

Science et conscience

"En France, où la parole est d'or, l'homme qui se tait, socialement, se tue." Les paroles de Daninos s'appliquent dans nos cadres canadiens-français où l'avenir est à ceux qui ont le verbe haut.

L'Université de Montréal, depuis déjà huit ans, veille à l'intégration sociale des handicapés de l'ouïe et de la parole en formant des orthophonistes et des audiologistes. Malgré ces huit ans de vie, l'intérêt de la population étudiante pour cette profession ne s'est pas encore déclaré. On en ignore même la dénomination. Bien

ORTHOPHONIE- AUDIOLOGIE

que la patience est une des qualités primordiales de l'orthophoniste et de l'audiologiste, elle a des limites. C'est pourquoi, en bons apôtres, nous vous éclairerons sur le parfait orthophoniste et audiologiste par ces commandements.

I—Ce qu'est l'orthophonie :

- 1—Orthophoniste tu seras
Si tu t'intéresses au
[langage déficient.

- 2—Examen et rééducation tu feras
Tenant compte de la
[personnalité de ton patient.
3—Se faire comprendre d'autrui à
[ton patient apprendra
Par la parole et
[l'écriture tout autant.
4—Sa communication tu amélioreras
Pour que dans la vie
[il trouve de l'agrément.
5—A la base d'anomalies
[souvent tu détecteras
Une surdité sur laquelle
[tu agiras sciemment.

II—Ce qu'est l'audiologie :

- 6—Les déficiences auditives
[tu évalueras
Pour indiquer un bon traitement.
7—De la solitude tu les éloigneras
En les ajustant prothétiquement.
8—La lecture labiale tu conseilleras
Aux sourds atteints
[plus profondément.

III—Qualifications :

- 9—Un baccalauréat ou baccalauréat
[tu posséderas
Pour satisfaire au règlement.
10—Une connaissance du français
[on exigera

Mais la langue de
[Shakespeare te sert souvent.

- 11—Pendant deux ans tu peineras
Avant de devenir maître
[dans cet art exigeant.

IV—Études :

- 12—A l'étude du corps tu joindras
Une connaissance de
[l'esprit parallèlement.
13—Dans la théorie des "P"

[on te versera :
Pathologie Physique
Pédiatrie Physiologie
Phonétique Psychiatrie
Psychologie

Et en anatomie plus
[spécialement (180 heures).

- 14—En seconde année on détaillera
Les notions d'ortho. et d'audio.
[vues alors succinctement :

—Aphasie,
—Bégaiement,
—Diversion palatine,
—Troubles vocaux,
—Odontologie,
—Audiométrie expérimentale.

- 15—Par des séminaires
[tu communiqueras

Le fruit de tes recherches
[dans les documents.

- 16—Par les stages puis l'internat
[tu te prépareras
A devenir plus compétent.
17—Un mémoire tu composeras
Sur un aspect qui t'intéresse
[personnellement.

V—Qualités :

- 18—En bon pédagogue et
[psychologue tu t'affirmeras
En présentant un
[sourire réconfortant.
19—L'enthousiasme chez toi débordera
Ton équilibre personnel
[sera rassurant.
20—Initiative et objectivité
[tu montreras
Dans les responsabilités
[et tes jugements.

VI—Conclusion :

Oeuvre humanitaire tu réussiras
Si l'amour d'autrui est ton
[premier commandement.

Rachel TARDIF,
Danielle FOURNIER

L'ERGOTHÉRAPIE EN MÉDECINE PHYSIQUE

La plus importante de nos ressources naturelles est le capital humain. La société a besoin de la participation active de tous ses membres, y compris les handicapés physiques. C'est une exigence de notre civilisation moderne.

Pour répondre adéquatement à cette nécessité, plusieurs modalités thérapeutiques se sont formées dans le but de favoriser la restauration de l'individu atteint d'un handicap physique. L'ergothérapie en est une. Plus précisément, l'ergothérapie en médecine physique réintègre dans les cadres de la communauté des milliers d'handicapés, ceci en étroite collaboration avec le médecin, l'infirmière, le travailleur social, la physiothérapeute, l'orthophoniste, le psychologue, le prothésiste, le conseiller professionnel et l'agent de placement.

Tout handicap physique suppose une fonction vitale limitée et un état de dépendance plus ou moins accentué chez l'individu. A cet effet, l'ergothérapie

s'engage à développer le maximum d'indépendance chez l'handicapé physique. Par la suite, celui-ci devient en mesure de faire face aux exigences de la vie quotidienne comme manger, s'habiller, utiliser les transports communs. Conséquemment, le complexe d'infériorité qui l'affecte dans la plupart des cas s'atténue et souvent même disparaît.

Dans les cas nécessitant une prothèse, l'ergothérapeute se charge de l'entraînement à la prothèse. A remarquer, les handicaps au membre supérieur sont plus fréquents qu'au membre inférieur. Si les deux membres sont atteints, l'entraînement à la prothèse du membre supérieur est résolu en premier lieu. Le traitement du membre inférieur et la rééducation à la marche font suite.

