



PREVENTION DU VIEILLISSEMENT PREMATURE DES EPAULES CHEZ LES PATIENTS PARAPLEGIQUES EN ERGOTHERAPIE

Mémoire d'initiation à la recherche

GENER Julie
Promotion 2014-2017

LEROYER Elise
Maitre de mémoire



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le stagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e GENER Julie.....

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Evreux.....

Le 16/05/17..... *signature*

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Pour commencer, je veux adresser mes remerciements à ma maitre de mémoire, Elise LEROYER, pour son accompagnement et ses conseils tout au long de la rédaction de mon mémoire.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à l'ensemble des ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire et qui m'ont permis d'avancer dans mon étude.

Toute ma gratitude va également à l'ensemble des ergothérapeutes du service blessé médullaire de mon dernier stage, pour la passion avec laquelle ils m'ont transmis leurs connaissances, leurs conseils avisés et leur bonne humeur.

Ces remerciements s'adressent bien entendu à toute l'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie La Musse pour leur soutien et leur investissement durant ces trois années d'enseignement.

Un merci tout particulier à Adèle, Brice, Clémentine, Quentin et Stella ainsi que tous mes camarades de promotion, pour tous ces moments inoubliables passés ensemble.

Enfin, un grand merci à mes amis et ma famille qui m'ont accompagnée, aidée, soutenue, supportée et encouragée durant ces trois années de formation.

*"Dans les airs, je reconquiers ma liberté dont je suis privée sur Terre. Plus de cahots,
plus de lourdeur, l'avion glisse et rien ne peut arrêter son désir d'évasion"*
(BOURNETON, 2015)

Sommaire

Introduction.....	1
1 Les douleurs d'épaule chez les patients paraplégiques	2
1.1 La paraplégie	2
1.2 Le vieillissement du patient paraplégique.....	2
1.2.1 Modèle du vieillissement du paraplégique	3
1.2.2 Conséquences fonctionnelles des complications des épaules	3
1.2.3 La qualité de vie et la paraplégie	4
1.3 L'épaule traumatique du sujet paraplégique.....	5
1.3.1 Le vieillissement de l'épaule paraplégique.....	5
1.3.2 Les facteurs favorisant les douleurs d'épaule	6
1.3.3 Les pathologies de l'épaule traumatique du paraplégique	9
1.4 La prévention	10
2 Ergothérapie et prévention	11
2.1 Ergothérapie.....	12
2.2 Prise en charge en ergothérapie des douleurs d'épaule	12
2.2.1 L'éducation ou rééducation gestuelle	13
2.2.2 La réadaptation.....	13
3 Question de recherche et hypothèses.....	19
4 Méthodologie.....	20
4.1 Population interrogée	20
4.2 Choix et construction de l'outil.....	20
4.2.1 Choix de l'outil	20
4.2.2 Réalisation de l'outil.....	21
4.3 Méthode d'analyse des questionnaires	23
5 Résultats	24
5.1 Analyse des résultats	24

5.1.1	Profil des professionnels	24
5.1.2	Profil des patients.....	25
5.1.3	Le profil de prévention.....	25
5.1.4	La pratique de cette prévention.....	26
5.1.5	L'avis et la formation des thérapeutes.....	35
5.1.6	Lien entre prévention et expérience	36
6	Discussion	37
6.1	Lien entre littérature et pratique	37
6.1.1	L'importance de la prévention	37
6.1.2	La mise en place de la prévention.....	37
6.1.3	Parallèle avec le modèle de prévention des TMS au travail.....	38
6.2	Validation de mes hypothèses.....	41
6.3	Biais et limites de ce travail de recherche.....	41
6.3.1	Limite du questionnaire	41
6.3.2	Les biais de ma recherche	42
6.4	Pour continuer mon travail.....	42
	Conclusion	43
	Bibliographie	
	Annexes.....	

Introduction

Une personne subissant un accident de vie, peut voir son avenir changer. Les patients présentant une paraplégie peuvent faire partie de ces personnes.

Dans la prise en charge de patients ayant subi de tels préjudices, l'ergothérapeute doit procéder à une phase de rééducation et une phase de réadaptation. Le soignant doit placer le patient au centre de la prise en charge en lui donnant un rôle d'acteur afin d'élaborer son propre projet de vie. En effet, dans certaines situations, la reprise d'une vie identique à celle précédant l'accident n'est pas possible. Devant le dynamisme des patients paraplégiques, tous les moyens sont mis en place afin d'atteindre la qualité de vie la plus satisfaisante. Seul le patient peut juger sa satisfaction et la qualité de son nouveau mode de vie. Le thérapeute doit trouver un compromis pour satisfaire les attentes, besoins et envies du patient à court terme, tout en anticipant les complications possibles à long terme.

En stage, j'ai été confrontée à un patient d'une quarantaine d'années présentant une paraplégie depuis une dizaine d'années. Ce patient était pris en charge en hôpital de jour pour une perte d'autonomie et présentait une fatigabilité et des douleurs au dos. J'ai ainsi constaté que la rééducation et la réadaptation chez les patients paraplégiques doivent se poursuivre tout au long de leur vie en s'adaptant aux problématiques rencontrées.

L'alliance entre le membre supérieur et le fauteuil roulant est un moyen pour la reconquête de l'indépendance. En effet, la sollicitation des membres supérieurs est augmentée par rapport à celle observée chez une personne valide. Cette "sur-utilisation" peut provoquer des complications au niveau des épaules.

Ainsi nous pouvons nous questionner sur les objectifs de prévention, en ergothérapie, concernant les complications d'épaule chez les patients paraplégiques tout au long de leur vie. Afin d'apprécier la pratique de cette prévention en ergothérapie, dans un premier temps nous nous intéresserons aux éléments trouvés dans la littérature à ce sujet. Dans un second temps, j'exposerai la méthodologie utilisée pour tenter de répondre à ma question de recherche. Dans un troisième temps, je présenterai les résultats obtenus suite à mon étude. Enfin, en dernière partie, je tenterai de confronter les éléments de la littérature avec ceux de mon investigation.

1 Les douleurs d'épaule chez les patients paraplégiques

1.1 La paraplégie

La paraplégie correspond à une lésion, partielle ou totale, de la moelle épinière en dessous de la première vertèbre thoracique entraînant une perte de mobilité et/ou de sensibilité plus ou moins importante.

En France, l'incidence des blessés médullaires est de l'ordre de 1200 nouveaux cas par an avec une prévalence qui se situe autour de 50 000 cas (Haute Autorité de la Santé (HAS), 2007). Les personnes paraplégiques représentent environ 61% de la population des blessés médullaires. Pour plus de la moitié des cas l'étiologie est traumatique, la cause de celle-ci est pour plus d'une fois sur deux un accident de la voie publique. Les personnes touchées par ce type de handicap sont relativement jeunes au moment de l'accident. On retrouve dans la population des blessés médullaires 27% d'individus âgés de 18 à 25 ans et 25% ayant entre 26 et 35 ans. Plus de la moitié des personnes blessées médullaires, avait moins de 35 ans lorsque leur accident est survenu.

L'espérance de vie de ces patients tend à égaler celle de la population générale grâce aux avancées de la recherche et de la médecine. On peut expliquer cela avec les services d'urgence et de réanimation qui se développent. Mais aussi par la mise en place de traitements spécifiques concernant les complications urinaires et respiratoires ainsi que l'amélioration de la prise en charge en phase aiguë et à long terme. Le facteur de l'âge au moment de l'accident reste tout de même à prendre en compte: *"L'espérance de vie d'une personne blessée médullaire ayant eu un traumatisme jeune est proportionnellement plus longue que celle d'une personne blessée médullaire âgée lors du traumatisme."* (BOUCHERAS M.-C., ARIANIELLO F. et VELSCH-RONDEAU E., 2011). Il se pose donc la question des conditions de vie et de la qualité de vie durant le vieillissement de ces personnes.

1.2 Le vieillissement du patient paraplégique

La définition du vieillissement chez la population générale reste complexe et discutée. En effet, les personnes paraplégiques vieillissantes sont elles aussi touchées par ce vieillissement dit "normal". A cela s'ajoute des phénomènes spécifiques qui complexifient le vieillissement chez ces individus.

1.2.1 Modèle du vieillissement du paraplégique

MENTER en 1993 propose un modèle expliquant le vieillissement des personnes paraplégiques. Il se divise en 3 phases: le rétablissement, le maintien et le déclin. Dans la première phase, la personne acquiert à la fin de celle-ci un niveau de capacités fonctionnelles optimal. La seconde correspond au maintien des capacités acquises par l'individu à la phase précédente. Enfin la troisième phase correspond à l'apparition de changements physiologiques dus au vieillissement. L'entrée dans cette phase et l'intensité du déclin varie en fonction de la personne.

En effet, durant le vieillissement de ces personnes, une des complications qui peut être rencontrées est le vieillissement prématuré des épaules avec la présence de douleurs. PENTLAND dans une étude a comparé un groupe de 52 hommes paraplégiques, d'une moyenne d'âge de 44 ans et d'une moyenne d'ancienneté de l'accident de 17 ans, avec un groupe de 52 hommes témoins avec des âges comparables. Il montre que l'on retrouve 39 fois des douleurs d'épaule chez le groupe de personne présentant une paraplégie contre 8 fois dans le groupe témoin. On peut donc en déduire que le vieillissement des épaules chez les personnes paraplégiques est plus prématurée que chez la population ne présentant pas de paraplégie.

1.2.2 Conséquences fonctionnelles des complications des épaules

Les conséquences fonctionnelles de ce vieillissement sont importantes et diverses. Une étude menée sur 101 individus a été réalisée par des médecins et des rééducateurs suisses exerçant en neurologie. Le but était de mettre en lien les caractéristiques des personnes, leurs activités quotidiennes avec les douleurs que les patients présentaient et les répercussions dans leurs activités quotidiennes. Les participants ayant entre 18 et 70 ans, utilisaient en moyenne un fauteuil roulant depuis 19 ans. Il a été démontré que 40% disent ressentir des douleurs d'épaule au moment de l'étude. Pour 91% des cas, la douleur est chronique (ancienneté des douleurs d'au moins 3 mois) et pour 74% elle perdure depuis plus d'un an. Lorsque l'on confronte ses chiffres avec des Activités de Vie Quotidienne (AVQ), 89% des patients interrogés se disent gênés lors de leurs AVQ. Selon 47% d'entre eux cette gêne est qualifiée de considérable. La gêne est aussi retrouvée pour les activités de sports et loisirs pour 84% des répondants dont 58% avec une gêne considérable.

Les douleurs viennent en effet influencer sur la mobilité avec une diminution du périmètre de déplacement et des difficultés pour la réalisation des transferts, ce qui limite donc l'indépendance. On peut assister à une diminution du nombre de transferts entraînant une augmentation du temps passé au fauteuil roulant. Ces conséquences augmentent la possibilité d'apparition de complications cutanées et vésico-sphinctériennes pouvant entraîner un risque vital. Avec le vieillissement on observe aussi une altération de la qualité des transferts en général, caractérisée par un manque d'efficacité et des transferts non sécurisés dans certaines situations. Ce processus est augmenté avec la prise de poids qui peut limiter dans les activités physiques.

De plus une limitation dans les AVQ peut être observée due à une diminution de l'amplitude active des épaules, une diminution de la force et de l'endurance des muscles périarticulaires. Par exemple, la personne peut rencontrer des difficultés pour ouvrir les portes, porter des objets lourds ou saisir des objets en hauteur ou au sol. Toutes ces difficultés sont accentuées avec la présence d'une fatigabilité et impactent également les relations sociales et la participation sociale.

1.2.3 La qualité de vie et la paraplégie

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la qualité de vie est *"la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit. Ceci en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement."* (OMS, 1993)

Précédemment, nous avons vu que les douleurs aux épaules avaient pour incidence un impact sur l'indépendance au quotidien. Les conséquences sont spécifiques à la personne de par son état médical, son indépendance, ses AVQ, ses habitudes de vie... Il est impossible de dresser alors une liste exhaustive des conséquences. L'étude de la qualité de vie de la personne prend alors sa place pour évaluer ces effets personnels.

Une étude a mis en relation l'intensité des douleurs aux épaules avec la qualité de vie, l'activité physique de patients paraplégiques. Grâce à une échelle visuelle analogue nommée Wheelchair User's Shoulder Pain Index score (WUSPI),

l'intensité des douleurs est quantifiée lors des transferts, des AVQ et lors des déplacements avec un fauteuil roulant. La qualité de vie a été quantifiée par l'échelle Subjective Quality of Life Scale (SQOL) et l'échelle The Physical Activity Scale for Individuals With Physical Disabilities (PASIPD). L'échelle PASIPD a permis d'évaluer le nombre de jour et le temps par jour passés à différentes activités telles que les loisirs, les tâches ménagères et les activités professionnelles. Les résultats montrent que plus les douleurs aux épaules sont importantes plus la qualité de vie de la personne est faible et ses activités sont réduites.

Selon une étude transversale portée sur 58 sujets blessés médullaires dont 45 paraplégiques, on peut trouver un lien fort entre le niveau de qualité de vie et le jeune âge. D'autant plus lorsque le traumatisme a eu lieu tôt et le niveau d'incapacité fonctionnelle est élevé. Les dimensions de la qualité de vie les plus touchées sont : les dimensions de l'indépendance physique, de l'intégration sociale et de la mobilité. Concernant la variation du niveau de la qualité de vie avec le vieillissement de la personne, plusieurs études ont été réalisées mais les auteurs ne tombent pas tous en accord. Pour certains comme STENSMAN, l'ancienneté de la lésion est favorable à une meilleure qualité de vie alors que d'autres comme POST et ses coéquipiers pensent le contraire.

Nous allons maintenant nous intéresser aux mécanismes et facteurs influant sur ce vieillissement prématuré.

1.3 L'épaule traumatique du sujet paraplégique

Le vieillissement des épaules est caractérisé par des douleurs, des facteurs déclenchant et aggravant qui amènent à la présence de certaines pathologies d'épaule.

1.3.1 Le vieillissement de l'épaule paraplégique

Plusieurs études scientifiques ont été réalisées afin de montrer la prévalence des douleurs d'épaule chez les personnes paraplégiques associées pour certaines à la pénibilité et aux conséquences entraînées.

Le centre de rééducation de Bois Guillaume (76), en 1999, s'est penché sur la présence des douleurs d'épaule chez les personnes paraplégiques utilisant un fauteuil roulant et effectuant des transferts. La population interrogée avait une

moyenne d'âge de 38,5 ans (20 à 72 ans), un âge moyen de 29 ans au moment de l'accident de vie (11 à 61 ans) et une ancienneté moyenne de la pathologie de 9,4 ans (1 à 36 ans). On peut observer que 42,5% des personnes présentaient des douleurs d'épaule (dont 9 unilatérales et 8 bilatérales). Au sein de ce groupe de personnes, 13 sont gênées pour les transferts, 9 pour les AVQ et 7 ont dû changer leurs habitudes de vie.

Une étude a été menée par SIE en 1992 avec 239 blessés médullaires d'un âge moyen de 37 ans et d'une ancienneté moyenne de 8 ans d'accident de vie (dont les extrêmes étaient de 1 à 42 ans d'ancienneté). Sur les 103 participants présentant une paraplégie, 36% montraient des douleurs aux épaules.

Des organismes se sont penchés sur ce sujet, d'après la SFRE (Société Française de Rééducation de l'Épaule) *"70% des blessés médullaires présentent des douleurs d'épaule"* (SFRE). CURTIS en 1995 et LAL en 1998 se sont penchés sur le facteur de l'âge de la personne, tous deux montrent que la fréquence des douleurs d'épaule augmente avec l'âge de la personne.

Un autre facteur a été étudié, celui de l'ancienneté de la paraplégie. PENTLAND en 1994, SIE en 1992 et SUBBARAO en 1995 trouve une relation entre l'ancienneté de l'accident de vie et l'apparition des douleurs. *"Les douleurs d'épaule sont proportionnelles à l'ancienneté de la paraplégie: de 12% pour les paraplégiques de moins de 5 ans, la fréquence passe à 20% entre 15 et 20 ans, et à 100% au-delà de 25 ans."* (AYMARD C., BENDAYA S. et LEBRETON F. et al, 2002). Pour GELLMAN en 1998, 52% présente ces douleurs dès la première année et 100% après 15 ans de paraplégie.

On observe que l'âge de la personne et l'ancienneté de l'accident de vie sont significativement plus grand chez les personnes présentant des douleurs d'épaule. D'après ces études, on peut conclure que la fréquence de douleurs d'épaule augmente avec l'ancienneté de l'accident de vie et le vieillissement de la personne. Nous allons maintenant développer ci-dessous les facteurs favorisant ces douleurs.

1.3.2 Les facteurs favorisant les douleurs d'épaule

L'utilisation des épaules d'un point de vue qualitatif et quantitatif, l'influence des facteurs, comme celui de l'utilisation du fauteuil roulant, la réalisation des transferts, la manutention d'objet, ont été étudiés chez les personnes blessées médullaires.

1.3.2.1 Principe de "surmenage" et "malmenage"

Il est important d'identifier les causes amenant à de telles douleurs dans un premier temps. Le tableau clinique typique de ces douleurs est une apparition progressive amenant à un état chronique et augmenté lors des efforts. Chez 75% des blessés médullaires on assiste à un "surmenage" des membres supérieurs. Ce terme correspond à une diminution du seuil de la tolérance physiologique mettant en jeu la notion d'intensité ou de durée ou de répétition. En effet, le membre supérieur doit assurer des fonctions supplémentaires à ses fonctions physiologiques pour pallier aux lésions touchant les membres inférieurs. On observe alors une hyperactivité des membres supérieurs pour les activités de la vie quotidienne. Une deuxième dimension des mouvements peut être à l'origine de ces douleurs, il s'agit du "malmenage". Cette dimension correspond à la qualité gestuelle avec la prise de conscience du geste qui respecte le plus les contraintes que peuvent supporter les épaules. C'est un mélange entre le "surmenage" et le "malmenage" des épaules dans les AVQ qui amène à ces douleurs aux conséquences non négligeables.

1.3.2.2 La propulsion du fauteuil roulant

Tout d'abord pour les déplacements, plusieurs études ont été réalisées sur la propulsion d'un fauteuil roulant. D'un point de vue articulaire, pour un cycle de propulsion les amplitudes articulaires des épaules varient entre 20° et 60° d'adduction, entre 0° et 40° d'extension et entre 90° à 140° de flexion pour le coude. Les mouvements des épaules associés à la propulsion du fauteuil roulant sont une combinaison entre rotation interne, extension et abduction lors de la phase de poussée. Il a été montré que plusieurs muscles de l'épaule participent à la phase de poussée du fauteuil roulant : le deltoïde, le grand pectoral, le biceps, le triceps et les muscles de la coiffe des rotateurs dont le muscle supraépineux. Ce dernier est sollicité durant presque la totalité du cycle. L'action de ces muscles entraîne lors de la propulsion des contraintes qui favorisent l'apparition de conflit sous-acromial.

1.3.2.3 Les transferts

Un deuxième acte récurrent dans une journée type est le transfert. Un patient paraplégique en réalise en moyenne 6 à 32 par jour. Il a été montré par BAILEY en 1987 et GELLMAN en 1988 que les transferts pouvaient être un facteur déclencheur

de douleurs lors de leurs réalisations mais aussi un facteur d'aggravation par augmentation de la pression intra-articulaire.

Selon la méthode, l'aide au transfert utilisée, l'environnement, le fauteuil roulant et la situation dans lequel le transfert est réalisé, les gestes pour y parvenir sont plus ou moins délétères. Pendant le transfert, le patient prend appui sur ses mains et effectue une poussée pour déplacer son bassin. Les membres supérieurs sont sollicités de façon asymétrique. Une différence de hauteur entre les deux plans de transfert est nocive pour les épaules. La force musculaire à recruter dépend de cette différence et est plus importante que dans le cas d'un transfert de même niveau. Les mouvements associés à ce type de transferts au niveau d'une des épaules sont l'adduction et la flexion. Cette combinaison entraîne des efforts musculaires considérables nuisibles pour l'épaule. Cette situation est surtout retrouvée lors des transferts entre un fauteuil roulant et une baignoire ou entre le fauteuil roulant et le siège de la voiture.

L'ensemble de ces mouvements entraînent une sollicitation fréquente des membres supérieurs en chaîne fermée, ce qui ne correspond pas à leur utilisation physiologique. De plus, la position en flexion antérieure du tronc qui est adoptée pour faciliter la stabilisation de ce dernier entraîne des contraintes importantes au niveau de la partie antérieure de l'épaule.

Un autre facteur s'ajoute à la complexité de la réalisation de ces gestes quotidiens, il s'agit du poids de la personne. *"Les efforts imposés aux articulations des membres supérieurs et en particulier aux épaules sont [...] directement liés au poids du patient."* (M. CHIVILO, E. DELPECH, S. DEMAY et al, 2010)

1.3.2.4 Le port d'objet

La sollicitation des épaules dans certaines amplitudes entraîne le vieillissement prématuré de celles-ci. La zone de mobilité articulaire entre 0° et 20° en antépulsion est dite de confort. Entre 20° et 60° en antépulsion, elle est dite astreignante et au delà de 60° elle est qualifiée de dangereuse. (Cf. Annexe I, Figure I.a) Pour les mouvements d'abduction on retrouve les mêmes amplitudes associées aux mêmes qualificatifs. (Cf. Annexe I, Figure I.b)

En fonction des habitudes de vie de la personne dans ses déplacements, certains patients peuvent être amenés à embarquer leur fauteuil roulant à plusieurs reprises dans la journée. Les gestes associés à l'embarquement du fauteuil roulant

sont contraignants pour les épaules. En effet, afin de limiter ces contraintes, il faut que le fauteuil roulant soit le plus léger possible et que l'individu le passe devant lui, le plus près de son corps.

