the mailing list, ***you just have to subscribe at the following address****:* ***www.repar.ca*** ***by clicking on Rehab_Watch;*** *the subscription is free for everyone. Therefore, there is no need to be a member of REPAR to have access to the "Rehab_Watch" bulletin.*

Le contenu du bulletin Réadap_Veille / *The content of the Rehab_Watch Bulletin*

Le bulletin « Réadap_Veille » comprend plusieurs sections décrites ci-dessous. Pour chacune d'entre elles, il est possible d'avoir accès à d'autres éléments non sélectionnés pour le bulletin en appuyant sur un bouton « autre ». Un lien d'accès direct en ligne se trouve sous chacun des éléments du bulletin. La langue originale des articles a été conservée pour les abrégés afin d'éviter toute erreur d'interprétation pouvant survenir par la traduction des textes. / *The "Rehab_Watch" Bulletin includes the following sections; for each of them, a "more" button provides access to other elements that have not been selected for the bulletin. A direct online access link is provided under each of the elements of the bulletin. The original language of the articles has been kept for the abstracts in order to avoid any possible error of interpretation produced by their translation.*

ÉVÉNEMENTS/*EVENTS* : Cette section inclut les symposiums, congrès et conférences à venir / *This section contains future symposiums, congresses and conferences.*

NOUVELLES/*NEWS*: Cette section regroupe toutes les nouveautés : projets de recherche, programmes d'exercices, programmes de subventions, revues scientifiques, sites Internet, banques de données... / *This section includes all the news: research projects, exercise programs, funding programs, scientific journals, Web sites, databases…*

PUBLICATIONS GRATUITES/*FREE PUBLICATION* : Cette section comprend une sélection parmi les nouvelles publications dans le domaine de la réadaptation offrant l'accès à l'article intégral / *This section presents a selection of the new publications in rehabilitation, providing access to the articles in their entirety.*

PUBLICATIONS PAYANTES/ *PUBLICATIONS FOR PURCHASE*: Cette section inclut une sélection parmi les nouvelles publications dans le domaine de la réadaptation permettant l'accès à la source de l'article et/ou à l'abrégé / *This section includes a selection of the new publications on rehabilitation, providing access to the source of the article and/or the abstract.*

HYPERLIENS D'INTÉRÊTS/*INTERESTING WEBSITES*: Cette section permet d'accéder à différents liens vers d'autres sites Web d'intérêts, des nouveaux guides de pratiques, des nouvelles ressources d'informations, d'autres associations dans le domaine de la réadaptation... / *This section contains different links to other Web sites of interest, to new practice guidelines, to new sources of information, to other rehabilitation associations…*

ÉCHO DES MEMBRES/*ECHOES FROM THE MEMBERS*: Cette section est réservée aux commentaires ou suggestions des lecteurs du bulletin via l'adresse suivante : veille_repar@ssss.gouv.qc.ca et permet un accès direct à la page d'accueil du portail du REPAR afin de connaître les nouveautés (bourses octroyées, nouveaux projets subventionnés, informations sur les différents programmes…) / *This section is reserved for the readers' suggestions or comments by writing to the following address:* watch_repar@ssss.gouv.qc.ca *and provides direct access to REPAR's home page in order to keep the readers posted on the network's news (scholarships granted, new funded projects, information on the different programs…).*

Principaux mots clés guidant la recherche de la Veille Informationnelle/ *The Information Watch's main research keywords*

Activités de la vie quotidienne
Conduite automobile
Équilibre et contrôle postural
Biomécanique et analyse du mouvement
Atteintes cérébrovasculaires (hemiplégie)
Recherche clinique en soins infirmiers
Diagnostic et interventions
Personnes âgées et réadaptation
Santé publique et environnementale
Épidémiologie
Ergonomie
Pratique basée sur les données probantes et guides de pratique
Exercice
Chutes (prévention, conséquences et traitement)
Marche et analyse des tâches fonctionnelles
Soins de la santé (services, qualité, accessibilité et évaluation)
Troubles auditifs et réadaptation
Traumatismes et blessures
Interdisciplinarité
Transfert des connaissances
Troubles du langage et de la communication
Troubles musculo-squelettiques
Troubles neurologiques et manifestations
Troubles neuromusculaires
Neuropsychologie
Maladies professionnelles
Orthopédie
Ergothérapie
Mesures et outils d'évaluation standardisés
Douleur
Physiothérapie
Adaptation psychologique
Qualité de vie
Traitements respiratoires
Réadaptation et soins infirmiers
Échelles, sondages, scores et indices
Médecine sportive
Troubles somatosensoriels
Troubles de la moelle épinière
Statistiques
Résultats thérapeutiques
Troubles de la vision et réadaptation
Incapacités liées au travail

Activities of daily living
Automobile driving
Balance and postural control
Biomechanics and movement analysis
Cerebrovascular disorders (hemiplegia)
Clinical nursing research
Diagnosis and interventions
Elderly population and rehabilitation
Public and environmental and health
Epidemiology
Ergonomics
Evidence-based practice and practice guidelines
Exercise
Falls (prevention, consequences and treatment)
Gait and functional task analysis
Health care (services, quality, accessibility and evaluation)
Hearing disorders and rehabilitation
Injuries
Interdisciplinary communication
Knowledge transfer
Language and communication disorders
Musculoskeletal disorders
Neurological disorders and manifestations
Neuromuscular diseases
Neuropsychology
Occupational diseases
Orthopaedics
Occupational therapy
Outcome measures and standardized measurement tools
Pain
Physical therapy
Psychological adaptation
Quality of life
Respiratory therapy
Rehabilitation and nursing
Scales, surveys, scores and indices
Sports medicine
Somatosensory disorders
Spinal cord diseases
Statistics
Treatment outcome
Vision disorders and rehabilitation
Work disability