Pour développer ses capacités manuelles au membre supérieur, on a recours à des activités telles que le travail du bois, du métal, le tissage, l'imprimerie, les jeux récréatifs et éducatifs.

Ces occupations thérapeutiques, tout en répondant au goût du patient constituent un élément de ré-adaptation et de thérapie.

En ce qui a trait au membre inférieur et à l'éducation de la marche, les barres parallèles et des pratiques régulières s'avèrent très efficaces.

Fait à noter, les enfants atteints d'un handicap physique semblent se développer plus vite que les enfants normaux au point de vue émotif, intellectuel et sociologique. Il faut en conclure que l'ergothérapie constitue de plus pour eux, une excellente maternelle.

L'ergothérapie c'est un enfant de la thalidomide, c'est un unijambiste, c'est un handicapé quelconque qui retrouve le goût de vivre et une existence normale malgré toutes ses limitations.

Pour nous, les étudiantes, l'ergothérapie c'est la jeunesse... la satisfaction... et une existence riche.

Diane BELANGER



Spasticité involontaire bucco-faciale d'origine psycho-traumatique (notre cher drapé).

Un p'tit bras électrique

Les Russes jubilent !... Ils affirment que leur prothèse bio-électrique est employée avec succès par 125 patients. Ce fait a été observé, des démonstrations ont été faites en Russie et en Angleterre. Un comité médical de l'Institut de Réhabilitation, ayant en tête le Dr Gustave Gin-gras, se rendit à ces deux endroits, en juillet dernier, pour obtenir de plus amples renseignements concernant cette précieuse invention.

"LA PATENTE..."

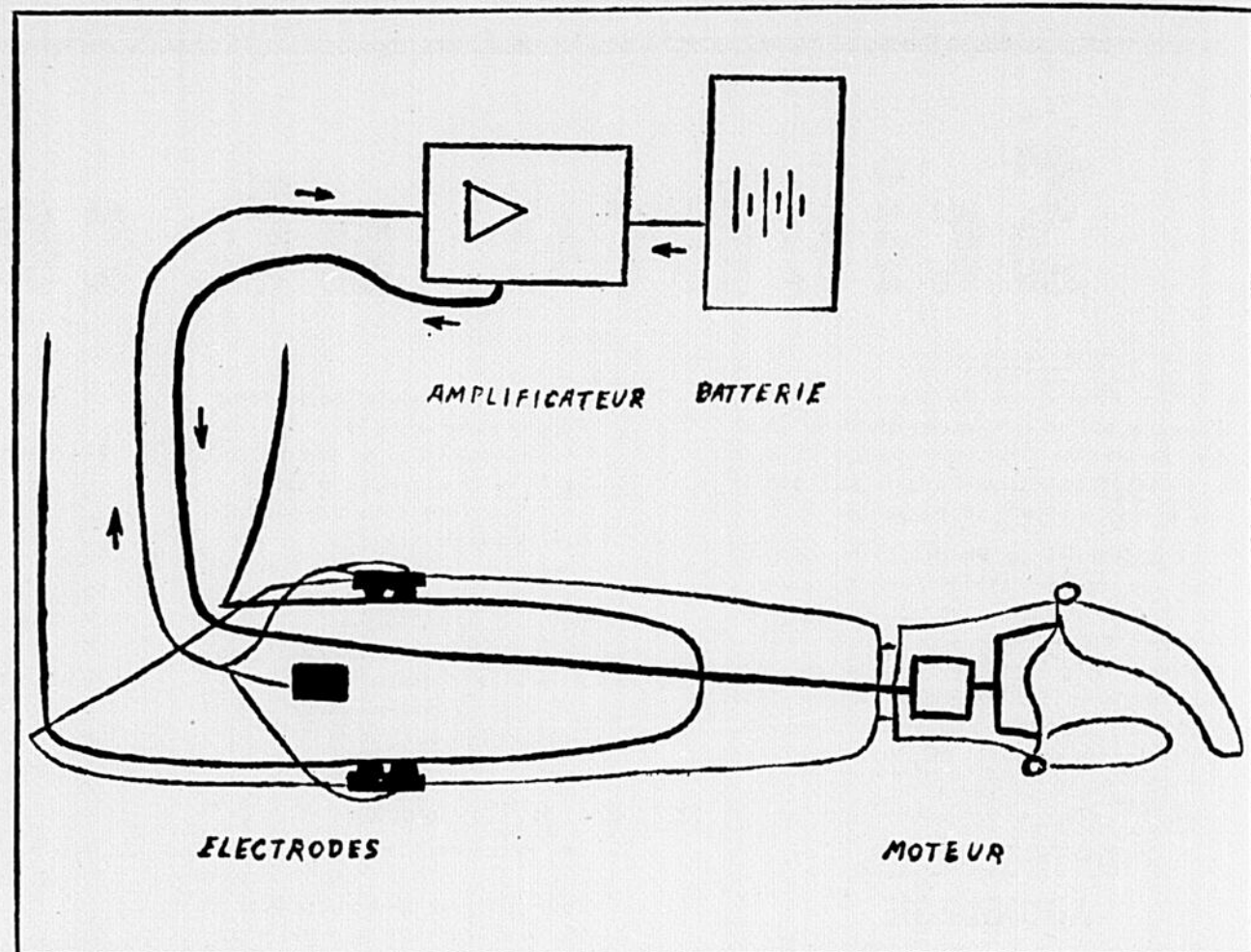
La constituante des forces actives de l'appareil est située dans la main; une loge de la région du poignet contient le moteur conducteur. Celui-ci produit un mouvement de préhension simple, avec une force maximum de 15 kgs. utilisable par les doigts.