L'apparition des douleurs d'épaule est d'autant plus importante chez les personnes paraplégiques. L'absence de motricité des membres inférieurs, nécessite une sollicitation des membres supérieurs en permanence, notamment pour la locomotion. Nous allons maintenant développer les pathologies entraînées par la répétition de ces contraintes.

1.3.3 Les pathologies de l'épaule traumatique du paraplégique

Selon BAILEY, dans son étude en 1987 sur 94 patients paraplégiques, âgés en moyenne de 51 ans, 30% présentent des douleurs chroniques aux épaules. Dans 74% des cas on observe un conflit sous-acromial et dans 65% des cas une rupture de la coiffe des rotateurs.

La tendinopathie de la coiffe des rotateurs est une atteinte chronique des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs (supra-épineux, infra épineux et subscapulaire). L'atteinte se manifestant par une tendinite avec ou sans calcification pouvant atteindre jusqu'à une rupture de ces tendons. On peut observer cette pathologie dans 3 cas sur 4 chez les personnes paraplégiques. Les mouvements d'abduction et de rotation interne entraînent un contact entre le tendon du muscle supra-épineux contre le rebord acromial et le ligament coraco-acromial.

Enfin l'arthrose de la tête humérale correspond à l'usure du cartilage entre la tête humérale et la scapula. D'après une étude, on retrouve cette pathologie plus fréquemment chez les personnes blessées médullaires que chez les sujets sains lors du vieillissement de ces deux populations.

Toutes ces pathologies peuvent être bilatérales et avoir des conséquences fonctionnelles non négligeables. Ainsi, il faut prévenir la réalisation de ces gestes afin de retarder ou limiter l'apparition de douleurs et des conséquences fonctionnelles. Le but étant de garantir une qualité de vie optimale tout au long de la vie du patient.

1.4 La prévention

Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie des personnes blessées médullaires, une prévention des complications des épaules est essentielle. Elle doit être réalisée de façon précoce pour garantir à long terme la fonctionnalité de cette articulation capitale. Ici, nous nous intéresserons à la prévention chez des patients à distance du traumatisme présentant déjà des douleurs aux épaules.

D'après l'HAS, "la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités; Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie [...], la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution [...] et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence." (HAS, 2006)

Peu d'écrits scientifiques traitent de la manière dont la prévention spécifique aux problèmes d'épaule chez les patients paraplégiques est mise en place. En effet elle est mentionnée mais elle n'est pas détaillée. Je me suis donc renseignée sur les conseils de mise en place de prévention dans d'autres domaines tels que la santé publique ou la prévention des TMS (Troubles Musculo Squelettiques) de la santé au travail.

Selon INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) il existe des principes afin que la communication de la prévention soit efficace. Ces principes traitent de la prévention et promotion en santé publique. En effet les recommandations sont de respecter le choix de chacun, ne pas stigmatiser, ne pas imposer de normes. Ainsi il faut informer des risques en proposant des solutions et amener la personne à construire une réflexion propre à ses problématiques qui respectent son autonomie, ses croyances et ses responsabilités. La notion de soutien et d'accompagnement de la personne est aussi notifiée, il est important de donner à la personne les moyens d'agir et de mettre en place les conseils qui lui ont été donnés. La prévention nécessite donc une stratégie dans sa mise en place et doit être réfléchi.

Dans le domaine de la prévention de la santé au travail, la prévention des douleurs et pathologies touchant les épaules est un sujet d'actualité. Ces pathologies correspondent à celles retrouvées chez le patient paraplégique citées précédemment. Selon l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles) *"une démarche*

de prévention des risques professionnels se construit en impliquant tous les acteurs concernés et en tenant compte des spécificités de l'entreprise" (INRS, 2015). Dans le cadre de la prévention des TMS il existe 3 principes fondamentaux. Le premier est l'approche globale afin de prendre en compte tous les facteurs de risques. Le deuxième consiste à la participation de tous les acteurs dans cette prévention. Et enfin le dernier est le partage des connaissances et des compétences.

Cette prévention est décrite en 4 étapes. La première est la mobilisation, elle consiste à comprendre les enjeux et adhérer à la prévention, ceci concerne les thérapeutes et les patients. De plus, dans cette étape on retrouve l'association des différents services et il est recommandé de faire appel à des partenaires si nécessaire. Cette première étape a pour but d'apporter des informations sur la thématique, mais aussi de comprendre les enjeux et ainsi apporter de la motivation pour la mise en place de cette prévention.

La deuxième phase est l'investigation, dont le but est de mieux connaître les risques et déterminer les situations de travail à analyser.

La troisième étape correspond à la maîtrise du risque, avec des actions ergonomiques en modifiant les situations de travail afin de diminuer les contraintes.

Enfin la dernière étape correspond à l'évaluation de l'état de santé des salariés vis-à-vis des TMS. En effet l'évaluation de l'efficacité des solutions proposées et leur application est essentielle dans le cadre d'une entreprise.

Ce modèle de prévention des TMS dans le cadre professionnel peut être un moyen de mise en place de la prévention des douleurs d'épaule chez les patients paraplégiques. Le but, dans le cas du domaine professionnel ou du patient paraplégique, est de garantir un confort au travail ou dans la vie quotidienne de la personne.

2 Ergothérapie et prévention

L'ergothérapeute intervient pour limiter la perte d'indépendance du patient en lien avec le vieillissement prématuré de ses épaules. Nous allons donc identifier les compétences mises en jeu et les solutions qui peuvent être apportées.

2.1 Ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des ergothérapeutes (ANFE), "L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société."

Les ergothérapeutes sont habilités à accomplir certains actes professionnels sur prescription médicale. Ces actes sont fixés par le décret n°86-1195 du 21 novembre 1986. Dans le cadre de la prévention des épaules on peut identifier:

- "Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, [...] fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles"
- "L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante"
- "Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation"
- "Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations"
- "La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création"
- "Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social"
- "L'application d'appareillage et de matériels d'aide techniques appropriés à l'ergothérapie"

Dans cet extrait du décret d'acte, on constate que la prise en charge de la prévention des aggravations dues à la paraplégie fait partie de l'activité de l'ergothérapeute. Les autres actes mentionnés ci-dessus permettent de mettre en évidence des moyens qui peuvent être envisagés pour la prévention des douleurs d'épaule. Cette dernière peut être mise en place en évaluant, développant ou maintenant les capacités (fonctionnelles et/ ou relationnelles) et en adaptant les gestes et l'environnement.

2.2 Prise en charge en ergothérapie des douleurs d'épaule

Il est important de rappeler que dans le cadre d'une paraplégie d'étiologie traumatique, il y a dans de nombreux cas un polytraumatisme qui demande une rééducation particulière. De plus, les soins de rééducation et réadaptation doivent

prendre en compte d'autres facteurs relatifs à l'état de santé (poids, gravité et fréquences des complications spécifiques, les antécédents...) mais aussi des facteurs relatifs à la personne comme par exemple son état psychologique, son mode de vie, ses habitudes de vie, ses envies et son environnement socio-personnel et familial. C'est pourquoi il n'existe pas de prise en charge type. Elle doit être adaptée à chaque patient et ne peut pas être réduite à seulement la prise en charge de la paraplégie. En effet, lors du vieillissement de la personne blessée médullaire, les complications sont multiples et interfèrent entre elles. Ici nous allons essayer de nous focaliser sur les complications des épaules en montrant les moyens dont dispose l'ergothérapeute dans ce processus d'accompagnement.

2.2.1 L'éducation ou rééducation gestuelle

L'éducation gestuelle sera réalisée pour les gestes quotidiens effectués par le patient. On peut retrouver, par exemple, les gestes nécessaires aux transferts, à la propulsion du fauteuil roulant, aux push-up et à la manipulation d'objets lourds ou en hauteur. Un rappel et un réapprentissage sur la qualité de la gestuelle comme il l'a été décrit plus haut sera essentiel. Enfin limiter le "malmenage" et le "surmenage" des articulations des épaules avec une réelle prise de conscience est l'un des objectifs de l'ergothérapeute avec l'aide de l'équipe pluridisciplinaire rééducative.

2.2.2 La réadaptation

Pour atteindre cet objectif, l'ergothérapeute va réadapter certaines activités afin de les rendre moins traumatisantes pour les épaules ou permettre à nouveau leur réalisation. Pour cela, nous allons apprécier les différents moyens dont l'ergothérapeute dispose pour réadapter les AVQ afin de prévenir l'aggravation des douleurs aux épaules. Nous rappelons que les moyens présentés sont non exhaustifs, et doivent être adaptés à la personne.

Nous allons reprendre les trois activités récurrentes présentées précédemment : la propulsion du fauteuil roulant manuel, les transferts et la manutention d'objet.

2.2.2.1 La propulsion du fauteuil roulant

Concernant la propulsion du fauteuil roulant, il est important d'avoir un fauteuil roulant adapté à la personne et à ses besoins. Les premiers critères qui avaient été choisis par le patient pour le choix du fauteuil roulant peuvent évoluer. En effet la

morphologie de la personne, l'utilisation qu'elle a de cette aide au déplacement, son temps d'assise au quotidien, le type de transfert qu'elle effectue, son niveau d'indépendance et ses habitudes de vie sont des critères à prendre en compte pour le choix du fauteuil roulant. Ces derniers peuvent varier dans le temps avec le vieillissement de la personne blessée médullaire. C'est pourquoi il est important de réaliser de nouveau une évaluation complète au moment de l'acquisition d'un nouveau fauteuil. La création d'un cahier des charges précis avec une hiérarchisation entre les demandes du patient, les contraintes de son environnement et le respect du principe de l'économie des contraintes musculaires permettront de trouver le fauteuil roulant répondant au meilleur compromis.

Les réglages du fauteuil roulant manuel vont aussi avoir une importance car ils aident à la propulsion et ont un rôle sur la protection des épaules. On améliore le roulement en diminuant le poids qui s'exerce sur les roues avant en réglant les roues arrière vers l'avant. Pour un tel réglage, la maîtrise du deux roues est indispensable car il augmente le risque de chute en arrière. La hauteur des roues arrière a aussi un rôle dans la protection à long terme des épaules. Ce réglage permet de jouer sur l'inclinaison de l'assise par rapport à l'horizontal et l'accès aux mains courantes. Les coudes doivent former un angle entre 80° et 60° en flexion pour une position idéale. Un troisième réglage va influencer sur la propulsion du fauteuil roulant, il s'agit du carrossage des roues (différence entre l'écartement des deux roues arrières plus important en bas qu'en haut). Ce paramètre est surtout utile pour l'extérieur car il facilite la circulation avec un dévers sur les trottoirs. Il suffit d' 1° ou 2° pour que son efficacité soit ressentie. L'inconvénient est qu'il augmente la largeur hors-tout du fauteuil roulant. C'est pourquoi, une mise en situation écologique est le meilleur moyen d'adapter au mieux le fauteuil roulant à la personne.

Les essais sont indispensables pour s'assurer que le choix du fauteuil roulant répond bien à l'utilisation que le patient veut et peut en faire, en assurant sa sécurité et en prévenant des risques de complications. Des mises en situation au domicile du patient quelques jours permettent de tester le fauteuil roulant en conditions réelles afin de juger de l'adéquation entre les besoins, l'environnement et les habitudes de vie.

Dans l'objectif de prévenir les complications des épaules, l'ergothérapeute va proposer des solutions permettant à la personne de garder son indépendance tout

en limitant la "sur-utilisation" des épaules. Toutes les solutions sont étudiées selon leurs avantages et leurs inconvénients avec le patient.

L'une des propositions envisageables est une aide électrique pour la propulsion du fauteuil roulant, il en existe plusieurs. Certaines amplifient la force que la personne exerce sur les mains courantes. Des moteurs sont placés au niveau des grandes roues. Le nombre de mouvements pour la propulsion et la force déployée est ainsi diminué. L'inconvénient de cette solution est le poids des roues qui est augmenté, il faut compter 10 kg en plus par roue. Cet élément est à prendre en compte pour le démontage du fauteuil roulant et le chargement dans une voiture par exemple (Cf. Annexe II, Figure II.a). L'évolution de la technologie permet un développement des solutions, avec des aides à la propulsion selon le même principe. Il existe un système avec un moteur amovible placé à l'arrière du fauteuil roulant et un bracelet connecté à ce moteur. Ce sont les mouvements détectés par le bracelet qui permettent l'activation du moteur. Cette aide présente les mêmes avantages que le système de moteur intégré aux roues arrières du fauteuil roulant. Grâce à ce procédé, le poids des roues reste inchangé et l'assistance peut être mise en place lorsque la personne le souhaite sans ajouter de composante de poids au fauteuil roulant. L'un des freins de cette solution est son financement. (Cf. Annexe II, Figure II.b). Un autre moyen pour aider à la propulsion est la mise en place d'un moteur électrique avec la conduite au joystick identique à un fauteuil roulant électrique. L'avantage de ce dispositif est que la propulsion du fauteuil se fait uniquement de façon électrique. Le membre supérieur n'est pas sollicité dans les déplacements. La limite de ce procédé concerne l'utilisation du fauteuil en extérieur (Cf. Annexe II, Figure II.c). Le fauteuil roulant électrique est une solution envisageable. Si les problèmes d'épaule deviennent trop handicapant pour la personne. Le patient peut varier et adapter son utilisation selon les situations. Par exemple, il peut utiliser ce type de fauteuil roulant uniquement lors des déplacements en extérieur. En effet les sorties en extérieur peuvent être plus contraignantes pour les épaules qu'en intérieur du fait des chemins accidentés et des dévers des trottoirs. Des accessoires peuvent être ajoutés pour limiter les contraintes au niveau des épaules tels que le type d'accoudoirs ou encore la présence d'une tablette. L'inconvénient principal de cette option est le transport de ce type de fauteuil. Toutes ces possibilités permettent de limiter les contraintes aux épaules pour la propulsion du fauteuil roulant. Elles permettent une limitation des mouvements des

membres supérieurs pour cette AVQ, mais elles peuvent être délétères pour d'autres activités. Ces solutions ont des inconvénients, elles doivent être étudiées en fonction de la personne, de l'utilisation du fauteuil roulant et de son environnement. Un cahier des charges précis doit être élaboré afin de répondre tant aux besoins et attentes du patient qu'aux limitations des risques d'aggravation du vieillissement des épaules. Ces solutions doivent être conseillées par un professionnel tel que l'ergothérapeute mais elles doivent également être validées par des essais dans le lieu de vie lorsque cela est possible.

2.2.2.2 Les transferts

De la même façon que pour la propulsion du fauteuil roulant, l'ergothérapeute peut préconiser des aides techniques ou donner des conseils pour la réalisation des transferts. En effet, l'objectif lors du vieillissement de la personne blessée médullaire, est de conserver des transferts sécuritaires. Ils doivent limiter les contraintes aux épaules et respecter la prévention des escarres. Pour cela plusieurs solutions peuvent être envisagées, celles qui seront décrites par la suite reste non exhaustives et doivent être adaptées au patient.

Avec l'ancienneté de la paraplégie, les transferts peuvent être difficiles à réaliser. On peut conseiller à une personne qui réalisait ses transferts sans aide technique l'utilisation d'une planche de transferts ou la disposition de barres d'appui (Cf. Annexe III, Figure III.a)

Une autre solution peut être l'utilisation d'un lève-personne. L'avantage de cette option est que la personne n'a pas ou peu d'efforts à faire pour effectuer le transfert. L'un des inconvénients est que la personne se retrouve dépendante d'une tierce personne pour réaliser cet acte qui est essentiel et récurrent durant la journée. L'autre désagrément principal est l'encombrement pour le stockage et la manœuvre de celui-ci. Les contraintes environnementales sont à évaluer lors de la préconisation de cette aide technique (Cf. Annexe III, Figure III.b). Le rail plafonnier est une aide au transfert basée sur le même principe que le lève-personne. Le rail plafonnier ne présente pas la contrainte de l'espace de manœuvre et l'encombrement pour le stockage. Sa préconisation reste dépendante de la faisabilité d'un point de vue du bâtiment et demande des travaux (Cf. Annexe III, Figure III.c). Pour ces deux dernières aides techniques au transfert, la personne diminue son indépendance.

Comme expliqué précédemment, les aides techniques doivent être réfléchies en prenant en compte la personne et tous les facteurs gravitant autour d'elle. Le choix d'une aide technique au transfert n'implique pas son utilisation dans toutes les réalisations de transferts, l'une peut être envisagée pour une situation et une seconde pour une autre situation. L'objectif étant de permettre à la personne de garder une indépendance et la plus satisfaisante qualité de vie.

Afin de respecter le principe des niveaux égaux entre le plan de départ et celui de réception, nous pouvons donner quelques astuces au patient. Pour la hauteur du lit par exemple, il est possible de positionner des rehausse-lits qui se fixent sur les pieds. Si le lit est trop haut, simplement couper les pieds (lorsque cela est possible) afin que la hauteur de ce dernier soit identique à celle du fauteuil roulant. Il en est de même pour le canapé par exemple.

Le transfert au siège conducteur d'une voiture s'effectue avec une grande différence de hauteur qui réalise une difficulté à surmonter. Or ce moyen de transport est important pour l'indépendance de certaines personnes. Le type de voiture est un point à essentiel, à déterminer (la hauteur du siège conducteur, espace disponible pour réaliser le transfert). Le patient doit prendre des appuis stables et limiter les prises en hauteur avec une rotation interne du bras. Cette combinaison de mouvement est souvent retrouvée lorsque le patient se tracte avec la poignée. Afin de pallier à la dangerosité de ce transfert pour les épaules, on peut conseiller l'utilisation d'une planche de transfert. La question du chargement du fauteuil roulant sera détaillée plus bas. Dans le cas où ce transfert n'est plus réalisable, le patient peut opter pour un véhicule adapté avec embarquement du fauteuil roulant. La conduite se fait donc sur le fauteuil roulant directement. L'une des problématiques qui peut être rencontrée avec ce type de préconisation est l'aspect financier (Cf. Annexe IV, Figure IV.a et IV.b).

Une autre solution qui peut être envisagée est le recours à des services de transport adapté. La personne diminue son indépendance mais elle peut se déplacer hors de son domicile par le moyen d'un véhicule.

On peut remarquer que la non réalisation des transferts peut avoir un impact sur l'isolement de la personne. D'où l'importance de la réadaptation de cet acte quotidien. Grâce à ses conseils et outils mis à disposition du patient, l'ergothérapeute lutte contre cet isolement.

2.2.2.3 Le port d'objet

Encore une fois, le principe des conseils à propos du port de charge respecte le principe de limiter le "malmenage" et le "surmenage" des épaules.

Dans cette partie, nous traiterons les conseils que l'ergothérapeute peut donner au patient pour limiter le port d'objet à une hauteur supérieure à celle du plan des épaules. L'ergothérapeute va avoir un rôle à jouer dans l'aménagement de l'habitat. En effet, il va devoir trouver des solutions pour limiter ce type de manipulation d'objet afin de limiter la sollicitation des épaules dans des amplitudes néfastes décrites précédemment.

Dans un premier temps, nous allons conseiller au patient de privilégier des rangements à une hauteur inférieure à 110 cm. L'organisation du rangement doit être discutée avec le patient. L'organisation des rangements en fonction du poids et de la fréquence d'utilisation sera conseillée. Les objets lourds et les plus fréquemment utilisés seront de préférence placés à portée de main.

Pour faciliter l'accès d'objets ou la manipulation d'objets dangereux (poêle, plat...) il est conseillé de réaliser une zone de dégagement.

Nous avons vu précédemment que l'accès à un véhicule peut être essentiel chez certains patients pour leur indépendance. Dans le cas d'un fauteuil roulant manuel, la conduite inclut le chargement du fauteuil. Afin d'adapter cette manipulation, nous pouvons préconiser des aides techniques. L'une est un treuil de chargement. Il s'agit d'un bras articulé, qui permet le chargement du fauteuil roulant manuel. Cet outil présente des inconvénients: il condamne l'utilisation des sièges passagers à l'arrière du véhicule ou le coffre et il n'est utilisable que pour des fauteuils roulant à châssis pliant. Pour aider à un tel choix, les échanges avec d'autres patients rencontrant les mêmes problématiques et les conseils des équipementiers automobiles spécialisés peuvent être envisagés.

Le suivi des patients blessés médullaires est crucial lors de leur vieillissement avec des complications spécifiques qu'il faut limiter afin de maintenir un degré d'indépendance le plus élevé possible. La place de l'ergothérapeute dans cette prévention est essentielle, mais comment est elle mise en place dans le suivi à long terme des patients paraplégiques?

3 Question de recherche et hypothèses

Lors de mes stages, j'ai remarqué que la création de protocole était de plus en plus demandée par les instances de direction. A la suite de mes recherches pour mon cadre conceptuel, j'ai apprécié les moyens de la prévention des épaules. Lorsque je me suis penchée sur la manière dont les ergothérapeutes appliquaient la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques, je n'ai pas trouvé de renseignements satisfaisants. Le seul élément que j'ai répertorié est un dépliant mis à disposition du patient. Sur ce document figurent les bonnes conduites à adopter pour limiter les contraintes sur les épaules et favoriser le ralentissement de leur vieillissement prématuré. Les thèmes correspondent aux réglages du fauteuil roulant, les transferts fauteuil/lit et fauteuil/baignoire, l'organisation des rangements, le chargement du fauteuil roulant, la diététique et le sport.

Suite à cette démarche, je me suis questionnée sur l'existence, dans les structures rencontrant des patients paraplégiques, de protocoles afin de permettre la mise en place de cette prévention spécifique.