Le contrôle est fait par des signaux myoélectriques recueillis à l'aide de deux électrodes placés en contact avec les muscles qui commandent le mouvement. Les signaux sont amplifiés par un transistor amplificateur miniature. Celui-ci est actionné par une simple contraction des muscles.

Le gant qui recouvre la main est fait d'un caoutchouc semi-élastique, qui, selon les Russes, dure environ un mois. Sa couleur s'apparente à celle de la peau. Deux petites piles sont transportées dans des petits sacs solidement attachés à une ceinture que le sujet doit porter.

Quand l'amputé emploie la contraction statique d'un muscle du moignon sans le ressort de mouvements de substitution, il a l'impression d'effectuer le mouvement de préhension avec ses propres mains. Il est cependant nécessaire que l'amputé soit capable d'isoler les contractions de deux, quatre ou six muscles de son moignon.

C'est au département d'ergothérapie qu'il sera entraîné à ce contrôle musculaire par des activités graduées et spécifiques.



La prothèse bio-électrique est esthétiquement acceptable et ses opérations sont satisfaisantes. Sa réponse est rapide et ses arrêts se font presque instantanément. Mais à chaque mouvement de la main on entend un sifflement produit par l'amplificateur. Certaines mesures devront être prises pour enrayer ce bruit agaçant.

La recherche sur ce bras est toujours en cours. On devra adapter cet appareil, aux femmes et aux enfants. Le seul mou-

vement que cette prothèse permet est la préhension et le relâchement du mouvement. La pronation, supination, flexion et extension du poignet seraient très désirables.

Il y a donc de très grandes améliorations à y apporter. On est très conscient de ce problème à l'Institut de Réhabilitation et on y travaille très activement.

Raymonde BOISLARD

LA PHYSIOTHÉRAPIE, CA N'EST PAS LES CHIROPRACTIENS

On a trop souvent parlé de physiothérapie comme se résolvant en certaines techniques de massage ou comme s'identifiant au travail exercé par un certain Bill Head ou même par des chiropractiens.

Ne vous en déplaise messieurs les étudiants mais cette branche de la Réhabilitation qu'est la physiothérapie n'a pas été conçue uniquement pour vos muscles endoloris et encore moins pour accomplir à la chaîne de gentils petits chefs-d'œuvre de guérison miraculeuse. C'est beaucoup plus que cela. Sa raison d'être ne se confine pas dans ses moyens (massage, etc.) qui vous semblent pourtant bien intéressants, mais dans un but qui justifie son application c'est-à-dire, l'indépendance des patients.

L'indépendance est un bien essentiel de l'homme. Privé de cette indépendance physique ou psychologique, l'homme ne peut plus réaliser son potentiel vis-à-vis lui-même et la société. C'est donc en se référant à la nature même de l'homme et ses besoins que la physiothérapie a

été établie le bien-fondé de ses fonctions.

Dans les cas graves (paralysie, paralysie cérébrale, etc.) où un handicap important et permanent est envisagé par l'équipe médicale, le premier travail de la physiothérapeute sera de faire accepter par le patient cet handicap pour qu'ensuite il puisse développer ses possibilités à l'encontre de celui-ci. Cette acceptation des limites physiques se réalisera d'abord par l'intermédiaire de la physiothérapeute, dans sa compréhension des problèmes de l'handicapé et dans son intérêt pour l'aider à les résoudre. Le contact humain est primordial à cette phase et une attitude de froideur ou de surprotection ne viendra qu'augmenter le déséquilibre et la tension psychiques qui entraveront par la suite l'évolution du patient vers son indépendance.

Un moyen très efficace pour atteindre la même fin est d'intégrer le patient à une classe, terme employé en physiothérapie pour désigner un groupe de malades affectés d'un handicap

semblable et travaillant ensemble sous la direction d'une physiothérapeute. Le patient se rend alors compte de ce que les autres ont pu réaliser quoique souffrant d'une affection aussi grave que la sienne; ceci est un facteur important dans l'ajustement du patient vers une réhabilitation possible. En acceptant leur handicap, certains doivent aussi accepter d'être aidés pour certaines activités que leur infirmité rend impossibles. Tant que le patient n'a pas accepté les limites posées par son infirmité, il ne pourra pas envisager une fonction épanouie de son potentiel.

La physiothérapeute dirige alors l'handicapé vers une indépendance plus pratique et précise. Son travail sera de développer sa capacité physique maximum par des exercices et des activités adaptées à la progression de la fonction et de l'endurance du patient.

Si le patient a désormais à se déplacer au moyen de béquilles et de chaise roulante, la physiothérapeute en favorisera l'adaptation en reproduisant pour lui

des situations analogues à celles qu'il rencontrera chaque jour et en lui enseignant les moyens les plus simples et les moins épuisants pour y parvenir.

Ce programme s'étend souvent sur une période très longue de traitements, et l'on peut s'imaginer alors la somme de courage, de persévérance et de maturité que l'handicapé doit produire pour atteindre une indépendance positive. Ainsi nanti d'une conscience lucide de ses limites et d'une indépendance maximum par rapport à une incapacité qu'il a cru pour un moment insurmontable, l'handicapé est un être humain non plus dépendant, mais un membre utile et effectif de la société.

La Physiothérapie s'intéresse aussi à des conditions moins graves, ne laissant qu'un handicap temporaire. Ceci est le cas des fractures, lésions vasculaires et nerveuses, douleurs musculaires, etc. Pour rétablir l'indépendance de ces patients, la physiothérapeute aura à user de diffé-

rentes techniques pour diminuer la douleur, prévenir ou corriger les difformités secondaires à une impotence temporaire et augmenter la force musculaire partiellement affectée.

Une vaste gamme de traitements vous sont offerts, messieurs et mesdames, pour vous permettre de bénéficier de nos soins les plus attentifs et dévoués. Vous verrez alors que les qualités d'une bonne physiothérapeute ne se limitent pas à sa jolie frimousse, mais encore à une compétence réalisée et à un sens unique d'organisation et de système "D", et à une patience toute angélique malgré vos doléances de malades torturés. Et votre reconnaissance n'aura plus de bornes envers cette physiothérapie dont vous connaissiez si maigrement les valeurs. Peut-être aurez-vous alors tout de même droit à un massage (enfin!) énergique.

Lorraine CHOQUETTE
Danielle BOURASSA
Réjeanne JUTRAS

Orthophonie et audiologie

...du pain sur la planche

"Orthophonie et Audiologie" sont certainement des termes qui suscitent la curiosité des gens. Qu'est-ce que ces mots bizarres? "Qu'est-ce qu'ils mangent en hiver ces gens-là?"

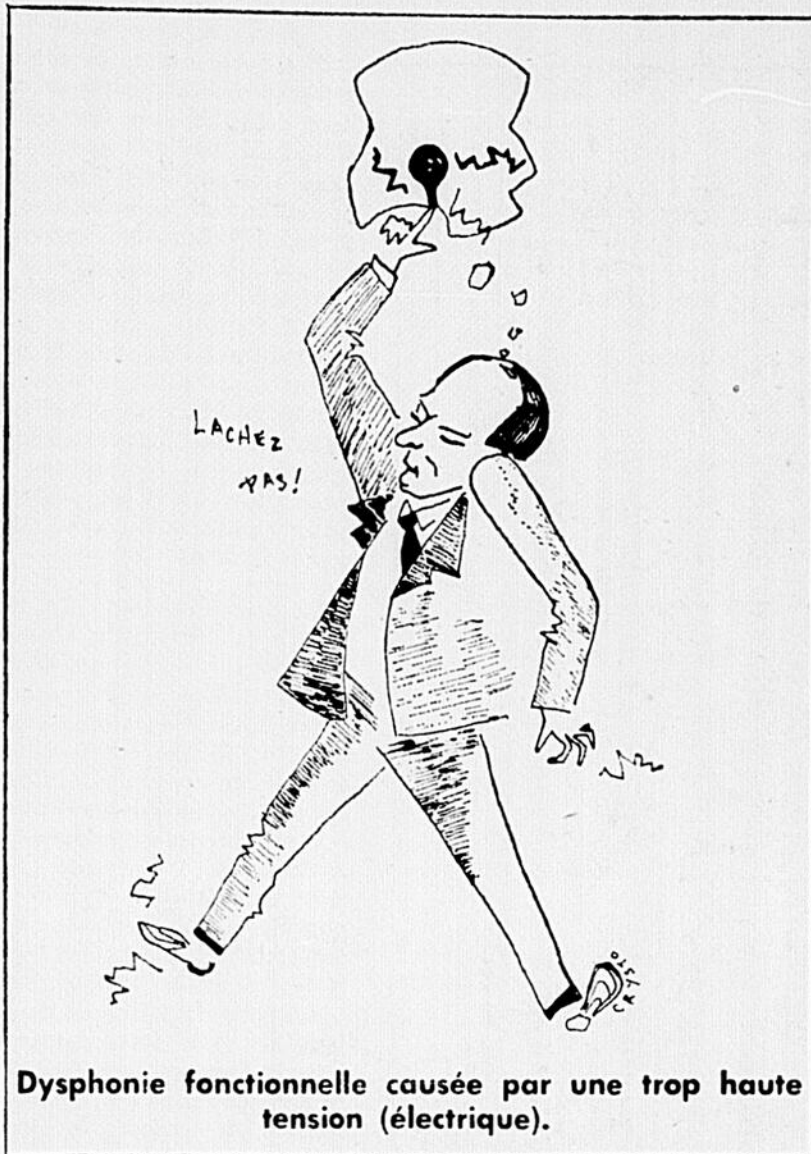
Eh bien les orthophonistes et audiologistes ne manquent pas de pain sur la planche... le travail est abondant car il existe de nombreux troubles de la communication, autant sur le plan verbal qu'auditif.