En effet, étant sans réponses pour lier les préconisations de la prévention et la pratique des ergothérapeutes, j'ai pu élaborer ma question de recherche : Comment l'ergothérapeute inclut-il la prévention du vieillissement prématuré des épaules dans la prise en charge des patients paraplégiques afin de limiter l'apparition de douleurs?

Suite à ces questionnements, j'ai émis les hypothèses suivantes:

- Les ergothérapeutes participent à l'exploitation d'un protocole pour réaliser la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques.
- Les ergothérapeutes réalisent la prévention du vieillissement prématuré des épaules sur le temps consacré à la prise en charge en ergothérapie du patient paraplégique.

Dans la suite de mon écrit, j'expliquerai ma démarche pour tenter de répondre à ma question de recherche et valider mes hypothèses.

4 Méthodologie

Le but de cette étude est d'obtenir une représentation de la pratique des ergothérapeutes dans la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques présentant des douleurs aux épaules.

Dans cette partie du mémoire, je vais détailler la méthodologie que j'ai utilisée pour créer mon questionnaire et les raisons de mon choix.

4.1 Population interrogée

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes qui sont susceptibles de rencontrer des patients paraplégiques présentant des douleurs aux épaules. J'ai donc réalisé un répertoire comportant les structures accueillant des patients paraplégiques. Il s'agit par exemple de structures hospitalières, de structures de soins de suite et de réadaptation, de centre de rééducation fonctionnelle... Des ergothérapeutes qui exercent pour le suivi d'un projet de vie dans des structures médico-sociales figuraient dans la population interrogée. J'ai ciblé les Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH) et les Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) spécialisés dans les troubles moteurs. Pour me procurer les adresses mails des ergothérapeutes concernés, je me suis renseignée auprès de mes collègues de promotion ainsi que les intervenants de l'institut. J'ai contacté téléphoniquement les centres de référence en blessure médullaire. Pour rechercher les adresses mails des ergothérapeutes exerçant dans le cadre de structures médico-sociales je me suis appuyée sur la liste des SAMSAH et SAVS rattachés à l'Association des Paralysés de France (APF).

Ma population étant ciblée, je me suis concentrée sur l'outil que j'allais utiliser.

4.2 Choix et construction de l'outil

4.2.1 Choix de l'outil

Pour le choix de l'outil, j'ai réfléchi à chacune des possibilités méthodologiques qu'elles apportaient.

Concernée par la pratique des ergothérapeutes, je souhaitais me tourner vers les professionnels.

Lorsque j'ai envisagé de réaliser des entretiens, plusieurs points positifs sont ressortis. Le premier était l'échange de vive voix avec le thérapeute qui me paraissait

moins impersonnel. Le fait d'approfondir des points si ma formulation de question ne correspondait pas à la réponse souhaitée en était un autre. Ne pas avoir un panel assez large à propos de la prévention des épaules pratiquée par tous les ergothérapeutes m'a permis d'éliminer cette possibilité.

Lorsque j'ai choisi mon outil, j'effectuais mon stage dans un service spécialisé dans la prise en charge des blessés médullaires. Ainsi, j'ai pu échanger sur la pratique et la place des ergothérapeutes sur la thématique de la prévention des épaules chez les patients paraplégiques. Ces échanges m'ont été bénéfiques pour le choix de mon outil et la création de celui-ci.

L'utilisation d'un questionnaire, permettait d'avoir une vision plus large de la pratique de la prévention par les ergothérapeutes. De plus, cet outil demandait moins de temps pour les professionnels pouvaient avoir leur propre organisation pour prendre le temps d'y répondre. J'ai donc décidé de m'orienter vers un questionnaire destiné aux ergothérapeutes.

J'ai pensé à questionner les patients, afin d'avoir leur ressenti sur cette prévention. A travers ce public je voulais chercher à savoir quels étaient les éléments qui permettaient aux bénéficiaires de s'approprier et d'adhérer à cette prévention. Les moyens qu'ils avaient réussis à mettre en place dans leur quotidien afin de prévenir le vieillissement de leurs épaules auraient aussi été des réponses intéressantes. En effet, questionner par le biais d'entretiens avec des questions ouvertes pour favoriser l'échange avec les bénéficiaires de la prévention n'a pas pu être réalisé pour des problématiques d'organisation.

4.2.2 Réalisation de l'outil

Afin d'élaborer mon questionnaire, je me suis placée en tant que future professionnelle afin de penser à différentes solutions pour mettre en place cette prévention. Les organisations des soins dans les différents établissements de santé pouvant accueillir des personnes paraplégiques peuvent varier. La composition de l'équipe pluridisciplinaire, le mode d'hospitalisation, l'organisation amènent à des différences lors de la mise en place de la prévention. Les habitudes de l'établissement peuvent aussi rentrer en compte dans la pratique de cette prévention. J'ai élaboré 10 profils possibles pour la mise en place de cette prévention.

Dans un premier temps, j'ai voulu distinguer deux cas de figures: lorsqu'un ergothérapeute est un acteur de cette prévention ou non. Dans ce cas il existe deux

profils: soit la prévention est réalisée par un professionnel tiers soit elle ne l'est pas. Cette situation est représentée par le schéma ci-dessous.

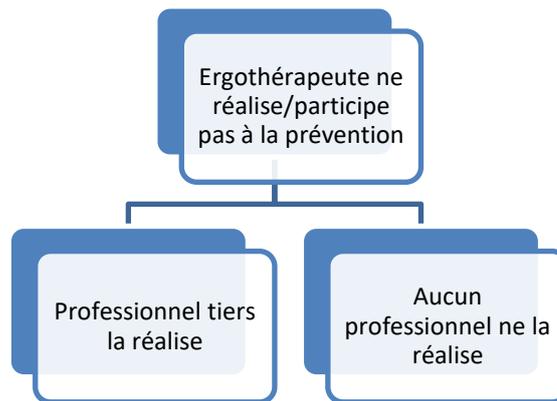


Figure 1: Prévention sans ergothérapeute

Ensuite, j'ai envisagé que cette prévention soit réalisée sur le temps de la prise en charge en ergothérapie, en dehors de celui-ci ou selon ces deux possibilités. Je me suis questionnée sur la façon dont cette prévention était présentée. Ainsi, j'ai imaginé qu'il existait ou non un protocole pour chacune des possibilités. Le schéma ci-dessous résume mon raisonnement.

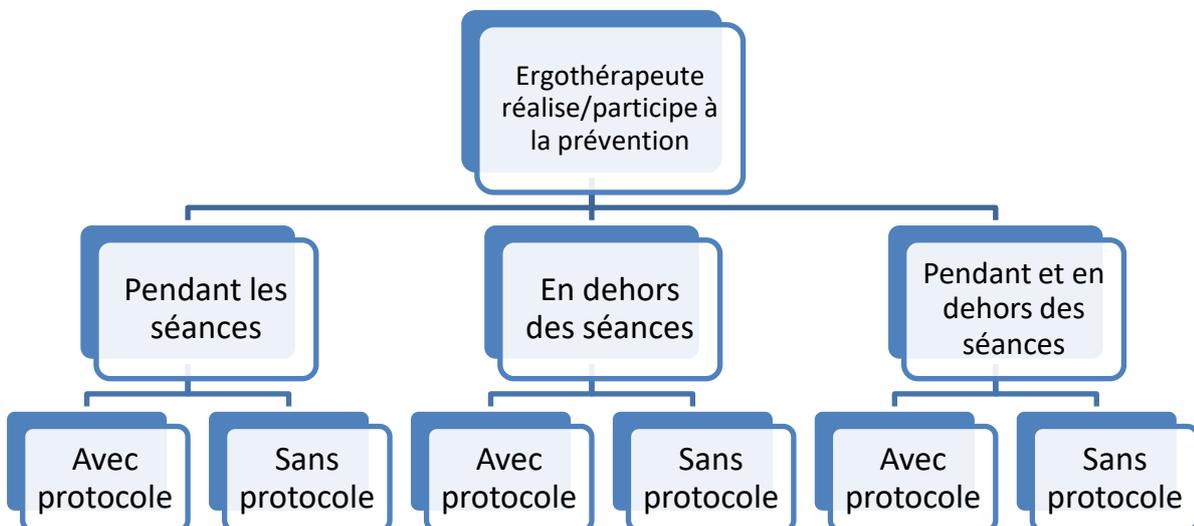


Figure 2: Prévention avec ergothérapeute

Suite à cette réflexion, j'ai établi huit profils pour la mise en place de la prévention des épaules chez les patients paraplégiques lorsque l'ergothérapeute joue un rôle dans celle-ci (Cf. Annexe V, Figure V.a).

Pour pouvoir apprécier le profil le plus utilisé j'ai choisi des questions avec des inclusions. Ainsi je me rapproche au mieux du mode de fonctionnement des professionnels et je facilite la compréhension du déroulé du questionnaire.

Une fois l'ossature de mon questionnaire conçue, je me suis penchée sur le fond. J'ai choisi d'utiliser des questions fermées et des questions ouvertes pour plus de précisions.

Concernant les profils où l'ergothérapeute n'est pas acteur dans la prévention des épaules chez le patient paraplégique. Je n'ai pas questionné sur la mise en place d'un protocole. Il me semblait plus important de connaître les raisons pour lesquelles l'ergothérapeute n'a pas son rôle dans cette prévention. En effet, nous avons pu voir dans le cadre conceptuel que l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans la prévention des épaules. Pour le profil où un professionnel tiers réalise la prévention, j'ai souhaité connaître l'organisation.

Enfin j'ai envisagé que l'ergothérapeute ne rencontre pas de patients paraplégiques, dû aux admissions sélectives de la structure par exemple.

J'ai choisi de prendre l'outil Google formulaire pour pouvoir envoyer mes questionnaires. L'envoi se fait par mails et facilite la réponse pour les professionnels. De plus, mon questionnaire comportait beaucoup de questions d'inclusion. Cet outil facilitait la compréhension des sections et évitait au répondant de devoir se reporter sans cesse à des questions. Le délai d'attente pour recevoir les réponses est plus court avec ce type de questionnaire. Il facilite le traitement des données recueillies par la suite qui sont déjà informatisées. L'utilisation de cet outil me paraissait la plus appropriée. Une en-tête introduisait le thème et le but de mon étude, rappelait le respect de l'anonymat et contenait la date de retour souhaité.

J'ai fait tester mon outil par ces ergothérapeutes expérimentés dans la prise en charge de patients paraplégiques (Cf. Annexe VI à XV).

4.3 Méthode d'analyse des questionnaires

Pour l'analyse des résultats, j'ai décidé d'exclure les professionnels qui ne sont pas confrontés à des patients paraplégiques dans leur activité professionnelle. Dans un premier temps, j'établirai le profil des ergothérapeutes, des patients qu'ils rencontrent et de la prévention générale. Dans un second, j'analyserai les résultats en fonction des profils de prévention auxquels les professionnels ont répondu. Pour terminer, j'analyserai l'avis, les moyens de sensibilisation et de formations des

professionnels à propos de cette prévention. L'analyse des questions fermées sera faite avec des statistiques et celle des questions ouvertes par des mots clefs. Dans les cas où l'ergothérapeute ne participe pas à la prévention, l'analyse portera sur les raisons de cette absence de pratique.

5 Résultats

5.1 Analyse des résultats

Suite à l'envoi de mon questionnaire, j'ai récolté 42 réponses au total. Dans 61,9% (26) les ergothérapeutes interrogés rencontrent des patients paraplégiques. Je vais analyser dans un premier temps les profils des thérapeutes et des patients. Je continuerai mon analyse par profil de prévention ayant reçu des réponses. Puis je m'attacherai à l'avis, la sensibilisation et la formation des ergothérapeutes dans le domaine de la prévention des épaules.

5.1.1 Profil des professionnels

La médiane reflétant l'expérience en ergothérapie des professionnels est de 11 ans. La médiane d'expérience dans une structure pouvant accueillir des patients paraplégiques est de 10 ans. On remarque que la médiane d'années d'expérience en ergothérapie et la médiane d'expérience au près de patient paraplégique est proche (Cf. Annexe XVI, Figure XVI.a).

Pour le nombre moyen de patients paraplégiques pris en charge par an, les réponses sont divergentes. Certains thérapeutes ne savaient pas renseigner ce chiffre. Sur les 21 réponses apportées, on observe 15 professionnels qui disent prendre en charge 0 à 5 patients paraplégiques par an, 3 disent en prendre en charge entre 5 et 10 par an, 2 entre 10 et 15 par an et 1 plus de 20 par an (Cf. Annexe XVI, Figure XVI.a).

Le profil le plus représentatif de ce groupe de professionnel est un ergothérapeute d'une expérience professionnelle de 11 ans, exerçant depuis 10 ans dans une structure pouvant accueillir des patients paraplégiques. Il rencontre 0 à 5 fois ce type de patients par an.

5.1.2 Profil des patients

Nous allons dresser le profil des patients paraplégiques le plus rencontré par ces thérapeutes.

Lorsque l'on interroge les thérapeutes sur l'ancienneté moyenne de la paraplégie qu'il rencontre au sein de leur patient, on obtient pour 61,5 % (16) une ancienneté de 0 à 5 ans (Cf. Annexe XVII, Figure XVII.a).

Concernant le motif de l'hospitalisation, dans 24,4% (21) il s'agit d'un changement de fauteuil roulant, dans 22,1% (19) d'un traitement d'escarres, dans 17,4% (15) d'une perte d'indépendance, dans 15,1% (13) d'une hospitalisation pour bilans, dans 11,6% (10) d'un traitement de douleurs aux épaules (Cf. Annexe XVII, Figure XVII.b et XVII.c).

Pour le type de prise en charge, on retrouve majoritairement des hospitalisations à temps complet d'une durée supérieure à 2 semaines avec 43,5% (20) des cas. En deuxième type le plus retrouvé, il s'agit pour 30,4% (14) d'une hospitalisation de jour, ensuite, se place avec 13,0% (6) les hospitalisations à temps complet sur un temps inférieur à 2 semaines (Cf. Annexe XVII, Figure XVII.d et XVII.e).

Lorsque l'on questionne les professionnels sur la fréquence à laquelle ils sont confrontés à des douleurs d'épaule dans leur prise en charge chez les patients paraplégiques, 38,5% (10) disent y être confrontés dans 60% des cas qu'ils rencontrent, 23,1% (6) disent y être confrontés dans 40% de leur prise en charge, 19,2% (5) y sont confrontés dans 20% des cas et 15,4% (4) dans 80% des cas qu'ils rencontrent (Cf. Annexe XVII, Figure XVII.f).

Le profil du patient le plus rencontré par les ergothérapeutes présente une ancienneté de la paraplégie inférieure à 5 ans avec une problématique de douleur aux épaules. Il est en hospitalisation à temps complet de longue durée pour un motif de changement de fauteuil roulant ou traitement d'escarres.

5.1.3 Le profil de prévention

Dans 76,9% (20) des cas, un ergothérapeute joue un rôle dans la prévention du vieillissement prématuré des épaules et dans 23,1% (6) il n'y a pas d'ergothérapeute dans les actions de prévention des épaules chez les patients paraplégiques (Cf. Annexe XVIII, Figure XVIII.a). Pour 60,0% (12) des thérapeutes cette prévention est réalisée sur le temps des séances d'ergothérapie et sur un

temps en dehors. Pour 40,0% (8) des thérapeutes elle est réalisée uniquement durant les séances d'ergothérapie (Cf. Annexe XVIII, Figure XVIII.b et XVIII.c).

Pour l'analyse du profil de la prévention, les profils établis pour créer ce questionnaire seront repris.

Le profil 6 qui correspond à la prévention réalisée pendant les séances en ergothérapie et en dehors de celles-ci sans protocole pour les deux modalités est retrouvé dans 50,0% (10) des cas. Le profil 2 qui correspond à la prévention réalisée uniquement durant les séances d'ergothérapie sans protocole est utilisé dans 40,0% (8) des cas. Dans 5,0% (1) on rencontre le profil 5 correspondant à la prévention mise en place durant les séances d'ergothérapie et en dehors avec l'existence d'un protocole pour les deux modalités. Enfin dans le même nombre de cas, c'est le profil 8 qui est retrouvé, dans celui-ci il n'existe pas de protocole pour la prévention réalisée durant les séances en ergothérapie contrairement à celle réalisée en dehors. Aucun des autres profils n'a été mentionné par les ergothérapeutes ayant répondu. Le tableau ci-dessous résumé les différents profils retrouvés.

Profils	Prévention réalisée		Existence d'un protocole		Résultats (en %)
	Pendant les séances	En dehors des séances	Pendant les séances	En dehors des séances	
1	X		OUI		0% (0)
2	X		NON		40,0% (8)
3		X		OUI	0% (0)
4		X		NON	0% (0)
5	X	X	OUI	OUI	5,0% (1)
6	X	X	NON	NON	50,0% (10)
7	X	X	OUI	NON	0% (0)
8	X	X	NON	OUI	5,0% (1)

Figure 3 Tableau récapitulatif des réponses obtenues par profil.

Majoritairement, l'ergothérapeute joue un rôle dans la prévention du vieillissement prématuré des douleurs d'épaule chez le patient paraplégique. Cette prévention est réalisée pendant les séances d'ergothérapie et en dehors sans protocole.

5.1.4 La pratique de cette prévention

Nous avons pu constater que dans le cas où un ergothérapeute est acteur dans la prévention, il y a uniquement 4 profils qui sont utilisés.

Pour les quatre profils confondus, cette prévention est proposée au patient dans 60,0% (12) au début de la prise en charge, dans 15,0% (3) au milieu de la prise en charge, dans 20,0% (4) tout au long de cette dernière (Cf. Annexe XIX, Figure XIX.a et XIX.b). Un thérapeute a précisé en prévention et lors de la problématique.

Les facteurs qui influent la proposition de cette prévention sont variables selon les professionnels. Le premier facteur qui ressort est l'âge du patient, on retrouve cette notion dans 8 réponses. Un autre thérapeute, au contraire, précise que l'âge n'est pas un critère. Il rejoint les 6 thérapeutes ayant répondu sur le fait que la prévention des épaules chez les patients paraplégiques doit être systématique sans avoir de facteurs qui motive sa proposition. A propos de l'ancienneté de la paraplégie, ce facteur est identifié 2 fois comme favorisant pour proposer cette prévention au patient paraplégique.

Un autre facteur identifié est l'activité du patient qui apparaît 8 fois. Dans ce thème on retrouve entre autres "l'hypersollicitation" des épaules lors de la propulsion du fauteuil roulant mais aussi du nombre et de la technique des transferts quotidiens.

La notion de l'environnement dans lequel est utilisé le fauteuil roulant est aussi abordé et précisé en plus de la notion d'activité dans les trois cas où elle est citée. Cette notion est associée pour 2 cas sur 3 aux conditions d'utilisation du fauteuil roulant. Le mode de déplacement avec le type de fauteuil roulant a été rencontré 2 fois dans les réponses apportées.

Le facteur de la présence de douleur aux épaules préexistante est retrouvé 3 fois.

Le facteur des antécédents est retrouvé 2 fois englobant la notion de Troubles MusculoSquelettiques (TMS) ou d'escarres non ischémiques qui peuvent être le signe d'une altération de la qualité des transferts dû à la présence de TMS.

Les facteurs de la morphologie du patient ont été mentionnés 2 fois, avec la notion du poids dans un cas sur les deux.

Enfin le facteur psychologique ressort 2 fois dans les réponses récoltées, il s'agit de la motivation du patient, son adhésion aux soins et la notion d'acceptation du handicap avec la citation d'une "*phase réflexive*" (Cf. Annexe XIX, Figure XIX.c et XIX.d).

En résumé, la prévention est proposée au patient dès le début de sa prise en charge. Les deux facteurs principaux motivant cette pratique sont l'âge du patient et l'intensité de son activité dans sa vie quotidienne.

5.1.4.1 L'utilisation du profil 2

En premier lieu nous allons nous attarder sur le profil 2. Pour rappel, dans ce profil, la prévention du vieillissement des épaules est réalisée pendant les séances d'ergothérapie sans protocole. Dans 100% (8) des cas cette prévention est clairement expliquée au patient et se réalise avec d'autres professionnels. Cette équipe est composée pour 5 d'entre elles du kinésithérapeute à laquelle s'ajoutent pour deux réponses le médecin, l'infirmier et les aides soignants. Pour un autre thérapeute, cette prévention est réalisée avec une unité de positionnement et un second avec l'équipe pluridisciplinaire entière.

L'utilisation d'outils pédagogiques pour aborder les différentes thématiques qui s'y réfèrent est variée. Dans 100% (7) des pratiques, on retrouve des explications orales. Dans 88,5% des cas de mises en situation sont utilisées. En moyenne, les thérapeutes utilisent 3 outils pédagogiques (Cf. Annexe XX, Figure XX.a et XX.b).

Grâce à ces outils pédagogiques, il y a différents thèmes qui sont abordés. Le sujet le plus abordé est l'économie articulaire, dans 87,5% (7) des cas. On trouve dans 75% (6) des cas la préconisation d'aménagements du domicile, d'aides techniques, d'aide à la propulsion de fauteuil roulant manuel, des conseils sur les réglages et le bon entretien de celui-ci et des solutions pour diminuer le nombre de transferts quotidiens. Les risques liés aux douleurs d'épaule sont cités dans la prévention dans 62,5% (5) des cas. En moyenne, 7 thématiques sont traitées (Cf. Annexe XX, Figure XX.c). Le graphique ci-dessous représente leur répartition.