Décrire tous les troubles qu'un orthophoniste et audiologiste pourraient rencontrer, représenterait une tâche fastidieuse. Il serait cependant intéressant de vous en nommer quelques-uns afin de donner une idée du travail du thérapeute.

Les troubles d'articulation sont assez fréquents, chez les enfants, surtout; tous les sons peuvent être déformés; celui qui zézaie par exemple, pourra défigurer complètement le son "s" et en arriver à prononcer ainsi: "J'aime les thuthons, la thoupe et le poithon."

Le bégaiement est un des troubles du rythme le mieux connu; il existe en effet peu de gens qui ne puissent se figurer ce qu'est la p-p-p-parole d'un b-b-b-bègue. Ce désordre peut être amélioré grâce à des traitements orthophoniques; c'est d'ailleurs un champ de recherche où de nombreux travaux ont été entrepris. On rencontre parfois chez les enfants des retards de langage; malgré la simplicité apparente de ce terme il ne faut pas se leurrer car un arrêt ou une diminution dans le développement du langage est un désordre qu'on ne doit pas négliger.

L'aphasie qui se caractérise par une perte de l'expression et de



la formulation symbolique, est consécutive à une lésion au cerveau; ainsi l'aphasique sévèrement atteint peut être complètement impuissant à composer un mot, au niveau de la parole et de l'écriture. Et pour ceux qui aiment les exemples: Trousseau, auteur de traités sur l'aphasie,

nous rapporte qu'un malade qui avait subi une atteinte au cerveau et qui était complètement paralysé du côté droit, se bornait à répéter cette locution: "Cou si si, Cousisi."

A date nous avons surtout décrit des troubles en rapport avec le travail de l'orthophoniste; l'au-

diologiste a aussi une tâche très importante; une personne dont l'ouïe est très déficiente ne sera pas capable d'entendre assez bien pour parler de façon compréhensible et ses capacités d'écoute seront naturellement très diminuées.

L'audiologiste a la charge de tester l'audition du patient, de faire de l'entraînement auditif et de lui fournir un appareil adéquat si besoin il y a. L'audiologie est un domaine riche en perspectives et favorable à la recherche scientifique.

Ces deux domaines impliquent des contacts humains, échanges enrichissants; ce ne sont pas d'arides sciences de laboratoire; et sans vouloir tomber dans le pathétique et le lieu commun, il nous semble que c'est peut-être cet élément humain qui manque à plusieurs des sciences spécialisées de ce siècle.

Nous avons décrit brièvement quelques pathologies que les thérapeutes de cette science ont à traiter, il nous reste à voir dans quels lieux peut se faire ce travail. Quels sont les débouchés de l'orthophoniste et l'audiologiste? A date les hôpitaux représentent l'endroit où s'acheminent la plupart des diplômés. Pendant la dernière année universitaire nous avons l'occasion de faire des stages dans bon nombre d'hôpitaux de Montréal; ces stages nous permettent d'acquérir une formation pratique et par la même occasion de juger du fonctionnement et de l'atmosphère de ces derniers.

Les centres de réadaptation représentent un autre débouché; ils deviendront probablement à l'avenir plus nombreux; l'Institut de Réhabilitation sur la rue Darling-

ton, est aujourd'hui l'un des plus connus pour la qualité et l'efficacité de ses divers services de réadaptation.

La pratique privée est une autre ouverture qu'il ne faut pas omettre; peu d'orthophonistes et audiologistes s'y adonnent mais nous croyons qu'avec l'augmentation des effectifs elle deviendra plus fréquente.

La recherche est un élément important pour toute science; les centres, dans ce domaine, sont nombreux aux Etats-Unis, ils fonctionnent le plus souvent au sein des universités; certains projets de recherche cependant commencent à prendre de l'envergure dans le Québec.

Dans cette optique il nous faut mentionner que si le degré de PH.D. n'est pas encore décerné ici au Québec, il existe des universités américaines peu éloignées qui offrent des cours à ce niveau.

Pour l'orthophoniste et l'audiologiste d'expérience il est aussi possible de faire carrière dans l'enseignement, à temps plein comme à temps partiel.

Cette profession s'allie d'ailleurs très bien à un travail à temps partiel; la femme mariée y trouvera donc de grands avantages, car elle peut ainsi concilier son travail d'orthophoniste ou d'audiologiste avec les soins de ses enfants et de la maison.

Parmi les débouchés possibles il est à noter aussi que la Commission des Ecoles Catholiques de Montréal formera bientôt un service d'orthophonie et d'audiologie qui drainera une grande partie des thérapeutes car les besoins sont très grands au niveau des écoles.

Nicole LEMAN

Du centre social à Ottawa:

réhabilitez-moi!

VENDREDI SOIR, 9 HEURES, 4^e ETAGE CENTRE SOCIAL

Tout est calme: les hommes sont sobres, les femmes sont seules.

Première danse: mutisme (traitable en Orthophonie).

Deuxième danse: bégaiement (traitable en Orthophonie).

Troisième danse: un dialogue timide-ment s'établit:

—Il y a du monde ici ce soir!

—Oui, pas mal.

—Dans quelle Faculté es-tu?

—A l'Ecole de Réhabilitation.

—Ah oui! en Sciences Sociales pour les délinquants.

—Pas exactement, ça fait partie de la faculté de Médecine.

—Ah! je vois.

Il ne comprend pas plus qu'il ne voit et il n'y voit absolument rien.

C'est là une situation grave et tellement fréquente, qu'on a cru de première

importance de mener une enquête: sondage dans lequel on demandait à certains étudiants (ne pas confondre avec étudiants certains) ce qu'ils savaient de l'Ergothérapie, de la Physiothérapie, de l'Orthophonie et de l'Audiologie.

Avant d'énumérer les résultats de cette enquête, nous tenons à souligner la collaboration de la plupart des ignorants, pardon... des étudiants interrogés. Je dis la plupart, car certains de ces messieurs semblaient craintifs ou du moins réticents de converser avec une inconnue. Pourtant, je connais certains mathématiciens qui n'hésitent pas, surtout une veille d'examen à passer la nuit entière sur des inconnus...

Référent au fait que la plupart des gens jugent les autres d'après eux-mêmes, une classification s'établit comme suit: —Ceux qui ont une âme de musicien, c'est-à-dire qui s'adonnent à l'étude des gammes (gamètes) et accords (à corps):

Physiothérapie: des mains qui me caressent partout;

des taponneuses, des sortes de chiro.

—Ceux qui se tiennent toujours au courant (risque de choc):

Orthophonie: réparation de tourne-disques; étude spécialisée des stéréos; téléphoniste spécialisée.

—Ceux qui sont conscients qu'en tout homme sommeille une bête:

Ergothérapie: faire soigner les pattes des poules par les vétérinaires.

Certaines réponses pourraient s'apparenter à la définition de l'homme:

—On sait comment ça se patente, mais on ne sait pas ce que c'est.

—L'ergothérapie, c'est un animal qui a deux pattes.

Pour mieux vous situer dans le contexte, voici quelques extraits tirés des archives d'orthophonie et d'audiologie:

Cas vital:

"J'ai besoin d'aide. Je bégaié quand je fais l'amour."

"Choisissez: ne faites plus l'amour ou faites l'amour sans parler."

Cas d'actualité:

—Le bégaiement de la pensée d'Emilien et de Bona: pronostic sombre.

—Les troubles d'articulation des partis.

—Les troubles de voix discordantes au fédéral.

—Les difficultés de bilinguisme de la Gendarmerie Royale.

—Le dialecte incompréhensible du chef de l'opposition and many others...

Conditions d'admission en orthophonie:

—Posséder quelques rudiments linguistiques dans les langues les plus connues au Québec, telles que l'Annamite, le Cafre et le Zoulou.

—Ne pas être trop allergique au monde, en d'autres mots "être ouverte à tous"; cela permet une meilleure communication avec le patient...

Cécile DESCHENES,
Christiane LAMY

Opération thalidomide

L'Institut de Réhabilitation s'en mêle

C'est ainsi que se nomme le projet de réadaptation des enfants de la thalidomide actuellement en cours à l'Institut de Réhabilitation de Montréal. Ce Centre fut choisi par le gouvernement canadien pour effectuer ce plan de traitement vu l'efficacité de ses méthodes dans la réhabilitation antérieure d'enfants handicapés.