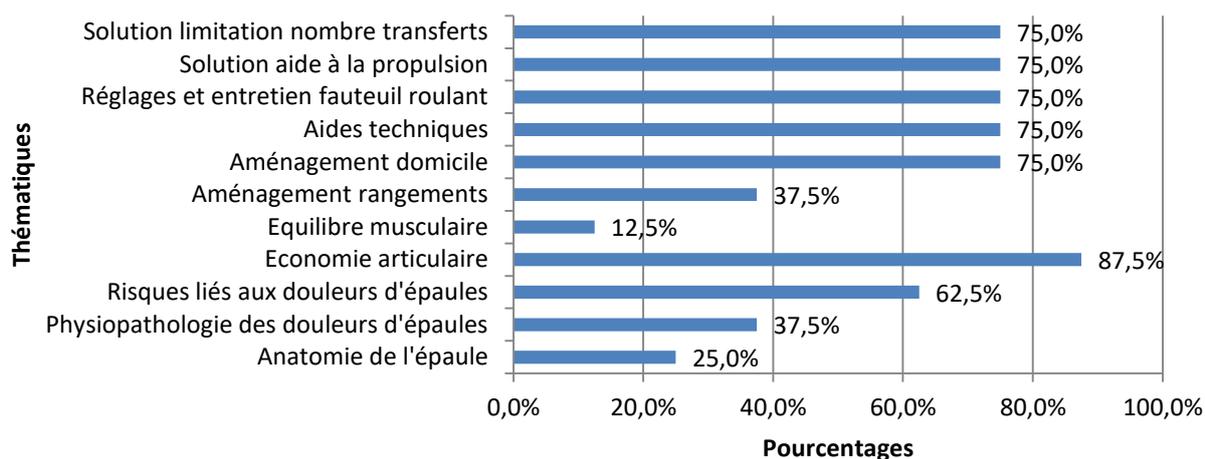


Figure 4 : Graphique représentatif des thématiques abordées dans le profil de prévention 2

Le temps pris pour réaliser cette prévention est mitigée: pour 25% (2) des cas il est estimé entre 1 à 2 heures, entre 2 à 3 heures, entre 4 à 5 heures et supérieur à 5 heures (Cf. Annexe XX, Figure XX.d).

Dans 3 cas, la prévention est réalisée au cours des séances d'ergothérapie tout au long de la prise en charge. Dans le cas d'une animation en groupe, c'est à dire dans 4 cas sur 7, un temps individuel est prévu ou possible pour échanger et trouver les solutions propres à la personne. Les autres réponses ne sont pas exploitables car elles n'ont pas été comprises.

Dans le profil 2, la prévention est clairement indiquée au patient, il y a la notion d'interdisciplinarité. Trois outils pédagogiques sont utilisés en moyenne. Il s'agit majoritairement d'explications orales et de mises en situation. Ces outils servent pour aborder 6 thématiques en moyenne. Les thématiques les plus rencontrées sont : l'économie articulaire, les aménagements du domicile, la préconisation d'aides techniques, les réglages et l'entretien du fauteuil roulant, les solutions d'aide à la propulsion et les solutions limitant le nombre de transferts. Elle est réalisée en groupe ou individuellement avec une durée variable.

5.1.4.2 L'utilisation du profil 6

Nous allons maintenant passer à l'étude des réponses apportées par les ergothérapeutes utilisant le profil 6. Pour rappel dans ce profil la prévention est réalisée durant les séances d'ergothérapie sans protocole et en dehors des séances d'ergothérapie sans protocole. Il y a 10 ergothérapeutes avec ce profil qui ont répondu au questionnaire.

Par rapport à la pratique réalisée durant les séances en ergothérapie, dans 100% (10) des cas la prévention est ouvertement expliquée au patient. Cette prévention est réalisée de façon pluridisciplinaire dans 80,0% (8) des cas. Il s'agit d'une collaboration unique kinésithérapeute/ ergothérapeute pour 25,0% (2) d'entre eux, dans 50,0% (4) des cas, s'ajoute un enseignant en Activité Physique Adaptée (APA) et dans 12,5% (1) un psychomotricien en plus de ces trois professionnels est mentionné. Pour 25,0% (2) des cas le médecin est ajoutée à l'équipe, dans 25,0% (2) des réponses on retrouve les infirmiers et enfin dans 12,5% (1) des cas sont ajoutés les aides soignants.

Les professionnels se reposent sur différents outils pédagogiques pour réaliser la prévention des épaules. Dans 80,0% (8) des cas, le patient effectue des mises en situation, avec pour 90% (9) des explications orales. Les réflexions et questionnements sont utilisés par 60,0% (6) des thérapeutes. Dans 50,0% (5) des cas les patients peuvent bénéficier d'échanges avec d'autres présentant des douleurs aux épaules. L'utilisation d'un squelette revient dans 20,0% (2) des cas. Enfin 10,0% (1) remettent un support papier au patient, résumant les bonnes pratiques pour la prévention des épaules (Cf. Annexe XXI, Figure XXI.a et XXI.b).

Les supports détaillés ci-dessus permettent de pouvoir proposer dans 90,0% (9) des cas une aide à la propulsion du fauteuil roulant manuel. A 80,0% (8) les risques liés aux douleurs d'épaule sont évoqués et des préconisations d'aménagements du logement sont effectuées. Concernant les préconisations d'aides techniques, les réglages et les règles pour le bon entretien du fauteuil roulant ainsi que la notion d'économie articulaire, ces sujets sont apportés au patient dans 70,0% (7) des cas. Dans 60,0% (6) des cas, des conseils pour l'aménagement des rangements au domicile et des solutions afin de limiter le nombre de transferts sont donnés. Dans 40,0% (4) les notions de physiopathologie des douleurs aux épaules et d'anatomie de l'épaule sont abordées. La figure 5 de la page suivante montre leur répartition (Cf. Annexe XXI, Figure XXI.c).

Un ergothérapeute a ajouté que tous les sujets pouvaient être abordés en fonction des attentes et demandes du patient.

Le temps passé à cette prévention durant les séances d'ergothérapie est variable pour 10% (1) des thérapeutes, il s'agit de moins d'une heure, 20% (2) d'entre eux y consacrent 1 heure à 2 heures, 40% (4) 2 heures à 3 heures, 10% (1) 4 heures à 5 heures et 20% (2) plus de 5 heures (Cf. Annexe XXI, Figure XXI.d).

Concernant les séances en groupe, aucun thérapeute ne réalise de prévention en groupe sur le temps des séances en ergothérapie. Cinq ont précisé qu'ils réalisent la prévention au cours de la prise en charge sans séances spécifiques.

A propos de la prévention qui est réalisée en dehors des séances d'ergothérapie, il y a deux séries de réponses qui ne sont pas exploitables car les questions n'ont pas été comprises. Le temps alloué à cette prévention est officiel pour l'établissement dans 12,5% des réponses obtenues. Cette prévention est réalisée avec une équipe pluridisciplinaire avec les mêmes professionnels cités pour la prévention durant les séances d'ergothérapie.

Les outils pédagogiques utilisés sont de même nature et dans les mêmes proportions que ceux détaillés pour la prévention réalisée sur le temps des séances d'ergothérapie (Cf. Annexe XXI, Figure XXI.a);

Grâce à ces outils pédagogiques, les solutions d'aide à la propulsion sont abordées dans 100% des cas. Les risques des douleurs d'épaule, les règles d'entretien du fauteuil roulant et les réglages de ce dernier sont précisés au patient dans 87,5% (7) des cas. L'équipe pluridisciplinaire aborde à 75,0% (6) les thèmes suivants : l'économie articulaire et les aménagements pour les rangements et le domicile. La préconisation d'aides techniques est réalisée dans 62,5% (5) des cas. Des solutions pour limiter le nombre de transferts sont apportées au patient dans 50,0% (4) des cas. La physiopathologie des douleurs d'épaule est expliquée au patient dans 37,5 % (3) des cas. Enfin l'anatomie de l'épaule et la notion d'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire sont abordés dans 25,0% (2) des cas.

Les thématiques abordées en dehors des séances en ergothérapie et durant les séances sont assez proches. Le graphique ci-dessous les regroupe (Cf. Annexe XXI, Figure XXI.c).

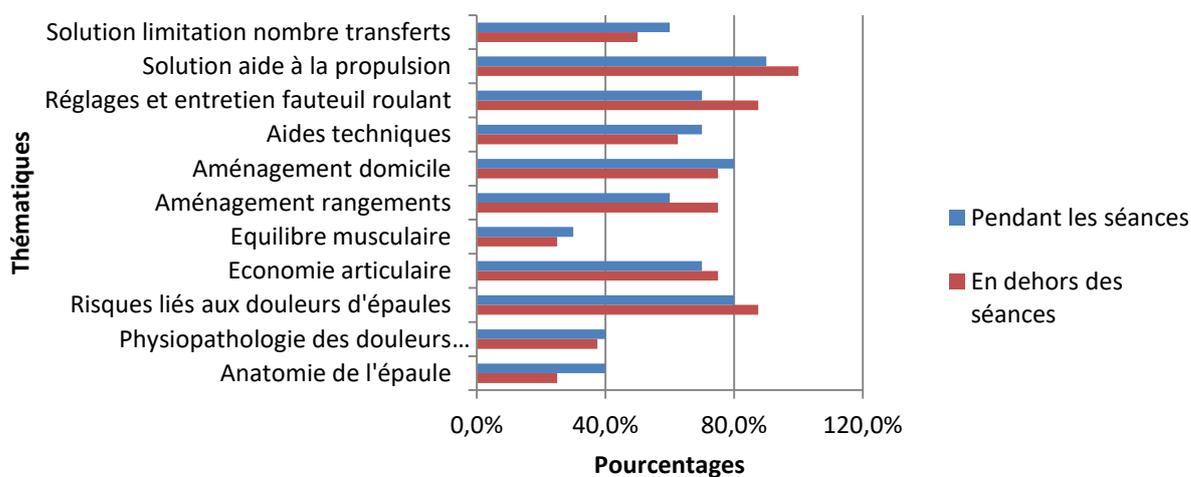


Figure 5 : Graphique représentant les thématiques abordées dans le profil de prévention 6

Concernant le temps pour réaliser cette prévention, en dehors des séances, 10,0% (1) y consacre moins d'une heure. Pour 40,0% (4) des ergothérapeutes elle nécessite 1 à 2 heures, pour 20,0% (2) d'entre eux 2 à 3 heures, pour 10,0% (1) d'entre eux entre 4 et 5 heures et enfin pour 20% (2) d'entre eux, plus de 5 heures (Cf. Annexe XXI, Figure XXI.e).

Dans aucun cas, la prévention est organisée sous forme de séances récurrentes, s'il s'agit d'un groupe, alors un temps individuel est pris pour adapter les solutions qui conviennent à la personne.

Dans le profil 6, la prévention est expliquée au patient lorsqu'elle est effectuée durant les séances en ergothérapie. Le temps consacré en dehors des séances est pour la majorité non officiel pour l'établissement de soins. Elle est réalisée avec une équipe pluridisciplinaire identique sur les deux temps. Les outils pédagogiques utilisés pour les deux temps sont généralement des explications orales et des mises en situation. Les thématiques les plus retrouvées sont les risques liés aux douleurs d'épaule, les aménagements du domicile et les solutions d'aide à la propulsion du fauteuil roulant manuel. Le temps dédié à cette prévention est de 2 à 3 heures en séance et de 1 à 2 heures en dehors des séances.

5.1.4.3 L'utilisation du profil 5

Un seul ergothérapeute a répondu au questionnaire selon le profil 5, qui correspond à la réalisation de la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques pendant les séances d'ergothérapie avec un protocole et en dehors des séances avec un protocole.

Concernant le protocole appliqué pour la prévention pendant les séances d'ergothérapie, pour lequel il n'y a pas eu de réflexion en groupe pour son élaboration, l'ergothérapeute est seul pour l'exécuter.

Des explications orales et des mises en situation sont utilisées pour aborder 11 thématiques (Cf. Annexe XXII, Figure XXII.a). Ces thématiques sont: l'anatomie de l'épaule, la physiopathologie des douleurs aux épaules, les risques liés aux douleurs d'épaule, l'économie articulaire, l'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire, les aménagements des rangements et du domicile, la préconisation d'aides techniques, les réglages et l'entretien du fauteuil roulant et enfin des solutions d'aide à la propulsion et limitant le nombre de transferts (Cf. Annexe XXII, Figure XXII.b). Cette prévention se fait en individuel, sa durée varie entre 1 à 2 heures

Le protocole utilisé pour la prévention en dehors des séances en ergothérapie, correspond à un atelier/groupe de parole. Il a fait l'objet d'une réflexion en groupe avec un kinésithérapeute, enseignant APA et un ergothérapeute. En ce qui concerne

l'exécution du protocole, celle-ci est réalisé en binôme kinésithérapeute et ergothérapeute.

Le professionnel qui a apporté ces réponses pense que l'ergothérapeute a sa place pour la réflexion pluridisciplinaire et l'exécution du protocole qui traite cette thématique.

Les outils pédagogiques utilisés sont les explications orales, des réflexions et des questionnements avec le patient, des témoignages de patients qui présentent des douleurs aux épaules, un support papier explicatif de type affiche, un support vidéo, un squelette et un support papier mémo qui est remis au patient (Cf. Annexe XXII, Figure XXII.a).

Grâce à ces outils 11 thématiques sont abordées, il s'agit des mêmes que celles durant les séances (Cf. Annexe XXII, Figure XXII.b).

La durée de ce protocole est de 1 à 2 heures.

Le protocole appliqué en séances d'ergothérapie, permet une explication claire de la prévention des douleurs d'épaule, elle est réalisée uniquement avec l'ergothérapeute en individuel. Onze thématiques sont abordées à l'aide de 2 outils pédagogiques. Le protocole appliqué en dehors des séances est le fruit d'une collaboration entre le kinésithérapeute, l'enseignant APA et l'ergothérapeute. Les 11 thématiques sont répétées avec 7 outils pédagogiques différents. Ces deux protocoles sont réalisés sur une durée de 1 à 2 heures.

5.1.4.4 L'utilisation du profil 8

Le profil 8 correspond à la réalisation de la prévention du vieillissement prématuré des épaules durant les séances d'ergothérapie sans protocole et en dehors des séances d'ergothérapie avec un protocole. Il y a un ergothérapeute qui a répondu selon ce profil.

Lors de la prévention réalisée sur le temps des séances en ergothérapie, cet objectif est ouvertement expliqué au patient. Elle est réalisée avec une équipe pluridisciplinaire dans laquelle chacun a un rôle. Le kinésithérapeute et l'éducateur APA ont la charge du renforcement musculaire. L'ergothérapeute s'assure de la technique de propulsion du fauteuil roulant manuel et du positionnement.

Différents outils pédagogiques sont utilisés: les explications orales, les réflexions et questionnements avec le patient et les mises en situation (Cf. Annexe XXIII, Figure XXIII.a). Ces outils sont mis à disposition pour aborder l'anatomie de l'épaule, la physiopathologie des douleurs, les risques liés aux douleurs d'épaule, la notion d'économie articulaire, les aménagements des rangements et du domicile, les aides techniques, les réglages et l'entretien du fauteuil roulant, les solutions d'aide à la propulsion et d'autres limitant le nombre de transferts quotidiens (Cf. Annexe XXIII, Figure XXIII.b). Cette prévention requiert plus de 5 heures. Elle n'est pas réalisée sous forme de séances, des entretiens et des essais sont pratiqués pour répondre aux besoins et attentes du patient.

Concernant la prévention en dehors des séances d'ergothérapie, le protocole est réalisé en séance individuelle, il n'a pas fait l'objet d'une réflexion de groupe pour sa création. Son exécution est réalisée avec le kinésithérapeute, l'éducateur APA et l'ergothérapeute.

La place de l'ergothérapeute au sein du protocole se justifie pour la préconisation du fauteuil roulant essentiellement. Les outils pédagogiques utilisés sont les mêmes que dans le cadre de la prévention réalisée dans le cadre de la prise en charge en ergothérapie (Cf. Annexe XXIII, Figure XXIII.a). Les thématiques proposées sont de mêmes identiques à celles des séances (Cf. Annexe XXIII, Figure XXIII.b). Le temps nécessaire est estimé à plus de 5 heures.

Dans ce profil, la prévention est clairement expliquée au patient et elle est réalisée en équipe pluridisciplinaire. Les outils et thématiques utilisés sont les mêmes pour la prévention réalisée pendant la prise en charge et lors de l'exploitation du protocole en dehors du temps d'ergothérapie. Le temps employé à la prévention est supérieur à 5 heures.

5.1.4.5 Profil sans ergothérapeute

Nous avons pu constater que dans certains cas l'ergothérapeute ne participe pas à la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques. Deux réponses ne sont pas exploitables par défaut de compréhension du fonctionnement du questionnaire notamment de la première question.

Dans 2 des réponses restantes, c'est un kinésithérapeute qui effectue la prévention par manque de temps. Ces deux thérapeutes exercent dans un SAMSAH et dans un centre de médecine physique et de réadaptation. Pour l'élaboration du cahier des charges du fauteuil roulant, les préconisations d'aides techniques et d'aménagement du domicile, l'ergothérapeute intervient par le biais de visite à domicile et avec le discours du patient et/ou des proches. Dans le cas de l'ergothérapeute du SAMSAH, il s'aide des compte rendus médicaux en plus des moyens cités précédemment.

Dans les autres cas la prévention n'est pas pratiquée au sein de la structure car la prévention des épaules n'est pas identifiée comme un besoin. Les deux ergothérapeutes ayant donné ces réponses exercent dans un SAMSAH et dans un Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle.

Lorsque la prévention est un besoin mais elle n'est pas réalisée par l'ergothérapeute, il s'agit d'un manque de temps. L'ergothérapeute est tout de même missionné pour appliquer certaines de ses compétences.

5.1.5 L'avis et la formation des thérapeutes

Il est important de connaître le degré de sensibilité des professionnels à cette prévention et les moyens dont ils disposent pour s'y former.

Le degré d'importance porté à la prévention par les ergothérapeutes est dans 65,4% (17) jugée très importante et dans 34,6% (9) importante (Cf. Annexe XXIV, Figure XXIV.a ET XXIV.b).

La sensibilisation à cette problématique a été réalisée pour 37,0% (17) d'entre eux par leurs propres constatations, pour 21,7% (10) lors de leur formation initiale, pour 19,6% (9) par un autre professionnel sur leur lieu d'exercice, pour 13,0% (6) par leurs propres recherches et dans 8,7% (4) lors de formations ou de rassemblement professionnel (ex : congrès) dans le cadre de la formation continue (Cf. Annexe XXIV, Figure XXIV.c).

L'apprentissage des prises en charge de ces douleurs d'épaule a été fait pour 30,6% (14) d'entre eux par leurs propres constatations, dans 22,4% (11) des cas par un autre professionnel sur leur lieu d'exercice, pour 22,4% (11) lors de leurs propres recherches, dans 12,2% (6) durant la formation initiale et pour 10,2% (5) lors de formations dans le cadre de la formation continue. Deux réponses ont été ajoutées

par les professionnels, la notion de l'expérience que j'ai comptabilisé dans les réponses "par vos propres constatations". Dans 2,0% (1) il n'y a pas de formation (Cf. Annexe XXIV, Figure XXIV.d).

Si on effectue un test χ^2 , afin de vérifier si la sensibilisation et la formation à la prise en charge sont liées, on obtient un χ^2 total théorique inférieur au χ^2 total observé. On peut alors conclure que ces deux notions sont liées. La sensibilisation est existante lorsque les professionnels sont formés à la prise en charge des douleurs d'épaule (Cf. Annexe XXIV, Figure XXIV.e).

5.1.6 Lien entre prévention et expérience

J'ai voulu faire le lien entre les données de l'expérience, les moyens de sensibilisation et de formation. Ces liens ont été validés par un test χ^2 . Pour comparer l'expérience, j'ai créé des fourchettes d'âge: 0 à 5 ans pour la première, la seconde est 5 à 15 ans et la dernière plus de 15 ans (Cf. Annexe XXIV, Figure XXIV.g et XXIV.h).

Lorsqu'on effectue le test du χ^2 pour croiser les données entre expérience et la sensibilisation, on obtient un χ^2 observé supérieur au théorique (Cf. Annexe XXIV, Figure XXIV.f). On peut conclure que l'expérience des ergothérapeutes dans la prise en charge des patients paraplégiques et sensibilisés aux complications d'épaule sont liés. De même en effectuant un test du χ^2 entre l'expérience et les moyens de formation à la prise en charge des douleurs d'épaule, on obtient un χ^2 observé supérieur au théorique (Cf. Annexe XXIV, Figure XXIV.f). L'expérience et la formation sont donc liées.

On observe que la sensibilisation et la formation lors de la formation initiale, est plus importante pour la fourchette d'âge la plus jeune.

Les résultats de ces questionnaires montrent une implication des thérapeutes dans les complications d'épaule chez les patients paraplégiques. Nous allons maintenant les mettre en lien avec les éléments décrits dans la littérature.

6 Discussion

6.1 Lien entre littérature et pratique

6.1.1 L'importance de la prévention

La réalisation de la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique est importante à prendre en compte. En effet, la "sur utilisation" et le "malmenage" de ces dernières peuvent avoir des conséquences non négligeables sur le quotidien de la personne. Les éléments trouvés dans la littérature et l'avis des thérapeutes des professionnels à ce sujet sont en adéquation.

La sensibilisation est directement liée à la formation des thérapeutes, or ces deux paramètres sont eux-mêmes liés à l'expérience avec des patients paraplégiques. Ainsi, on peut noter l'importance de la sensibilisation dès la formation initiale mais aussi durant l'exercice de la profession. Par exemple, les fabricants de fauteuil roulant ne cessent de créer de nouveaux fauteuils roulants avec les nouvelles techniques et technologies. L'ergothérapeute doit donc se mettre à jour des nouveautés en permanence et connaître les produits. Le but étant de pouvoir proposer le moyen le plus adapté à la personne.