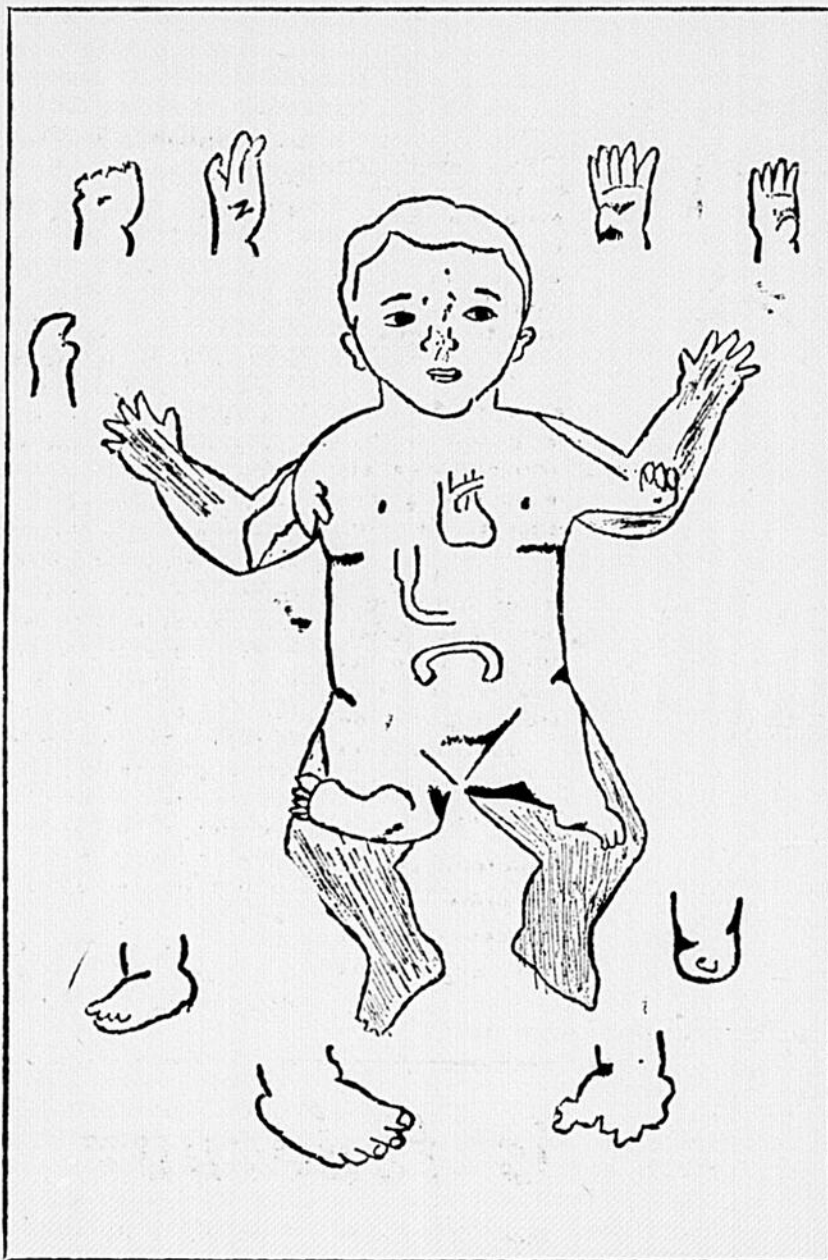
Le coût du projet est défrayé par le gouvernement fédéral. L'Institut reçoit tous les enfants de l'est du Canada. Un hôpital de Toronto a été désigné pour les enfants du centre du Canada et un autre à Winnipeg pour les enfants de l'ouest.

A date, 35 enfants qui ont actuellement entre 2 et 3½ ans ont été évalués à l'Institut et traités lorsque leurs malformations occasionnaient des troubles fonctionnels.

Les symptômes

Le syndrome thalidomide est caractérisé par un retard massif du développement des membres bilatéralement ou des quatre membres. Ordinairement, les deux membres atteints le sont de difformités semblables. On note aussi des rougeurs sur le front, le nez et la lèvre supérieure.

Les yeux sont largement écartés du nez, les oreilles sont basement situées et déformées et le nez est légèrement aplati. Une grande variété d'autres anomalies sont associées tel que des malformations du cœur, du tube digestif ainsi que des doigts. Ces enfants sont d'intelligence normale. Plusieurs anomalies bilatérales des membres sont plus marquées au membre supérieur qu'au membre inférieur. Dans la moitié des cas le membre inférieur n'est pas atteint.



Le traitement

L'enfant à qui il manque plusieurs membres possède un désavantage mécanique qui l'empêche de progresser aussi rapidement que les autres à travers les stades normaux du développement neuro-musculaire. De plus, il doit

travailler plus fort et dépenser beaucoup plus d'énergie que l'enfant normal afin de déambuler ou d'accomplir les activités de la vie quotidienne. C'est pourquoi il est nécessaire d'augmenter sa coordination, d'améliorer sa force musculaire et sa condition physique générale.

Il est important de délier et renforcer les extrémités des membres déficients car ces articulations et structures drôlement formées pourront être la source de puissance motrice qui activera la prothèse. Toute cette préparation au port de la prothèse se fait dans le département d'ergothérapie. Les autres phases du traitement auront lieu dans le même département afin que les enfants demeurent dans un milieu connu et ne changent pas de thérapeute. D'ailleurs les thérapeutes sont aussi qualifiées en physiothérapie qu'en ergothérapie ayant fait un cours combiné.

La première étape du traitement sera l'évaluation et ensuite l'ajustement d'une prothèse ou d'une orthèse (appareil corrigeant une déformation et facilitant ainsi le mouvement dans une articulation existante). C'est pour cet ajustement que quelquefois il faudra procéder à une amputation d'un segment de membre. On ampute ces enfants le moins souvent possible. Ordinairement, on amputera le pied déformé si les bras et les mains de l'enfant sont intacts pour la manipulation des béquilles et le port de prothèses pour le membre inférieur. Si les bras et les mains de l'enfant sont atteints on conserve le pied déformé car il pourra servir à activer une prothèse au gaz carbonique.