6.1.2 La mise en place de la prévention

Un ergothérapeute, a un rôle à jouer dans la prévention du vieillissement des épaules chez ce type de patients. Il n'y a pas d'élément dans la littérature qui permet de décrire la manière dont l'ergothérapeute joue son rôle. Ainsi, lorsque l'on questionne les professionnels sur leur pratique, on constate qu'ils utilisent plusieurs outils afin de sensibiliser les patients. Avec ces outils, plusieurs thématiques sont abordées. D'un point de vue pédagogique, la multiplication des supports permettent au patient une meilleure intégration des informations. De plus, certains supports pédagogiques peuvent être plus parlants pour certains patients que d'autres. Avec la multiplication des techniques, on peut prétendre toucher plus de personnes et favoriser la transposition dans le quotidien du patient. Un deuxième élément pédagogique favorisant est la répétition. Le fait de procéder la prévention pendant les séances en ergothérapie et en dehors peut être un atout pour l'intégration des connaissances et la transgression dans son quotidien.

L'ergothérapeute est indispensable pour la réalisation de cette prévention mais uniquement s'il est inclus dans une équipe pluridisciplinaire. En effet, plusieurs professionnels interviennent dans la prévention du vieillissement prématuré des

douleurs d'épaule chez le patient paraplégique. Certains professionnels ont des champs de compétences en commun. Il peut être compliqué de se répartir les rôles afin de s'assurer que le patient ait la prise en charge la plus optimale possible. Une communication entre les différents professionnels est alors indispensable. C'est pourquoi l'existence d'un guide de pratique peut être intéressante.

6.1.3 Parallèle avec le modèle de prévention des TMS au travail

On peut noter que les recommandations de l'INPES en terme prévention et la manière dont les ergothérapeutes réalisent cette prévention spécifique sont en adéquation. Les notions de personnalisation des solutions et d'adhésion du patient sont mentionnées dans la majorité des réponses. Sans l'existence d'une démarche décrite dans la littérature, les ergothérapeutes prennent en charge les complications d'épaule en équipe pluridisciplinaire dans le but d'apporter au patient différentes informations et moyens. Pour cela, ils multiplient les supports et outils afin d'aborder les thématiques essentielles pour retarder le vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques. On peut donc en conclure qu'il existe une stratégie dans la mise en place de la prévention même si elle n'est pas standardisée.

Il existe aussi des ressemblances avec les principes fondamentaux de la prévention des TMS selon les recommandations de l'INRS. Il est mentionné que l'approche doit être globale, or on retrouve cette notion dans l'abord des différentes thématiques et les temps individuels consacrés aux préconisations par exemple. Le deuxième principe est la participation de tous les acteurs. Ce principe est respecté avec la participation d'une équipe pluridisciplinaire dans la prévention mais aussi avec le placement du patient au centre de son projet de soin. La notion d'interdisciplinarité permet de justifier le troisième principe qui est le partage des connaissances et des compétences. Les différents professionnels qui gravitent autour de la prévention ont des compétences propres mais aussi transversales. Ces compétences sont apportées avec des points de vue différents selon les professions. Ainsi, la mixité des professionnels amènent à un échange des connaissances et des compétences de chacun.

Ce guide peut être utilisé comme support pour créer un guide spécifique à la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques. Le principe fondamental de ce guide doit rester adapté à la personne en fonction de son rythme de vie et des "sacrifices" qu'il veut bien accepter. Il faut que le patient soit

acteur dans sa prise en charge pour qu'il puisse profiter au maximum des bénéfices des solutions proposées et qu'il se les approprie dans son quotidien.

Reprenons les 4 étapes du guide utilisé dans le domaine de la prévention de la santé au travail de la prévention des douleurs et pathologies touchant les épaules.

La première: la mobilisation, le but est de comprendre les enjeux et adhérer à la prévention. Les acteurs concernés sont les thérapeutes et les patients. Les thérapeutes doivent être sensibilisés et formés à cette prévention. On peut ici associer les différents services à l'ensemble des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire qui gravitent autour du patient et/ou les aidants. Les partenaires peuvent être ceux du réseau médical comme les revendeurs médicaux ou les associations de patients par exemple. Dans cette première étape des informations sont apportées sur la thématique. Les professionnels peuvent aborder les notions sur l'anatomie de l'épaule et sur la physiopathologie des douleurs aux épaules avec les causes et les mécanismes d'aggravation. Ils peuvent se servir de plusieurs supports pédagogiques tels qu'un squelette, un support vidéo, des affiches tout en les accompagnant d'explications orales.

La seconde: l'investigation, permet de mieux connaître les risques et déterminer les situations dangereuses. Pour cela, les thématiques abordées dans la première étape peuvent être mises en lien avec les AVQ de la personne. Le patient doit s'approprier les facteurs de risques dans ses habitudes de vie. Ainsi, il doit par des questionnements, des réflexions et des mises en situation identifier les activités délétères pour ses épaules.

Dans la troisième étape il s'agit de la maîtrise du risque. Des actions ergonomiques en modifiant les situations à risques afin de diminuer les contraintes. En effet certaines habitudes de vie identifiées comme contraignantes pour les épaules à l'étape précédente peuvent être modifiées. C'est durant cette étape que les thérapeutes vont proposer leurs solutions. Ces dernières peuvent être de simples conseils touchant la qualité et la quantité de la gestuelle, comme l'économie articulaire, des façons de limiter le nombre de transferts quotidiens, l'entretien de l'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire par exemple. Nous pouvons aussi retrouver des solutions matérielles comme l'aménagement du domicile comprenant l'accès et les aménagements de salle de bain, les assistances à la propulsion du fauteuil roulant manuel ou bien un changement de fauteuil roulant. Des difficultés peuvent être rencontrées à cette étape. Il faut que les solutions apportées soit un

équilibre entre plusieurs paramètres. Le premier paramètre est de ne pas proposer des solutions qui réduisent l'indépendance du patient. Le deuxième est de ne pas changer totalement les habitudes de vie du patient, ou de lui proposer des solutions qui ne sont pas adaptées et qui finalement ne seront pas utilisées. En effet, le changement d'habitude de vie est un frein à l'utilisation de certaines solutions. Le tout durant cette étape est de trouver un compromis entre les besoins, les capacités et les envies du patient.

Enfin la dernière étape correspond à l'évaluation. Il faut pouvoir évaluer au début de la prévention pour pouvoir ensuite réévaluer et obtenir l'efficacité des solutions proposées. Cette étape peut permettre de réajuster les solutions en fonction des problématiques rencontrées. D'après le décret de compétence des ergothérapeutes, ils sont habilités à réaliser certaines évaluations dans le cadre de leur pratique. Ces dernières peuvent être utilisées dans le cadre de la prévention.

Ce modèle de prévention des TMS dans le cadre professionnel peut être un moyen de mise en place de la prévention des douleurs d'épaule chez les patients paraplégiques. Le but de cette prévention, dans le cas du domaine professionnel ou du patient paraplégique, est de garantir un confort au travail ou dans la vie de la personne.

Un des outils qui figure dans les recommandations de l'HAS pour la prise en charge des patients paraplégiques est l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Le principe premier de ce programme est de rendre le patient acteur dans son suivi à long terme. Cet outil partage les mêmes principes et recommandations que citées précédemment. De plus il est élaboré avec un groupe pluridisciplinaire, il multiplie les supports et organise les thématiques abordées entre-elles. L'avantage de cet outil est qu'il fixe mieux les rôles de chacun lors de la préparation à sa mise en place comparé à l'outil décrit précédemment. L'inconvénient est qu'il demande une formation pour sa création et son exploitation.

Il existe donc des possibilités pour cadrer la mise en place de la prévention chez les patients paraplégiques. Les ergothérapeutes détiennent les moyens mais n'ont pas de guide particulier pour leur mise en place.

6.2 Validation de mes hypothèses

Majoritairement, les ergothérapeutes n'appliquent pas de protocole ou de guide de pratique pour réaliser la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques. J'ai tout de même pu récolter des réponses d'ergothérapeutes qui pratiquent cette prévention selon l'exploitation d'un protocole. Ma première hypothèse est donc partiellement validée.

Qu'il y est l'existence ou non d'un protocole, les ergothérapeutes réalisent dans beaucoup de cas la prévention des épaules sur le temps de prise en charge du patient en ergothérapie. Cependant, certains ajoutent un temps supplémentaire en dehors du temps de prise en charge. Dans tous les cas de figure que j'ai pu observer, l'ergothérapeute la réalise avec une équipe pluridisciplinaire. Mon hypothèse est donc validée avec la notion de l'équipe pluridisciplinaire.

6.3 Biais et limites de ce travail de recherche

6.3.1 Limite du questionnaire

Il existe peu de centres spécialisés en France concernant la prise en charge des patients blessés médullaires. En effet, ce n'est pas dans l'habitude de tous les ergothérapeutes d'avoir des patients présentant ce type de pathologie. L'échelle du nombre de patient par an, n'est pas une pratique commune chez les thérapeutes; Un rapport en pourcentage du nombre de patient paraplégique sur le nombre de patient total par an aurait pu être envisagé.

La question concernant la durée dédiée à la prévention a posé problème. En effet, la prévention est, dans la plupart des cas, intégrée à la prise en charge du patient. Il est donc difficile d'avoir un ordre d'idée du temps consacré à cet objectif.

Les questions portant sur l'aspect pluridisciplinaire, n'ont pas été traitées comme je le voulais. Chaque structure a sa propre organisation pour les rôles de chaque professionnel. En effet, je trouve que je manque d'informations concernant cette organisation. J'aurais pu séparer ces questions en plusieurs pour faciliter les réponses et pour questionner sur les différents professionnels proposer une question fermée à choix multiples et la faire suivre par la question ouverte demandant de décrire les rôles de chacun.

En ce qui concerne le lien entre les outils utilisés pour aborder les thématiques, j'aurais du diviser les questions. J'aurais demandé d'associer des outils

pour une thématique. Ainsi j'aurais pu lier ou non chaque thématique à un ou plusieurs outils.

6.3.2 Les biais de ma recherche

Le premier biais que j'ai identifié est la maîtrise de l'utilisation de mon outil. En effet, mon questionnaire comportait beaucoup de question à inclusion. Si l'ergothérapeute comprenait mal ma question ou ne savait pas se servir de l'outil alors sa réponse n'était pas exploitable.

Le choix de créer des questions multiples aidait à répondre au questionnaire. C'est un biais qui permettait au thérapeute d'interpréter sa pratique par rapport aux mots clefs choisis.

Les questions portant sur l'avis des thérapeutes, leurs moyens de sensibilisation et de formation à la prise en charge des complications d'épaule ne sont pas neutres.

6.4 Pour continuer mon travail

Pour approfondir ce travail, il pourrait être intéressant de questionner les patients qui bénéficient de la prévention. Avoir leur degré de satisfaction sur la prévention qu'ils ont reçu est une donnée importante. Connaître les méthodes qu'ils ont appréciées ou qui leur ont permis d'appliquer les conseils dans leur quotidien me paraît essentiel. Ainsi, je pourrai trouver des outils pour favoriser leur adhésion à cette prévention. Interroger tous les professionnels gravitant autour du patient afin de connaître le rôle de chacun peut aussi être une piste de continuation. De plus, je pourrai réaliser des entretiens avec les professionnels afin d'échanger sur leur pratique, les limites qu'ils rencontrent dans la prévention et compléter les informations manquantes sur les modalités d'évaluation.

Avec ces informations supplémentaires, on peut imaginer la création d'un guide pratique de prise en charge des complications d'épaule chez les patients paraplégiques. Ce qui permettrait d'avoir un support pour réaliser la prévention des douleurs d'épaule. Le système de soin français demande de plus en plus de justifications des actes. La création d'un guide avec des étapes permettrait d'officialiser le temps qui est dédié à cette prévention. De plus, elle permettrait d'uniformiser la pratique pour avoir un langage commun et une pratique globale commune. Elle permettrait de faciliter les échanges entre les professionnels d'une

même structure. La répartition des rôles de chaque professionnel de l'équipe pluridisciplinaire serait claire. La communication entre les différentes structures dans le suivi à long terme du patient pourrait être facilitée par la mise en place de ce moyen.

Conclusion

La problématique du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique est de plus en plus rencontrée suite à l'augmentation de l'espérance de vie chez ces patients. L'épaule étant l'articulation qui lie le tronc et le membre supérieur, la détérioration de sa mobilité entraîne des conséquences fonctionnelles importantes à terme. De plus les douleurs provoquées par ce vieillissement prématuré multiplient les situations de handicap. Or le niveau d'indépendance de ces patients actifs tels que les patients paraplégiques doit être le plus élevé possible et de façon durable. Ainsi la prévention des épaules dans le cas de cette pathologie doit être faite de façon précoce. Le patient doit prendre conscience des conséquences possibles et s'approprier les solutions respectant au mieux ses épaules dans son quotidien. Ces solutions consistent à limiter l'utilisation excessive du membre supérieur dans certains gestes répétés quotidiennement. La qualité de ces gestes fait partie des moyens permettant de solliciter les épaules de façon moins délétère. Pour cela, l'ergothérapeute va agir avec l'équipe pluridisciplinaire. Son rôle va être de permettre au patient de maintenir ou limiter la perte de son indépendance face aux situations de handicap qu'il rencontre. Les préconisations doivent être réalisées de façon adaptée à la personne selon ses envies, ses besoins et son mode de vie. La pratique de cette prévention fait partie du processus de prise en charge du patient avec une stratégie élaborée par les différents professionnels gravitant autour de lui. Tout de même, en règle générale, elle n'est pas cadrée selon un guide de pratique. La finalité de cette prévention est que le patient puisse s'identifier à la problématique et qu'il soit acteur de sa prévention afin de maintenir sa qualité de vie. Pour cela, l'adhésion du patient aux soins qu'il reçoit est indispensable. Or ce n'est pas évident compte tenu de la jeunesse de la population touchée et de leur envie de se surpasser.

"Julie, j'ai déjà plus mes jambes, laisse moi utiliser mes bras comme j'veux!"

(Mr.D, 24 ans, paraplégique depuis 1 an, ne présente pas de douleurs aux épaules)

Bibliographie

Ouvrage:

ARIANIELLO F., BOUCHERAS M-C. et VELSCH-RONDEAU E. Vieillesse de la personne blessée médullaire: prévention des complications secondaires et suivi. In POUPLIN S. *Accompagnement de la personne blessée médullaire en ergothérapie*. Marseille: Solal, 2011, p. 307

BONNYAUD C., IMANDT E. et POUPLIN S. Aspects de biomécanique fonctionnelle nécessaire pour la compréhension et la prise en charge thérapeutique de la personne blessée médullaire. In POUPLIN S. *Accompagnement de la personne blessée médullaire en ergothérapie*. Marseille: Solal, 2011, p. 81-97

BOUCHE.S Choix du fauteuil roulant pour la personne blessée médullaire. In POUPLIN S. *Accompagnement de la personne blessée médullaire en ergothérapie*. Marseille: Solal, 2011, p. 155-161

BOUTEILLE J., DUMONT E., PAGER J. et Aménagements du domicile des personnes blessées médullaires. In POUPLIN S. *Accompagnement de la personne blessée médullaire en ergothérapie*. Marseille: Solal, 2011, p. 253-268

BRAD A-L., LE BESQUER R., MARE F. et al. Personnes blessées médullaires et conduite automobile. In POUPLIN S. *Accompagnement de la personne blessée médullaire en ergothérapie*. Marseille: Solal, 2011, p. 275

BOURNETON D. *Au dessus des nuages*. Paris : Editions Robert Laffont, 2015, p.1-52

HURTEL C. et ROCHELLE A. Les transferts. In POUPLIN S. *Accompagnement de la personne blessée médullaire en ergothérapie*. Marseille: Solal, 2011, p. 113-128

Article:

ALIX F., DUBOT M-F., PROFIT M. et al. Les douleurs d'épaule chez le paraplégique en fauteuil roulant. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 1999, volume 42, n°7, p.390

ALM M., NORRBRINK C. et SARASTE H. Shoulder pain in persons with thoracic spinal cord injury: prevalence and characteristics. *J Rehabil Med*. 2008, 40, p. 277-283

AYMARD C., BENDAYA S., HENNEBELLE D. et al. Le vieillissement du paraplégique. *3r a.n.m.s.r*. 2002, n°64

BEN SALAH F-Z., DZIRI C. et SLIMAN.N. Pathologies liées à l'usage du fauteuil roulant: comment y remédier?. *Journal de réadaptation médicale*. 2010, n°30, p. 111-114

BERGSTROM E., CHARLIFUE SW. GERHART KA et al. Long-term spinal cord injury: functional changes over time. *Arch Phys Med Rehabil*. 1993, volume 74, n°10, p.1030-1034

BOUCHOT-MARCHAL B., HAMEAU S., HALFEN S. et al. Lésions médullaires acquises de l'adulte: rééducation des paraplégiques complètes, *EMC Kinésithérapie- Médecine physique- Réadaptation*, 2015, volume 11, n°2, p.15-22

CHIVILO M., DELPECH E., DEMAY S. et al. Rôle des rééducateurs dans la prévention des douleurs d'épaules du paraplégique. *Kinésithérapie scientifique*, 2010, n°426, p.29-34

SEURET F. Portrait chiffré des blessés médullaire. *Faire Face magazine*. 2011, n°11, p.6

GUILLON B. et LAFFONT I. Actualités sur les fauteuils roulants. *Kinésithérapie- Médecine physique-Réadaptation*. 2002, 26-170-8-10, p. 7-10

BEURET-BLANQUART F. et BOUCAND M-H. Vieillissement chez les blessés médullaires. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 2003, 46, p. 578-591

GUTIERREZ D-D., KEMP B., THOMPSON L. et al. The Relationship of Shoulder Pain Intensity to Quality of Life, Physical Activity, and Community Participation in Persons With Paraplegia. *J Spinal Cord Med*. 2007, 30, p. 251–255

Autres références:

Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. JO affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, n°14133 du 23 novembre 1986. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/> (Consulté le 17/03/17)

Fondation Garches. Disponible sur : <http://www.handicap.org> (Consulté le 17/05/17)

Handicat. Disponible sur : <http://www.handicat.com> (Consulté le 17/05/17)

HAS/Service des affections de longue durée et accords conventionnels. *Guide-Affection de longue durée paraplégie (lésions médullaires)*. 2007 Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>. (Consulté le 09/04/17)

INPES. Quelques principes adoptés par la communication en santé publique [en ligne]. Disponible sur: <http://www.inpes.santepubliquefrance.fr> (Consulté le 15/04/17)

INRS. Troubles musculosquelettiques (TMS), Prévention [en ligne]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr> (Consulté le 15/04/17)

INRS. Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur (TMS-MS), Guide pour les préventeurs [en ligne]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr> (Consulté le 17/05/17)

Invacare. Disponible sur : <http://www.invacare.fr> (Consulté le 17/05/17)

Institut Garches et APF. Prévention des douleurs d'épaules des personnes en "fauteuil roulant". Issy-les-Moulineaux : Bayard Service Edition, 2004, 10 p.
Disponible sur: <http://www.paratetra.apf.asso.fr>. (Consulté le 17/03/17)

Sommaire des annexes

Annexe I : Les zones de mobilité articulaire de l'épaule	1
Annexe II: Aide à la propulsion du fauteuil roulant manuel.....	2
Annexe III : Aide aux transferts	3
Annexe IV : Conduite embarquée	4
Annexe V : Les profils de prévention.....	5
Annexe VI : Questionnaire Profil 1	6
Annexe VII : Questionnaire Profil 2	11
Annexe VIII : Questionnaire Profil 3	16
Annexe IX : Questionnaire Profil 4	21
Annexe X : Questionnaire Profil 5	26
Annexe XI : Questionnaire Profil 6	33
Annexe XII : Questionnaire Profil 7	39
Annexe XIII : Questionnaire Profil 8	46
Annexe XIV : Questionnaire Profil sans ergothérapeute, professionnel tiers	53
Annexe XV : Questionnaire Profil sans ergothérapeute, sans prévention	57
Annexe XVI : Profil des professionnels	61
Annexe XVII : Profil des patients	62
Annexe XVIII : Profil de la prévention.....	66
Annexe XIX : Proposition de la prévention	68
Annexe XX : L'utilisation du profil de prévention 2	70
Annexe XXI : L'utilisation du profil de prévention 6	73
Annexe XXII : L'utilisation du profil de prévention 5	77
Annexe XXIII : L'utilisation du profil de prévention 8.....	78
Annexe XXIV : L'avis, la sensibilisation et la formation des thérapeutes.....	79

Annexe I : Les zones de mobilité articulaire de l'épaule

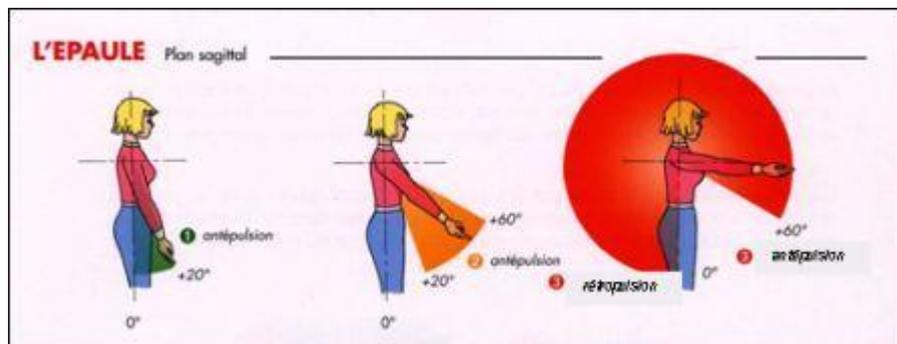


Figure I.a : Les zones de mobilité articulaire de l'épaule en antéflexion

(<http://www.ast74.fr>, consulté le 18/05/17)

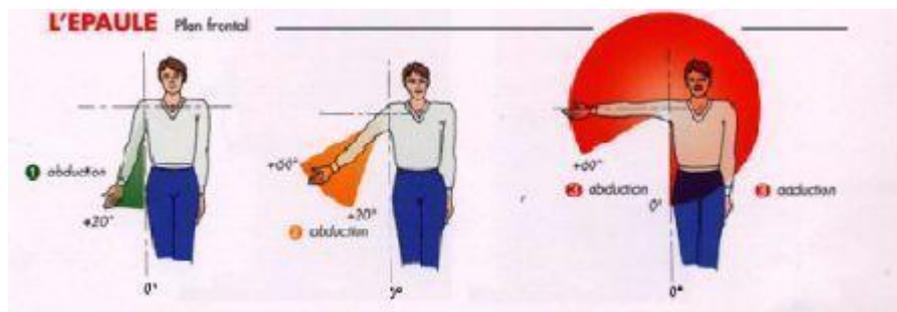


Figure I.b : Les zones de mobilité articulaire de l'épaule en abduction

(<http://www.ast74.fr>, consulté le 18/05/17)

Annexe II: Aide à la propulsion du fauteuil roulant manuel



Figure II.a : Système d'assistance électrique avec motorisation intégrée dans les grandes roues

(<http://www.invacare.fr>, consulté le 18/05/17)



Figure II.b : Système d'assistance électrique avec motorisation non intégrée

(<http://www.handicap.org>, consulté le 18/05/17)



Figure II.c : Système d'assistance électrique avec commande au joystick

(<http://www.handicap.org>, consulté le 18/05/17)

Annexe III : Aide aux transferts



Figure III.a : Planches de transfert
(<http://www.handicat.com>, consulté le 18/05/17)



Figure III.b : Lève-personne
(<http://www.handicat.com>, consulté le 18/05/17)



Figure III.c : Lève-personne fixe au plafond sur rail
(<http://www.handicat.com>, consulté le 18/05/17)

Annexe IV : Conduite embarquée



Figure IV.a : Conduite embarquée avec fauteuil roulant électrique
(<http://www.lenoirhandiconcept.com>, consulté le 18/05/17)



Figure IV.b : Accès à la conduite embarquée
(<http://www.lenoirhandiconcept.com>, consulté le 18/05/17)

Annexe V : Les profils de prévention

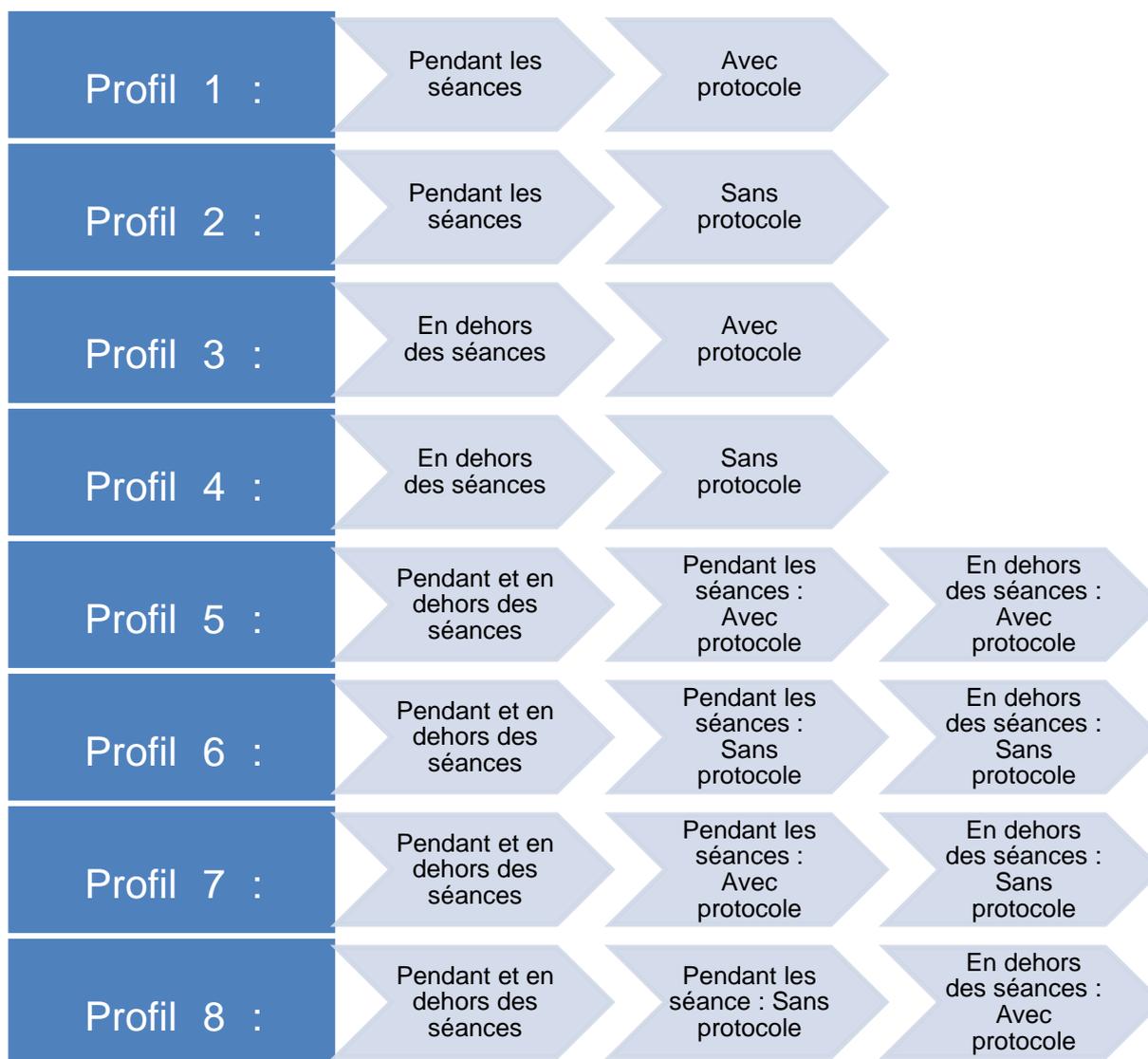


Figure V.a : Schéma récapitulatif des profils de prévention avec un ergothérapeute

Annexe VI : Questionnaire Profil 1

Questionnaire de mémoire d'initiation à la recherche: La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de 3^e année d'initiation à la recherche en ergothérapie, je me suis questionnée sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique lié au surmenage et au malmenage de celles-ci.

Dans cette perspective, j'ai souhaité me rapprocher du travail quotidien des ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce dernier est destiné aux ergothérapeutes rencontrant des patients paraplégiques. Ces données resteront anonymes et seront utilisées uniquement avec votre accord dans le cadre de mon sujet de recherche.

Modalités :

- La durée moyenne du questionnaire est estimée entre 10 à 15 minutes ;
- Il est attendu le retour du questionnaire avant le 12/05/2017.

Dans l'attente de votre participation, je vous remercie d'avance.

Julie Gener, étudiante en 3^e année à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de La Musse (27).

- 1) Dans le cadre de votre pratique professionnelle, prenez-vous en charge des patients présentant une paraplégique ?
 Oui Non
- 2) Dans quel type de structure exercez-vous ?
- 3) Depuis combien de temps exercez-vous l'ergothérapie ?
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous dans une structure prenant en charge des patients paraplégiques ?

- 5) Combien de patients paraplégiques prenez-vous en charge, par an, dans le cadre de votre activité professionnelle ?
- 6) En moyenne, quelle est l'ancienneté de la paraplégie ?
- 0 à 5 ans
 - 5 à 10 ans
 - 10 à 15 ans
 - 15 à 20 ans
 - 20 à 25 ans
 - Plus de 25 ans
- 7) Quel est le motif de l'hospitalisation en dehors de la prise en charge en phase aiguë ? (Plusieurs réponses possibles)
- Perte d'indépendance
 - Changement de fauteuil roulant
 - Traitement de douleurs d'épaules
 - Traitement d'escarres
 - Hospitalisation pour bilan
 - Séjour de répit
 - Autre (précisez)
- 8) Sous quel type de prise en charge êtes-vous amené à rencontrer des patients paraplégiques en dehors de la phase aiguë ? (plusieurs réponses possibles)
- Hospitalisation à temps complet de longue durée (> à 2 semaines)
 - Hospitalisation à temps complet de courte durée (< à 2 semaines)
 - Hôpital de jour
 - SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
 - SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
 - Consultations externes
 - Autres (Précisez)
- 9) En moyenne, à quelle fréquence êtes vous confronté à des douleurs d'épaules chez le patient paraplégique ?
- 100% 80% 60% 40 % 20% 0%
- 10) Un ergothérapeute est-il acteur dans la prévention de l'épaule chez les patients paraplégiques sur votre lieu d'exercice ?
- Oui
 - Non

La prévention des épaules est réalisée par un ergothérapeute

- 11) A quel moment cette prévention est-elle proposée au patient ? (Une seule réponse possible)
- Début de la prise en charge
 - Milieu de la prise en charge
 - Fin de la prise en charge
 - Autre (Précisez)

12) Quels facteurs favorisent la proposition de cette prévention ? (ex : âge, ancienneté de la paraplégie, activité du patient, présence de douleurs aux épaules...)

13) Est-elle réalisée sur le temps des séances en ergothérapie ou sur un autre temps ?

- Temps pris sur les séances en ergothérapie
- Temps en dehors des séances en ergothérapie
- Les deux

La prévention est réalisée sur le temps des séances en ergothérapie

14) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?

- Oui
- Non

Il existe un protocole pour la prévention des épaules

15) Relevant : (Plusieurs réponses possibles)

- D'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)
- D'un atelier ou groupe de parole
- D'une séance individuelle
- Autre (précisez)

16) A-t-il fait l'objet d'une réflexion en groupe ?

- Oui
- Non

17) Si oui, quels professionnels ont participé à cette réflexion ?

18) Si aucun ergothérapeute n'a participé à ce groupe de réflexion, donnez la raison.

19) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place au sein de ce groupe?
(Développement souhaité)

20) Pour l'exécution de ce protocole, quels sont les professionnels y participant ?

21) Si aucun ergothérapeute ne participe à l'exécution de ce protocole, donnez la raison.

22) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place dans l'exécution de ce protocole?
(Développement souhaité)

23) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Explications orales
- Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
- Mises en situation
- Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
- Support papier explicatif (ex : affiche)
- Support vidéo
- Squelette
- Support papier mémo à garder
- Autre (préciser)

24) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anatomie de l'épaule
- La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
- Les risques liés aux douleurs d'épaule
- L'économie articulaire
- L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
- L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
- L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
- Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
- Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
- Des solutions pour aider à la propulsion
- Des solutions pour limiter le nombre de transfert
- Autre (préciser)

25) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)

- Moins d'1 heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 heures et 3 heures
- Entre 4 heures et 5 heures
- Au delà de 5 heures

26) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

27) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux?

- Oui Non

28) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne ?

Votre avis sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques

29) La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous semble-t-elle ?

- Très Importante
- Importante
- Moyennement importante
- Peu importante
- Non nécessaire

30) La sensibilisation au vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

31) La formation à la prise en charge du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

Votre avis général sur ce questionnaire

32) Avez-vous trouvé les questions pertinentes ?

33) Avez-vous trouvé ce questionnaire clair ?

34) Avez-vous des remarques à ajouter ?

En vous remerciant du temps et de l'intérêt porté à ce questionnaire

Annexe VII : Questionnaire Profil 2

Questionnaire de mémoire d'initiation à la recherche: La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de 3e année d'initiation à la recherche en ergothérapie, je me suis questionnée sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique lié au surmenage et au malmenage de celles-ci.

Dans cette perspective, j'ai souhaité me rapprocher du travail quotidien des ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce dernier est destiné aux ergothérapeutes rencontrant des patients paraplégiques. Ces données resteront anonymes et seront utilisées uniquement avec votre accord dans le cadre de mon sujet de recherche.

Modalités :

- La durée moyenne du questionnaire est estimée entre 10 à 15 minutes ;
- Il est attendu le retour du questionnaire avant le 12/05/2017.

Dans l'attente de votre participation, je vous remercie d'avance.

Julie Gener, étudiante en 3e année à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de La Musse (27).

- 1) Dans le cadre de votre pratique professionnelle, prenez-vous en charge des patients présentant une paraplégique ?
 Oui Non

- 2) Dans quel type de structure exercez-vous ?

- 3) Depuis combien de temps exercez-vous l'ergothérapie ?
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous dans une structure prenant en charge des patients paraplégiques ?
- 5) Combien de patients paraplégiques prenez-vous en charge, par an, dans le cadre de votre activité professionnelle ?
- 6) En moyenne, quelle est l'ancienneté de la paraplégie ?
- 0 à 5 ans
 - 5 à 10 ans
 - 10 à 15 ans
 - 15 à 20 ans
 - 20 à 25 ans
 - Plus de 25 ans
- 7) Quel est le motif de l'hospitalisation en dehors de la prise en charge en phase aiguë ? (Plusieurs réponses possibles)
- Perte d'indépendance
 - Changement de fauteuil roulant
 - Traitement de douleurs d'épaules
 - Traitement d'escarres
 - Hospitalisation pour bilan
 - Séjour de répit
 - Autre (précisez)
- 8) Sous quel type de prise en charge êtes-vous amené à rencontrer des patients paraplégiques en dehors de la phase aiguë ? (plusieurs réponses possibles)
- Hospitalisation à temps complet de longue durée (> à 2 semaines)
 - Hospitalisation à temps complet de courte durée (< à 2 semaines)
 - Hôpital de jour
 - SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
 - SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
 - Consultations externes
 - Autres (Précisez)
- 9) En moyenne, à quelle fréquence êtes vous confronté à des douleurs d'épaules chez le patient paraplégique ?
- 100% 80% 60% 40 % 20% 0%
- 10) Un ergothérapeute est-il acteur dans la prévention de l'épaule chez les patients paraplégiques sur votre lieu d'exercice ?
- Oui
 - Non

La prévention des épaules est réalisée par un ergothérapeute

- 11) A quel moment cette prévention est-elle proposée au patient ? (Une seule réponse possible)
- Début de la prise en charge
 - Milieu de la prise en charge
 - Fin de la prise en charge
 - Autre (Précisez)
- 12) Quels facteurs favorisent la proposition de cette prévention ? (ex : âge, ancienneté de la paraplégie, activité du patient, présence de douleurs aux épaules...)
- 13) Est-elle réalisée sur le temps des séances en ergothérapie ou sur un autre temps ?
- Temps pris sur les séances en ergothérapie
 - Temps en dehors des séances en ergothérapie
 - Les deux

La prévention est réalisée sur le temps des séances en ergothérapie

- 14) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?
- Oui
 - Non

Il n'existe pas de protocole pour la prévention des épaules

- 15) Cette prévention est elle ouvertement expliquée au patient ?
- Oui
 - Non
- 16) La prévention est-elle réalisée avec d'autres professionnels que l'ergothérapeute ?
- Oui
 - Non
- 17) Si oui, lesquels et quelle est votre organisation commune ?
- 18) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)
- Explications orales
 - Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
 - Mises en situation
 - Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
 - Support papier explicatif (ex : affiche)
 - Support vidéo
 - Squelette
 - Support papier mémo à garder
 - Autre (préciser)

19) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anatomie de l'épaule
- La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
- Les risques liés aux douleurs d'épaule
- L'économie articulaire
- L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
- L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
- L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
- Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
- Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
- Des solutions pour aider à la propulsion
- Des solutions pour limiter le nombre de transfert
- Autre (préciser)

20) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)

- Moins d'1 heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 heures et 3 heures
- Entre 4 heures et 5 heures
- Au delà de 5 heures

21) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

22) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux ?

- Oui
- Non

23) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne ?

Votre avis sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques

24) La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous semble-t-elle ?

- Très Importante
- Importante
- Moyennement importante
- Peu importante
- Non nécessaire

25) La sensibilisation au vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

26) La formation à la prise en charge du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

Votre avis général sur ce questionnaire

27) Avez-vous trouvé les questions pertinentes ?

28) Avez-vous trouvé ce questionnaire clair ?

29) Avez-vous des remarques à ajouter ?

En vous remerciant du temps et de l'intérêt porté à ce questionnaire

Annexe VIII : Questionnaire Profil 3

Questionnaire de mémoire d'initiation à la recherche: La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de 3e année d'initiation à la recherche en ergothérapie, je me suis questionnée sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique lié au surmenage et au malmenage de celles-ci.

Dans cette perspective, j'ai souhaité me rapprocher du travail quotidien des ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce dernier est destiné aux ergothérapeutes rencontrant des patients paraplégiques. Ces données resteront anonymes et seront utilisées uniquement avec votre accord dans le cadre de mon sujet de recherche.

Modalités :

- La durée moyenne du questionnaire est estimée entre 10 à 15 minutes ;
- Il est attendu le retour du questionnaire avant le 12/05/2017.

Dans l'attente de votre participation, je vous remercie d'avance.

Julie Gener, étudiante en 3e année à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de La Musse (27).

- 1) Dans le cadre de votre pratique professionnelle, prenez-vous en charge des patients présentant une paraplégie ?
 Oui Non
- 2) Dans quel type de structure exercez-vous ?
- 3) Depuis combien de temps exercez-vous l'ergothérapie ?
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous dans une structure prenant en charge des patients paraplégiques ?

- 5) Combien de patients paraplégiques prenez-vous en charge, par an, dans le cadre de votre activité professionnelle ?
- 6) En moyenne, quelle est l'ancienneté de la paraplégie ?
- 0 à 5 ans
 - 5 à 10 ans
 - 10 à 15 ans
 - 15 à 20 ans
 - 20 à 25 ans
 - Plus de 25 ans
- 7) Quel est le motif de l'hospitalisation en dehors de la prise en charge en phase aiguë ? (Plusieurs réponses possibles)
- Perte d'indépendance
 - Changement de fauteuil roulant
 - Traitement de douleurs d'épaules
 - Traitement d'escarres
 - Hospitalisation pour bilan
 - Séjour de répit
 - Autre (précisez)
- 8) Sous quel type de prise en charge êtes-vous amené à rencontrer des patients paraplégiques en dehors de la phase aiguë ? (plusieurs réponses possibles)
- Hospitalisation à temps complet de longue durée (> à 2 semaines)
 - Hospitalisation à temps complet de courte durée (< à 2 semaines)
 - Hôpital de jour
 - SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
 - SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
 - Consultations externes
 - Autres (Précisez)
- 9) En moyenne, à quelle fréquence êtes vous confronté à des douleurs d'épaules chez le patient paraplégique ?
- 100% 80% 60% 40 % 20% 0%
- 10) Un ergothérapeute est-il acteur dans la prévention de l'épaule chez les patients paraplégiques sur votre lieu d'exercice ?
- Oui Non

La prévention des épaules est réalisée par un ergothérapeute

- 11) A quel moment cette prévention est-elle proposée au patient ? (Une seule réponse possible)
- Début de la prise en charge
 - Milieu de la prise en charge
 - Fin de la prise en charge
 - Autre (Précisez)

12) Quels facteurs favorisent la proposition de cette prévention ? (ex : âge, ancienneté de la paraplégie, activité du patient, présence de douleurs aux épaules...)

13) Est-elle réalisée sur le temps des séances en ergothérapie ou sur un autre temps ?

- Temps pris sur les séances en ergothérapie
- Temps en dehors des séances en ergothérapie
- Les deux

La prévention des épaules est réalisée en dehors des séances d'ergothérapie

14) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?

- Oui
- Non

Il existe un protocole pour la prévention des épaules

15)Relevant : (Plusieurs réponses possibles)

- D'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)
- D'un atelier ou groupe de parole
- D'une séance individuelle
- Autre (précisez)

16)A-t-il fait l'objet d'une réflexion en groupe ?

- Oui
- Non

17)Si oui, quels professionnels ont participé à cette réflexion ?

18) Si aucun ergothérapeute n'a participé à ce groupe de réflexion, donnez la raison.

19) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place au sein de ce groupe?
(Développement souhaité)

20) Pour l'exécution de ce protocole, quels sont les professionnels y participant ?

21) Si aucun ergothérapeute ne participe à l'exécution de ce protocole, donnez la raison.

22) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place dans l'exécution de ce protocole?
(Développement souhaité)

23) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Explications orales
- Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
- Mises en situation
- Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
- Support papier explicatif (ex : affiche)
- Support vidéo
- Squelette
- Support papier mémo à garder
- Autre (préciser)

24) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anatomie de l'épaule
- La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
- Les risques liés aux douleurs d'épaule
- L'économie articulaire
- L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
- L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
- L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
- Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
- Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
- Des solutions pour aider à la propulsion
- Des solutions pour limiter le nombre de transfert
- Autre (préciser)

25) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)

- Moins d'1 heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 heures et 3 heures
- Entre 4 heures et 5 heures
- Au delà de 5 heures

26) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

27) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux?

- Oui
- Non

28) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne?

Votre avis sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques

29) La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous semble-t-elle ?

- Très Importante
- Importante
- Moyennement importante
- Peu importante
- Non nécessaire

30) La sensibilisation au vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

31) La formation à la prise en charge du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

Votre avis général sur ce questionnaire

32) Avez-vous trouvé les questions pertinentes ?

33) Avez-vous trouvé ce questionnaire clair ?

34) Avez-vous des remarques à ajouter ?

En vous remerciant du temps et de l'intérêt porté à ce questionnaire

Annexe IX : Questionnaire Profil 4

Questionnaire de mémoire d'initiation à la recherche: La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de 3e année d'initiation à la recherche en ergothérapie, je me suis questionnée sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique lié au surmenage et au malmenage de celles-ci.