On fabrique des prothèses avec crochet et câble conventionnels mais l'emboîtement pour l'extrémité, l'épaule ou la hanche est spécifiquement ajusté à chaque enfant.

Un stade pré-prothétique précède le port de la prothèse. On habitue l'enfant à un emboîtement temporaire et similaire à l'emboîtement de sa prothèse. Un emboîtement pour les deux hanches est placé sur une planche à

roulettes ou sur des berces. D'autres emboîtements temporaires sont lacés sur la cuisse et fixés sur des pilons.

Lorsque l'enfant commence à utiliser sa prothèse, il doit graduellement être entraîné à la marche entre des barres parallèles ou en poussant un carrosse. L'entraînement à la prothèse du membre supérieur est dirigé vers les activités de la vie quotidienne comme manger, s'habiller et jouer et plus tard vers des activités scolaires. Un autre problème se pose au membre supérieur; pour la plupart ces enfants n'ont pas de pouce et on doit leur enseigner à utiliser la pince latérale.

Il existe maintenant un autre genre de prothèse que l'on appelle à pouvoir externe. Le crochet, le poignet et le coude sont activés par un système de valve et piston relié à une bombonne de gaz carbonique. Cette prothèse requiert un minimum d'énergie car une légère pression suffit pour déclencher le mécanisme. C'est cette prothèse qui permettra à l'enfant sans jambe ni bras de marcher.

À l'âge pré-scolaire l'enfant aura besoin d'un nouvel ajustement ou d'une nouvelle prothèse tous les ans. De 5 à 12 ans ce changement devra être fait à tous les 18 mois; durant l'adolescence, tous les 2 ou 2½ ans.

Ainsi ces enfants seront suivis par l'Institut jusqu'à la fin de leur croissance. Ils seront alors suivis au besoin par un psychologue, un psychiatre et un travailleur social. Ils seront principalement dirigés par un conseiller vocationnel qui guidera leur entraînement professionnel.

Françoise DURANLEAU.

L'ERGOTHERAPIE ET LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE MENTALE

Une des fonctions de l'ergothérapie est de découvrir le diagnostic des patients; ceci est fait à l'aide du test appelé "la batterie Azima". Ce test consiste en l'emploi d'une série de médiums favorisant la projection, soit: le dessin, la peinture digitale et le modelage de la terre glaise. Justement ces médiums ont été choisis parce qu'ils favorisent la relation objective ainsi que la projection. Toute personne manifeste son dynamisme interne, sa personnalité à travers ses oeuvres, sa façon d'agir, de penser et par conséquent à travers l'objet et à travers ce test employé en ergothérapie. Le patient révèle donc sa personnalité dans ce test, de même que sa pathologie, car toutes les manifestations plus ou moins importantes de l'être humain révèlent le principe originel de sa personnalité.

Ce test comprend trois phases:

1. Une phase d'expression libre c'est-à-dire que le patient fait ce qu'il veut avec les médiums mis à sa disposition.
2. Une phase d'association libre c'est-à-dire que le patient verbalise sur ses productions.
3. Une phase d'interprétation surtout réservée à l'ergothérapeute qui communiquera à l'équipe de réhabilitation ses observations et ses interprétations du travail de son patient.

Les observations recueillies lors de l'administration de la "batterie Azima" peuvent être suffisantes pour justifier ou confirmer un diagnostic. Il ne s'agit pas pour l'ergothérapeute d'interpréter la production du patient au patient lui-même, (car il s'agit ici d'un test pour diagnostiquer) mais bien d'observer tout le processus de sa formation, d'en noter les

moindres faits et gestes, ainsi que les commentaires du patient. L'approche du patient aux différents médiums employés dans ce test sera différente selon sa pathologie. Par exemple, l'obsessif compulsif et le schizophrène n'utiliseront pas la peinture digitale de la même façon. Chacun utilise une méthode bien particulière et c'est à l'ergothérapeute d'analyser l'approche et le produit selon son expérience.

Comme pour tout test d'ailleurs, le climat devra être propice à la projection. L'ergothérapeute devra établir un bon contact avec son patient pour obtenir une meilleure collaboration. Le patient dans la situation de test, qui est toujours angoissante, devra se sentir en sécurité afin de ne pas nuire au résultat final.

Il serait bon de souligner quelques

observations qui peuvent être recueillies par l'ergothérapeute lors de l'administration de la "batterie Azima". Les moindres détails peuvent révéler quelque chose tel que: la quantité de matière employée, la disposition générale du dessin, le grossier des traits de crayon, la capacité de produire en trois dimensions dans la céramique ou encore la façon de se percevoir soi-même, en demandant au patient de faire un schéma corporel. Ceci n'est qu'un bref aperçu de l'emploi de l'ergothérapie en psychiatrie. L'ergothérapeute travaillera évidemment en collaboration avec l'équipe de réhabilitation, soit le psychiatre, le psychologue, le travailleur social et l'infirmière, pour permettre à l'handicapé mental de parvenir à ce degré d'équilibre qui est nécessaire à son bon fonctionnement dans la société.

Monique GAUTHIER