Dans cette perspective, j'ai souhaité me rapprocher du travail quotidien des ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce dernier est destiné aux ergothérapeutes rencontrant des patients paraplégiques. Ces données resteront anonymes et seront utilisées uniquement avec votre accord dans le cadre de mon sujet de recherche.

Modalités :

- La durée moyenne du questionnaire est estimée entre 10 à 15 minutes ;
- Il est attendu le retour du questionnaire avant le 12/05/2017.

Dans l'attente de votre participation, je vous remercie d'avance.

Julie Gener, étudiante en 3e année à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de La Musse (27).

- 1) Dans le cadre de votre pratique professionnelle, prenez-vous en charge des patients présentant une paraplégie ?
 Oui Non
- 2) Dans quel type de structure exercez-vous ?
- 3) Depuis combien de temps exercez-vous l'ergothérapie ?
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous dans une structure prenant en charge des patients paraplégiques ?

5) Combien de patients paraplégiques prenez-vous en charge, par an, dans le cadre de votre activité professionnelle ?

6) En moyenne, quelle est l'ancienneté de la paraplégie ?

- 0 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 15 ans
- 15 à 20 ans
- 20 à 25 ans
- Plus de 25 ans

7) Quel est le motif de l'hospitalisation en dehors de la prise en charge en phase aiguë ? (Plusieurs réponses possibles)

- Perte d'indépendance
- Changement de fauteuil roulant
- Traitement de douleurs d'épaules
- Traitement d'escarres
- Hospitalisation pour bilan
- Séjour de répit
- Autre (précisez)

8) Sous quel type de prise en charge êtes-vous amené à rencontrer des patients paraplégiques en dehors de la phase aiguë ? (plusieurs réponses possibles)

- Hospitalisation à temps complet de longue durée (> à 2 semaines)
- Hospitalisation à temps complet de courte durée (< à 2 semaines)
- Hôpital de jour
- SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
- SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
- Consultations externes
- Autres (Précisez)

9) En moyenne, à quelle fréquence êtes vous confronté à des douleurs d'épaules chez le patient paraplégique ?

- 100% 80% 60% 40 % 20% 0%

10) Un ergothérapeute est-il acteur dans la prévention de l'épaule chez les patients paraplégiques sur votre lieu d'exercice ?

- Oui Non

La prévention des épaules est réalisée par un ergothérapeute

11) A quel moment cette prévention est-elle proposée au patient ? (Une seule réponse possible)

- Début de la prise en charge
- Milieu de la prise en charge
- Fin de la prise en charge
- Autre (Précisez)

12) Quels facteurs favorisent la proposition de cette prévention ? (ex : âge, ancienneté de la paraplégie, activité du patient, présence de douleurs aux épaules...)

13) Est-elle réalisée sur le temps des séances en ergothérapie ou sur un autre temps ?

- Temps pris sur les séances en ergothérapie
- Temps en dehors des séances en ergothérapie
- Les deux

La prévention des épaules est réalisée en dehors des séances d'ergothérapie

14) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?

- Oui
- Non

Il n'existe pas de protocole pour la prévention des épaules

15) Le temps alloué à cette prévention est-il officiel pour l'établissement ? (ex : Patient inscrit après une réflexion pluridisciplinaire; Temps banalisé sur son emploi du temps de rééducation)

- Oui
- Non

16) La prévention est-elle réalisée avec d'autres professionnels que l'ergothérapeute?

- Oui
- Non

17) Si oui, lesquels et quelle est votre organisation commune ?

18) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Explications orales
- Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
- Mises en situation
- Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
- Support papier explicatif (ex : affiche)
- Support vidéo
- Squelette
- Support papier mémo à garder
- Autre (préciser)

19) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anatomie de l'épaule
- La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
- Les risques liés aux douleurs d'épaule
- L'économie articulaire
- L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
- L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
- L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
- Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
- Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
- Des solutions pour aider à la propulsion
- Des solutions pour limiter le nombre de transfert
- Autre (préciser)

20) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)

- Moins d'1 heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 heures et 3 heures
- Entre 4 heures et 5 heures
- Au delà de 5 heures

21) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

22) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux?

- Oui Non

23) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne?

Votre avis sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques

24) La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous semble-t-elle ?

- Très Importante
- Importante
- Moyennement importante
- Peu importante
- Non nécessaire

25) La sensibilisation au vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

26) La formation à la prise en charge du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

Votre avis général sur ce questionnaire

27) Avez-vous trouvé les questions pertinentes ?

28) Avez-vous trouvé ce questionnaire clair ?

29) Avez-vous des remarques à ajouter ?

En vous remerciant du temps et de l'intérêt porté à ce questionnaire

Annexe X : Questionnaire Profil 5

Questionnaire de mémoire d'initiation à la recherche: La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de 3^e année d'initiation à la recherche en ergothérapie, je me suis questionnée sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique lié au surmenage et au malmenage de celles-ci.

Dans cette perspective, j'ai souhaité me rapprocher du travail quotidien des ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce dernier est destiné aux ergothérapeutes rencontrant des patients paraplégiques. Ces données resteront anonymes et seront utilisées uniquement avec votre accord dans le cadre de mon sujet de recherche.

Modalités :

- La durée moyenne du questionnaire est estimée entre 10 à 15 minutes ;
- Il est attendu le retour du questionnaire avant le 12/05/2017.

Dans l'attente de votre participation, je vous remercie d'avance.

Julie Gener, étudiante en 3^e année à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de La Musse (27).

1) Dans le cadre de votre pratique professionnelle, prenez-vous en charge des patients présentant une paraplégique ?

- Oui Non

2) Dans quel type de structure exercez-vous ?

3) Depuis combien de temps exercez-vous l'ergothérapie ?

- 4) Depuis combien de temps exercez-vous dans une structure prenant en charge des patients paraplégiques ?
- 5) Combien de patients paraplégiques prenez-vous en charge, par an, dans le cadre de votre activité professionnelle ?
- 6) En moyenne, quelle est l'ancienneté de la paraplégie ?
- 0 à 5 ans
 - 5 à 10 ans
 - 10 à 15 ans
 - 15 à 20 ans
 - 20 à 25 ans
 - Plus de 25 ans
- 7) Quel est le motif de l'hospitalisation en dehors de la prise en charge en phase aigue ? (Plusieurs réponses possibles)
- Perte d'indépendance
 - Changement de fauteuil roulant
 - Traitement de douleurs d'épaules
 - Traitement d'escarres
 - Hospitalisation pour bilan
 - Séjour de répit
 - Autre (précisez)
- 8) Sous quel type de prise en charge êtes-vous amené à rencontrer des patients paraplégiques en dehors de la phase aigue ? (plusieurs réponses possibles)
- Hospitalisation à temps complet de longue durée (> à 2 semaines)
 - Hospitalisation à temps complet de courte durée (< à 2 semaines)
 - Hôpital de jour
 - SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
 - SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
 - Consultations externes
 - Autres (Précisez)
- 9) En moyenne, à quelle fréquence êtes vous confronté à des douleurs d'épaules chez le patient paraplégique ?
- 100% 80% 60% 40 % 20% 0%
- 10) Un ergothérapeute est-il acteur dans la prévention de l'épaule chez les patients paraplégiques sur votre lieu d'exercice ?
- Oui
 - Non

La prévention des épaules est réalisée par un ergothérapeute

11) A quel moment cette prévention est-elle proposée au patient ? (Une seule réponse possible)

- Début de la prise en charge
- Milieu de la prise en charge
- Fin de la prise en charge
- Autre (Précisez)

12) Quels facteurs favorisent la proposition de cette prévention ? (ex : âge, ancienneté de la paraplégie, activité du patient, présence de douleurs aux épaules...)

13) Est-elle réalisée sur le temps des séances en ergothérapie ou sur un autre temps ?

- Temps pris sur les séances en ergothérapie
- Temps en dehors des séances en ergothérapie
- Les deux

Concernant la prévention des épaules réalisée pendant les séances d'ergothérapie

14) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?

- Oui
- Non

Il existe un protocole pour la prévention des épaules

Répondre uniquement sur la pratique réalisée durant les séances d'ergothérapie, la section suivante sera consacrée à la prévention réalisée en dehors des séances.

15) Relevant : (Plusieurs réponses possibles)

- D'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)
- D'un atelier ou groupe de parole
- D'une séance individuelle
- Autre (précisez)

16) A-t-il fait l'objet d'une réflexion en groupe ?

- Oui
- Non

17) Si oui, quels professionnels ont participé à cette réflexion ?

18) Si aucun ergothérapeute n'a participé à ce groupe de réflexion, donnez la raison.

- 19) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place au sein de ce groupe?
(Développement souhaité)
- 20) Pour l'exécution de ce protocole, quels sont les professionnels y participant ?
- 21) Si aucun ergothérapeute ne participe à l'exécution de ce protocole, donnez la raison.
- 22) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place dans l'exécution de ce protocole?
(Développement souhaité)
- 23) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)
- Explications orales
 - Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
 - Mises en situation
 - Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
 - Support papier explicatif (ex : affiche)
 - Support vidéo
 - Squelette
 - Support papier mémo à garder
 - Autre (préciser)
- 24) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
- L'anatomie de l'épaule
 - La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
 - Les risques liés aux douleurs d'épaule
 - L'économie articulaire
 - L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
 - L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
 - L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
 - Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
 - Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
 - Des solutions pour aider à la propulsion
 - Des solutions pour limiter le nombre de transfert
 - Autre (préciser)
- 25) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)
- Moins d'1 heure
 - Entre 1 heure et 2 heures
 - Entre 2 heures et 3 heures
 - Entre 4 heures et 5 heures
 - Au delà de 5 heures

26) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

27) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux?

- Oui Non

28) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne?

Concernant la prévention des épaules réalisée en dehors des séances d'ergothérapie

29) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?

- Oui Non

Il existe un protocole pour la prévention des épaules

30) Relevant : (Plusieurs réponses possibles)

- D'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)
- D'un atelier ou groupe de parole
- D'une séance individuelle
- Autre (précisez)

31) A-t-il fait l'objet d'une réflexion en groupe ?

- Oui Non

32) Si oui, quels professionnels ont participé à cette réflexion ?

33) Si aucun ergothérapeute n'a participé à ce groupe de réflexion, donnez la raison.

34) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place au sein de ce groupe?
(Développement souhaité)

35) Pour l'exécution de ce protocole, quels sont les professionnels y participant ?

36) Si aucun ergothérapeute ne participe à l'exécution de ce protocole, donnez la raison.

37) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place dans l'exécution de ce protocole?
(Développement souhaité)

38) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Explications orales
- Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
- Mises en situation
- Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
- Support papier explicatif (ex : affiche)
- Support vidéo
- Squelette
- Support papier mémo à garder
- Autre (préciser)

39) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anatomie de l'épaule
- La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
- Les risques liés aux douleurs d'épaule
- L'économie articulaire
- L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
- L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
- L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
- Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
- Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
- Des solutions pour aider à la propulsion
- Des solutions pour limiter le nombre de transfert
- Autre (préciser)

40) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)

- Moins d'1 heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 heures et 3 heures
- Entre 4 heures et 5 heures
- Au delà de 5 heures

41) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

42) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux?

- Oui
- Non

43) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne?

Votre avis sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques

44) La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous semble-t-elle ?

- Très Importante
- Importante
- Moyennement importante
- Peu importante
- Non nécessaire

45) La sensibilisation au vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

46) La formation à la prise en charge du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

Votre avis général sur ce questionnaire

47) Avez-vous trouvé les questions pertinentes ?

48) Avez-vous trouvé ce questionnaire clair ?

49) Avez-vous des remarques à ajouter ?

En vous remerciant du temps et de l'intérêt porté à ce questionnaire

Annexe XI : Questionnaire Profil 6

Questionnaire de mémoire d'initiation à la recherche: La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de 3e année d'initiation à la recherche en ergothérapie, je me suis questionnée sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique lié au surmenage et au malmenage de celles-ci.

Dans cette perspective, j'ai souhaité me rapprocher du travail quotidien des ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce dernier est destiné aux ergothérapeutes rencontrant des patients paraplégiques. Ces données resteront anonymes et seront utilisées uniquement avec votre accord dans le cadre de mon sujet de recherche.

Modalités :

- La durée moyenne du questionnaire est estimée entre 10 à 15 minutes ;
- Il est attendu le retour du questionnaire avant le 12/05/2017.

Dans l'attente de votre participation, je vous remercie d'avance.

Julie Gener, étudiante en 3e année à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de La Musse (27).

- 1) Dans le cadre de votre pratique professionnelle, prenez-vous en charge des patients présentant une paraplégie ?
 Oui Non
- 2) Dans quel type de structure exercez-vous ?
- 3) Depuis combien de temps exercez-vous l'ergothérapie ?
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous dans une structure prenant en charge des patients paraplégiques ?

5) Combien de patients paraplégiques prenez-vous en charge, par an, dans le cadre de votre activité professionnelle ?

6) En moyenne, quelle est l'ancienneté de la paraplégie ?

- 0 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 15 ans
- 15 à 20 ans
- 20 à 25 ans
- Plus de 25 ans

7) Quel est le motif de l'hospitalisation en dehors de la prise en charge en phase aiguë ? (Plusieurs réponses possibles)

- Perte d'indépendance
- Changement de fauteuil roulant
- Traitement de douleurs d'épaules
- Traitement d'escarres
- Hospitalisation pour bilan
- Séjour de répit
- Autre (précisez)

8) Sous quel type de prise en charge êtes-vous amené à rencontrer des patients paraplégiques en dehors de la phase aiguë ? (plusieurs réponses possibles)

- Hospitalisation à temps complet de longue durée (> à 2 semaines)
- Hospitalisation à temps complet de courte durée (< à 2 semaines)
- Hôpital de jour
- SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
- SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
- Consultations externes
- Autres (Précisez)

9) En moyenne, à quelle fréquence êtes vous confronté à des douleurs d'épaules chez le patient paraplégique ?

- 100% 80% 60% 40 % 20% 0%

10) Un ergothérapeute est-il acteur dans la prévention de l'épaule chez les patients paraplégiques sur votre lieu d'exercice ?

- Oui Non

La prévention des épaules est réalisée par un ergothérapeute

11) A quel moment cette prévention est-elle proposée au patient ? (Une seule réponse possible)

- Début de la prise en charge
- Milieu de la prise en charge
- Fin de la prise en charge
- Autre (Précisez)

12) Quels facteurs favorisent la proposition de cette prévention ? (ex : âge, ancienneté de la paraplégie, activité du patient, présence de douleurs aux épaules...)

13) Est-elle réalisée sur le temps des séances en ergothérapie ou sur un autre temps ?

- Temps pris sur les séances en ergothérapie
- Temps en dehors des séances en ergothérapie
- Les deux

Concernant la prévention des épaules réalisée pendant les séances d'ergothérapie

14) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?

- Oui
- Non

Il n'existe pas de protocole pour la prévention des épaules

Répondre uniquement sur la pratique réalisée durant les séances d'ergothérapie, la section suivante sera consacrée à la prévention réalisée en dehors des séances.

15) Cette prévention est elle ouvertement expliquée au patient ?

- Oui
- Non

16) La prévention est-elle réalisée avec d'autres professionnels que l'ergothérapeute ?

- Oui
- Non

17) Si oui, lesquels et quelle est votre organisation commune ?

18) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Explications orales
- Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
- Mises en situation
- Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
- Support papier explicatif (ex : affiche)
- Support vidéo
- Squelette
- Support papier mémo à garder
- Autre (préciser)

19) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anatomie de l'épaule
- La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
- Les risques liés aux douleurs d'épaule
- L'économie articulaire
- L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
- L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
- L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
- Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
- Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
- Des solutions pour aider à la propulsion
- Des solutions pour limiter le nombre de transfert
- Autre (préciser)

20) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)

- Moins d'1 heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 heures et 3 heures
- Entre 4 heures et 5 heures
- Au delà de 5 heures

21) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

22) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux?

- Oui
- Non

23) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne?

24)

Concernant la prévention des épaules réalisée en dehors des séances d'ergothérapie

25) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?

- Oui
- Non

Il n'existe pas de protocole pour la prévention des épaules

26) Le temps alloué à cette prévention est-il officiel pour l'établissement ? (ex : Patient inscrit après une réflexion pluridisciplinaire; Temps banalisé sur son emploi du temps de rééducation)

- Oui Non

27) La prévention est-elle réalisée avec d'autres professionnels que l'ergothérapeute ?

- Oui Non

28) Si oui, lesquels et quelle est votre organisation commune ?

29) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Explications orales
- Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
- Mises en situation
- Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
- Support papier explicatif (ex : affiche)
- Support vidéo
- Squelette
- Support papier mémo à garder
- Autre (préciser)

30) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anatomie de l'épaule
- La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
- Les risques liés aux douleurs d'épaule
- L'économie articulaire
- L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
- L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
- L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
- Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
- Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
- Des solutions pour aider à la propulsion
- Des solutions pour limiter le nombre de transfert
- Autre (préciser)

31) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)

- Moins d'1 heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 heures et 3 heures
- Entre 4 heures et 5 heures
- Au delà de 5 heures

32) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

33) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux?

- Oui Non

34) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne?

Votre avis sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques

35) La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous semble-t-elle ?

- Très Importante
 Importante
 Moyennement importante
 Peu importante
 Non nécessaire

36) La sensibilisation au vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
 Lors de formation dans le cadre de la formation continue
 Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
 Par vos propres recherches
 Par vos propres constatations
 Autres (Précisez)

37) La formation à la prise en charge du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
 Lors de formation dans le cadre de la formation continue
 Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
 Par vos propres recherches
 Par vos propres constatations
 Autres (Précisez)

Votre avis général sur ce questionnaire

38) Avez-vous trouvé les questions pertinentes ?

39) Avez-vous trouvé ce questionnaire clair ?

40) Avez-vous des remarques à ajouter ?

En vous remerciant du temps et de l'intérêt porté à ce questionnaire

Annexe XII : Questionnaire Profil 7

Questionnaire de mémoire d'initiation à la recherche: La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de 3e année d'initiation à la recherche en ergothérapie, je me suis questionnée sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique lié au surmenage et au malmenage de celles-ci.

Dans cette perspective, j'ai souhaité me rapprocher du travail quotidien des ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce dernier est destiné aux ergothérapeutes rencontrant des patients paraplégiques. Ces données resteront anonymes et seront utilisées uniquement avec votre accord dans le cadre de mon sujet de recherche.

Modalités :

- La durée moyenne du questionnaire est estimée entre 10 à 15 minutes ;
- Il est attendu le retour du questionnaire avant le 12/05/2017.

Dans l'attente de votre participation, je vous remercie d'avance.

Julie Gener, étudiante en 3e année à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de La Musse (27).

- 1) Dans le cadre de votre pratique professionnelle, prenez-vous en charge des patients présentant une paraplégique ?
 Oui Non
- 2) Dans quel type de structure exercez-vous ?
- 3) Depuis combien de temps exercez-vous l'ergothérapie ?
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous dans une structure prenant en charge des patients paraplégiques ?

- 5) Combien de patients paraplégiques prenez-vous en charge, par an, dans le cadre de votre activité professionnelle ?
- 6) En moyenne, quelle est l'ancienneté de la paraplégie ?
- 0 à 5 ans
 - 5 à 10 ans
 - 10 à 15 ans
 - 15 à 20 ans
 - 20 à 25 ans
 - Plus de 25 ans
- 7) Quel est le motif de l'hospitalisation en dehors de la prise en charge en phase aiguë ? (Plusieurs réponses possibles)
- Perte d'indépendance
 - Changement de fauteuil roulant
 - Traitement de douleurs d'épaules
 - Traitement d'escarres
 - Hospitalisation pour bilan
 - Séjour de répit
 - Autre (précisez)
- 8) Sous quel type de prise en charge êtes-vous amené à rencontrer des patients paraplégiques en dehors de la phase aiguë ? (plusieurs réponses possibles)
- Hospitalisation à temps complet de longue durée (> à 2 semaines)
 - Hospitalisation à temps complet de courte durée (< à 2 semaines)
 - Hôpital de jour
 - SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
 - SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
 - Consultations externes
 - Autres (Précisez)
- 9) En moyenne, à quelle fréquence êtes vous confronté à des douleurs d'épaules chez le patient paraplégique ?
- 100% 80% 60% 40 % 20% 0%
- 10) Un ergothérapeute est-il acteur dans la prévention de l'épaule chez les patients paraplégiques sur votre lieu d'exercice ?
- Oui Non

La prévention des épaules est réalisée par un ergothérapeute

- 11) A quel moment cette prévention est-elle proposée au patient ? (Une seule réponse possible)
- Début de la prise en charge
 - Milieu de la prise en charge
 - Fin de la prise en charge
 - Autre (Précisez)

12) Quels facteurs favorisent la proposition de cette prévention ? (ex : âge, ancienneté de la paraplégie, activité du patient, présence de douleurs aux épaules...)

13) Est-elle réalisée sur le temps des séances en ergothérapie ou sur un autre temps ?

- Temps pris sur les séances en ergothérapie
- Temps en dehors des séances en ergothérapie
- Les deux

Concernant la prévention des épaules réalisée pendant les séances d'ergothérapie

14) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?

- Oui
- Non

Il existe un protocole pour la prévention des épaules

Répondre uniquement sur la pratique réalisée durant les séances d'ergothérapie, la section suivante sera consacrée à la prévention réalisée en dehors des séances.

15) Relevant : (Plusieurs réponses possibles)

- D'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)
- D'un atelier ou groupe de parole
- D'une séance individuelle
- Autre (précisez)

16) A-t-il fait l'objet d'une réflexion en groupe ?

- Oui
- Non

17) Si oui, quels professionnels ont participé à cette réflexion ?

18) Si aucun ergothérapeute n'a participé à ce groupe de réflexion, donnez la raison.

19) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place au sein de ce groupe? (Développement souhaité)

20) Pour l'exécution de ce protocole, quels sont les professionnels y participant ?

21) Si aucun ergothérapeute ne participe à l'exécution de ce protocole, donnez la raison.

22) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place dans l'exécution de ce protocole?
(Développement souhaité)

23) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Explications orales
- Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
- Mises en situation
- Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
- Support papier explicatif (ex : affiche)
- Support vidéo
- Squelette
- Support papier mémo à garder
- Autre (préciser)

24) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anatomie de l'épaule
- La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
- Les risques liés aux douleurs d'épaule
- L'économie articulaire
- L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
- L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
- L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
- Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
- Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
- Des solutions pour aider à la propulsion
- Des solutions pour limiter le nombre de transfert
- Autre (préciser)

25) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)

- Moins d'1 heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 heures et 3 heures
- Entre 4 heures et 5 heures
- Au delà de 5 heures

26) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

27) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux?

- Oui
- Non

28) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne?

Concernant la prévention des épaules réalisée en dehors des séances d'ergothérapie

29) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?
 Oui Non

Il n'existe pas de protocole pour la prévention des épaules

30) Le temps alloué à cette prévention est-il officiel pour l'établissement ? (ex : Patient inscrit après une réflexion pluridisciplinaire; Temps banalisé sur son emploi du temps de rééducation)
 Oui Non

31) La prévention est-elle réalisée avec d'autres professionnels que l'ergothérapeute?
 Oui Non

32) Si oui, lesquels et quelle est votre organisation commune ?

33) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Explications orales
- Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
- Mises en situation
- Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
- Support papier explicatif (ex : affiche)
- Support vidéo
- Squelette
- Support papier mémo à garder
- Autre (préciser)

34) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anatomie de l'épaule
- La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
- Les risques liés aux douleurs d'épaule
- L'économie articulaire
- L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
- L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
- L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
- Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
- Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
- Des solutions pour aider à la propulsion
- Des solutions pour limiter le nombre de transfert
- Autre (préciser)

35) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)

- Moins d'1 heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 heures et 3 heures
- Entre 4 heures et 5 heures
- Au delà de 5 heures

36) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

37) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux?

- Oui
- Non

38) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne?

Votre avis sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques

39) La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous semble-t-elle ?

- Très Importante
- Importante
- Moyennement importante
- Peu importante
- Non nécessaire

40) La sensibilisation au vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

41) La formation à la prise en charge du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

Votre avis général sur ce questionnaire

42) Avez-vous trouvé les questions pertinentes ?

43) Avez-vous trouvé ce questionnaire clair ?

44) Avez-vous des remarques à ajouter ?

En vous remerciant du temps et de l'intérêt porté à ce questionnaire

Annexe XIII : Questionnaire Profil 8

Questionnaire de mémoire d'initiation à la recherche: La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de 3^e année d'initiation à la recherche en ergothérapie, je me suis questionnée sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique lié au surmenage et au malmenage de celles-ci.

Dans cette perspective, j'ai souhaité me rapprocher du travail quotidien des ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce dernier est destiné aux ergothérapeutes rencontrant des patients paraplégiques. Ces données resteront anonymes et seront utilisées uniquement avec votre accord dans le cadre de mon sujet de recherche.

Modalités :

- La durée moyenne du questionnaire est estimée entre 10 à 15 minutes ;
- Il est attendu le retour du questionnaire avant le 12/05/2017.

Dans l'attente de votre participation, je vous remercie d'avance.

Julie Gener, étudiante en 3^e année à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de La Musse (27).

- 1) Dans le cadre de votre pratique professionnelle, prenez-vous en charge des patients présentant une paraplégie ?
 Oui Non
- 2) Dans quel type de structure exercez-vous ?
- 3) Depuis combien de temps exercez-vous l'ergothérapie ?
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous dans une structure prenant en charge des patients paraplégiques ?

- 5) Combien de patients paraplégiques prenez-vous en charge, par an, dans le cadre de votre activité professionnelle ?
- 6) En moyenne, quelle est l'ancienneté de la paraplégie ?
- 0 à 5 ans
 - 5 à 10 ans
 - 10 à 15 ans
 - 15 à 20 ans
 - 20 à 25 ans
 - Plus de 25 ans
- 7) Quel est le motif de l'hospitalisation en dehors de la prise en charge en phase aiguë ? (Plusieurs réponses possibles)
- Perte d'indépendance
 - Changement de fauteuil roulant
 - Traitement de douleurs d'épaules
 - Traitement d'escarres
 - Hospitalisation pour bilan
 - Séjour de répit
 - Autre (précisez)
- 8) Sous quel type de prise en charge êtes-vous amené à rencontrer des patients paraplégiques en dehors de la phase aiguë ? (plusieurs réponses possibles)
- Hospitalisation à temps complet de longue durée (> à 2 semaines)
 - Hospitalisation à temps complet de courte durée (< à 2 semaines)
 - Hôpital de jour
 - SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
 - SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
 - Consultations externes
 - Autres (Précisez)
- 9) En moyenne, à quelle fréquence êtes vous confronté à des douleurs d'épaules chez le patient paraplégique ?
- 100% 80% 60% 40 % 20% 0%
- 10) Un ergothérapeute est-il acteur dans la prévention de l'épaule chez les patients paraplégiques sur votre lieu d'exercice ?
- Oui Non

La prévention des épaules est réalisée par un ergothérapeute

- 11) A quel moment cette prévention est-elle proposée au patient ? (Une seule réponse possible)
- Début de la prise en charge
 - Milieu de la prise en charge
 - Fin de la prise en charge
 - Autre (Précisez)

12) Quels facteurs favorisent la proposition de cette prévention ? (ex : âge, ancienneté de la paraplégie, activité du patient, présence de douleurs aux épaules...)

13) Est-elle réalisée sur le temps des séances en ergothérapie ou sur un autre temps ?

- Temps pris sur les séances en ergothérapie
- Temps en dehors des séances en ergothérapie
- Les deux

Concernant la prévention des épaules réalisée pendant les séances d'ergothérapie

14) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?

- Oui
- Non

Il n'existe pas de protocole pour la prévention des épaules

Répondre uniquement sur la pratique réalisée durant les séances d'ergothérapie, la section suivante sera consacrée à la prévention réalisée en dehors des séances.

15) Cette prévention est elle ouvertement expliquée au patient ?

- Oui
- Non

16) La prévention est-elle réalisée avec d'autres professionnels que l'ergothérapeute ?

- Oui
- Non

17) Si oui, lesquels et quelle est votre organisation commune ?

18) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Explications orales
- Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
- Mises en situation
- Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
- Support papier explicatif (ex : affiche)
- Support vidéo
- Squelette
- Support papier mémo à garder
- Autre (préciser)

19) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anatomie de l'épaule
- La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
- Les risques liés aux douleurs d'épaule
- L'économie articulaire
- L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
- L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
- L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
- Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
- Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
- Des solutions pour aider à la propulsion
- Des solutions pour limiter le nombre de transfert
- Autre (préciser)

20) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)

- Moins d'1 heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 heures et 3 heures
- Entre 4 heures et 5 heures
- Au delà de 5 heures

21) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

22) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux?

- Oui
- Non

23) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne?

Concernant la prévention des épaules réalisée en dehors des séances d'ergothérapie

24) Existe-t-il un protocole pour la prévention des épaules chez les patients paraplégiques?

- Oui
- Non

Il existe un protocole pour la prévention des épaules

25) Relevant : (Plusieurs réponses possibles)

- D'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)
- D'un atelier ou groupe de parole
- D'une séance individuelle
- Autre (précisez)

26) A-t-il fait l'objet d'une réflexion en groupe ?

- Oui
- Non

27) Si oui, quels professionnels ont participé à cette réflexion ?

28) Si aucun ergothérapeute n'a participé à ce groupe de réflexion, donnez la raison.

29) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place au sein de ce groupe?
(Développement souhaité)

30) Pour l'exécution de ce protocole, quels sont les professionnels y participant ?

31) Si aucun ergothérapeute ne participe à l'exécution de ce protocole, donnez la raison.

32) Pensez-vous qu'un ergothérapeute a sa place dans l'exécution de ce protocole?
(Développement souhaité)

33) Sur quels outils pédagogiques vous appuyez vous ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Explications orales
- Réflexions et questionnements avec le (les) patient(s)
- Mises en situation
- Témoignages de patient présentant des douleurs d'épaules
- Support papier explicatif (ex : affiche)
- Support vidéo
- Squelette
- Support papier mémo à garder
- Autre (préciser)

34) Quelle (s) thématique (s) abordez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anatomie de l'épaule
- La physiopathologie des douleurs d'épaules (causes et mécanismes d'aggravation)
- Les risques liés aux douleurs d'épaule
- L'économie articulaire
- L'équilibre musculaire de la ceinture scapulaire
- L'aménagement des rangements au domicile (organisation de la cuisine et de la chambre ...)
- L'aménagement du domicile (plan de travail, salle de bain ...)
- Les aides techniques (siège de baignoire, pince long manche, aide technique à l'habillage ...)
- Les réglages et l'entretien du fauteuil roulant manuel
- Des solutions pour aider à la propulsion
- Des solutions pour limiter le nombre de transfert
- Autre (préciser)

35) Combien de temps requiert cette prévention ? (Une seule réponse possible)

- Moins d'1 heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 heures et 3 heures
- Entre 4 heures et 5 heures
- Au delà de 5 heures

36) Si la prévention est organisée sous forme de séances, quelle est la fréquence et la durée de celles-ci ?

37) Dans le cas d'un groupe, prévoyez-vous un temps individuel avec chacun d'entre eux?

- Oui Non

38) Si non, quelle est l'organisation pour mettre en place des solutions adaptées à la personne?

Votre avis sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques

39) La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous semble-t-elle ?

- Très Importante
- Importante
- Moyennement importante
- Peu importante
- Non nécessaire

40) La sensibilisation au vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

41) La formation à la prise en charge du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

Votre avis général sur ce questionnaire

42) Avez-vous trouvé les questions pertinentes ?

43) Avez-vous trouvé ce questionnaire clair ?

44) Avez-vous des remarques à ajouter ?

En vous remerciant du temps et de l'intérêt porté à ce questionnaire

Annexe XIV : Questionnaire Profil sans ergothérapeute, professionnel tiers

Questionnaire de mémoire d'initiation à la recherche: La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de 3e année d'initiation à la recherche en ergothérapie, je me suis questionnée sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique lié au surmenage et au malmenage de celles-ci.

Dans cette perspective, j'ai souhaité me rapprocher du travail quotidien des ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce dernier est destiné aux ergothérapeutes rencontrant des patients paraplégiques. Ces données resteront anonymes et seront utilisées uniquement avec votre accord dans le cadre de mon sujet de recherche.

Modalités :

- La durée moyenne du questionnaire est estimée entre 10 à 15 minutes ;
- Il est attendu le retour du questionnaire avant le 12/05/2017.

Dans l'attente de votre participation, je vous remercie d'avance.

Julie Gener, étudiante en 3e année à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de La Musse (27).

- 1) Dans le cadre de votre pratique professionnelle, prenez-vous en charge des patients présentant une paraplégique ?
 Oui Non
- 2) Dans quel type de structure exercez-vous ?
- 3) Depuis combien de temps exercez-vous l'ergothérapie ?

- 4) Depuis combien de temps exercez-vous dans une structure prenant en charge des patients paraplégiques ?
- 5) Combien de patients paraplégiques prenez-vous en charge, par an, dans le cadre de votre activité professionnelle ?
- 6) En moyenne, quelle est l'ancienneté de la paraplégie ?
- 0 à 5 ans
 - 5 à 10 ans
 - 10 à 15 ans
 - 15 à 20 ans
 - 20 à 25 ans
 - Plus de 25 ans
- 7) Quel est le motif de l'hospitalisation en dehors de la prise en charge en phase aiguë ? (Plusieurs réponses possibles)
- Perte d'indépendance
 - Changement de fauteuil roulant
 - Traitement de douleurs d'épaules
 - Traitement d'escarres
 - Hospitalisation pour bilan
 - Séjour de répit
 - Autre (précisez)
- 8) Sous quel type de prise en charge êtes-vous amené à rencontrer des patients paraplégiques en dehors de la phase aiguë ? (plusieurs réponses possibles)
- Hospitalisation à temps complet de longue durée (> à 2 semaines)
 - Hospitalisation à temps complet de courte durée (< à 2 semaines)
 - Hôpital de jour
 - SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
 - SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
 - Consultations externes
 - Autres (Précisez)
- 9) En moyenne, à quelle fréquence êtes vous confronté à des douleurs d'épaules chez le patient paraplégique ?
- 100% 80% 60% 40 % 20% 0%
- 10) Un ergothérapeute est-il acteur dans la prévention de l'épaule chez les patients paraplégiques sur votre lieu d'exercice ?
- Oui
 - Non

Si la prévention des épaules n'est pas réalisée par un ergothérapeute

11) Un autre professionnel en a-t-il la charge?

- Oui Non

Si un autre professionnel en a la charge?

12) Quel (s) professionnel (s) en a-t-il la charge?

13) Pourquoi un ergothérapeute n'y participe t-il pas?

14) A quel moment cette prévention est-elle proposée au patient? (Une seule réponse possible)

- Au début de la prise en charge
 Au milieu de la prise en charge
 A la fin de la prise en charge
 Autre (Précisez)

15) Quels facteurs favorisent la proposition de cette prévention? (ex: âge, ancienneté de la paraplégie, activité du patient, présence de douleurs aux épaules...)

16) Quel professionnel élabore le cahier des charges du fauteuil roulant s'il y en a besoin?

17) Quel professionnel effectue les préconisations d'aménagement du domicile en cas de besoin?

18) Par quel(s) moyen(s) une préconisation d'aménagement de domicile est réalisée? (Plusieurs réponses possibles)

- Visite à domicile
 Par rapport au discours du patient
 Par rapport au discours des proches et/ ou aidants
 Autre

19) Quel professionnel se charge de la préconisation d'aides techniques?

Votre avis sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques

45) La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous semble-t-elle ?

- Très Importante
 Importante
 Moyennement importante
 Peu importante
 Non nécessaire

46) La sensibilisation au vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

47) La formation à la prise en charge du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
- Lors de formation dans le cadre de la formation continue
- Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
- Par vos propres recherches
- Par vos propres constatations
- Autres (Précisez)

Votre avis général sur ce questionnaire

48) Avez-vous trouvé les questions pertinentes ?

49) Avez-vous trouvé ce questionnaire clair ?

50) Avez-vous des remarques à ajouter ?

En vous remerciant du temps et de l'intérêt porté à ce questionnaire

Annexe XV : Questionnaire Profil sans ergothérapeute, sans prévention

Questionnaire de mémoire d'initiation à la recherche: La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de 3e année d'initiation à la recherche en ergothérapie, je me suis questionnée sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez le patient paraplégique lié au surmenage et au malmenage de celles-ci.

Dans cette perspective, j'ai souhaité me rapprocher du travail quotidien des ergothérapeutes par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce dernier est destiné aux ergothérapeutes rencontrant des patients paraplégiques. Ces données resteront anonymes et seront utilisées uniquement avec votre accord dans le cadre de mon sujet de recherche.

Modalités :

- La durée moyenne du questionnaire est estimée entre 10 à 15 minutes ;
- Il est attendu le retour du questionnaire avant le 12/05/2017.

Dans l'attente de votre participation, je vous remercie d'avance.

Julie Gener, étudiante en 3e année à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de La Musse (27).

- 1) Dans le cadre de votre pratique professionnelle, prenez-vous en charge des patients présentant une paraplégique ?
 Oui Non

- 2) Dans quel type de structure exercez-vous ?

- 3) Depuis combien de temps exercez-vous l'ergothérapie ?

- 4) Depuis combien de temps exercez-vous dans une structure prenant en charge des patients paraplégiques ?
- 5) Combien de patients paraplégiques prenez-vous en charge, par an, dans le cadre de votre activité professionnelle ?
- 6) En moyenne, quelle est l'ancienneté de la paraplégie ?
- 0 à 5 ans
 - 5 à 10 ans
 - 10 à 15 ans
 - 15 à 20 ans
 - 20 à 25 ans
 - Plus de 25 ans
- 7) Quel est le motif de l'hospitalisation en dehors de la prise en charge en phase aiguë ? (Plusieurs réponses possibles)
- Perte d'indépendance
 - Changement de fauteuil roulant
 - Traitement de douleurs d'épaules
 - Traitement d'escarres
 - Hospitalisation pour bilan
 - Séjour de répit
 - Autre (précisez)
- 8) Sous quel type de prise en charge êtes-vous amené à rencontrer des patients paraplégiques en dehors de la phase aiguë ? (plusieurs réponses possibles)
- Hospitalisation à temps complet de longue durée (> à 2 semaines)
 - Hospitalisation à temps complet de courte durée (< à 2 semaines)
 - Hôpital de jour
 - SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)
 - SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
 - Consultations externes
 - Autres (Précisez)
- 9) En moyenne, à quelle fréquence êtes vous confronté à des douleurs d'épaules chez le patient paraplégique ?
- 100% 80% 60% 40 % 20% 0%
- 10) Un ergothérapeute est-il acteur dans la prévention de l'épaule chez les patients paraplégiques sur votre lieu d'exercice ?
- Oui
 - Non

Si la prévention des épaules n'est pas réalisée par un ergothérapeute

11) Un autre professionnel en a-t-il la charge?

- Oui Non

Si aucun autre professionnel n'a la charge de la prévention des épaules

12) La prévention des épaules est-elle identifiée comme un véritable besoin dans votre lieu d'exercice?

- Oui Non

13) Si oui, pourquoi n'est elle pas mise en place?

Votre avis sur la prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques

14) La prévention du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous semble-t-elle ?

- Très Importante
 Importante
 Moyennement importante
 Peu importante
 Non nécessaire

15) La sensibilisation au vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
 Lors de formation dans le cadre de la formation continue
 Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
 Par vos propres recherches
 Par vos propres constatations
 Autres (Précisez)

16) La formation à la prise en charge du vieillissement prématuré des épaules chez les patients paraplégiques vous a été apportée : (Plusieurs réponses possibles)

- Durant votre formation initiale
 Lors de formation dans le cadre de la formation continue
 Par un autre professionnel de santé dans votre lieu d'exercice
 Par vos propres recherches
 Par vos propres constatations
 Autres (Précisez)

Votre avis général sur ce questionnaire

17) Avez-vous trouvé les questions pertinentes ?

18) Avez-vous trouvé ce questionnaire clair ?

19) Avez-vous des remarques à ajouter ?

En vous remerciant du temps et de l'intérêt porté à ce questionnaire

Annexe XVI : Profil des professionnels

Réponse	Année d'expérience en ergothérapie	Année d'expérience avec des patients paraplégiques	Nombre de patient paraplégique par an
1	25	25	4
2	5	5	15
3	30	30	Environ 20
4	12	12	très peu et surtout pour la réadaptation
5	27	26	3
6	30	15	Ne sait pas
7	2	2	5
8	4	3	5
9	3	3	3/4
10	35	35	4
11	10	9	8-10
12	34	33	environ 10
13	30	15	4
14	20	20	???
15	19	19	entre 5 et 10
16	5	4	très peu, 1 à 2 peut être
17	27	27	de 1 à 3
18	4	4	entre 5 et 10
19	26	26	aucune idée, ils sont tous para ou tétra
20	10	10	4
21	5	2	Ne sait pas
22	0,3	0,2	1
23	10	9	3
24	17	5	4
25	1,5	1,5	3/4
26	2,5	2,5	1
Médiane (en années)	11	10	

Figure XVI.a : Tableau récapitulatif des réponses brutes pour le profil ergothérapeute

Annexe XVII : Profil des patients

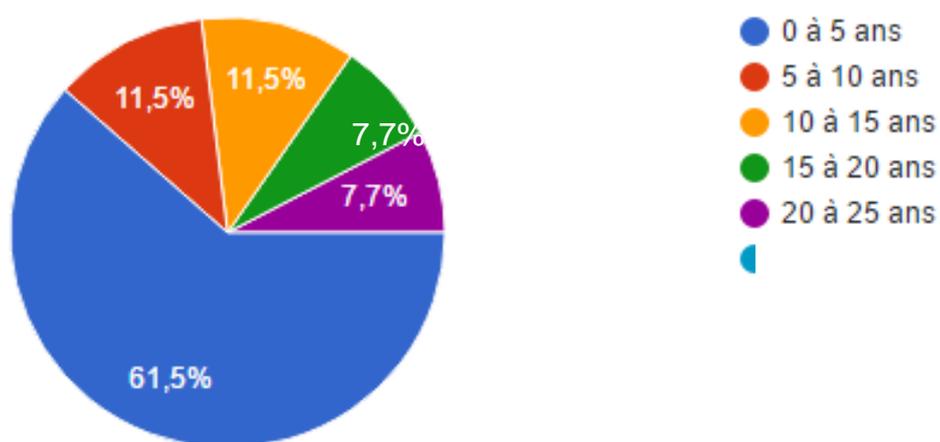


Figure XVII.a : Graphique représentant l'ancienneté de la paraplégie

Motif d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
Perte d'indépendance	15	17,4%
Changement de fauteuil roulant	21	24,4%
Traitement de douleurs d'épaules	10	11,6%
Traitement d'escarres	19	22,1%
Hospitalisation pour bilan	13	15,1%
Séjour de répit	2	2,3%
Séjour d'entretien	2	2,3%
Problématique de vie	1	1,2%
Chirurgies diverses	1	1,2%
Douleur au rachis	1	1,2%
Absence d'hospitalisation	1	1,2%

Figure XVII.b : Tableau récapitulatif des motifs d'hospitalisation

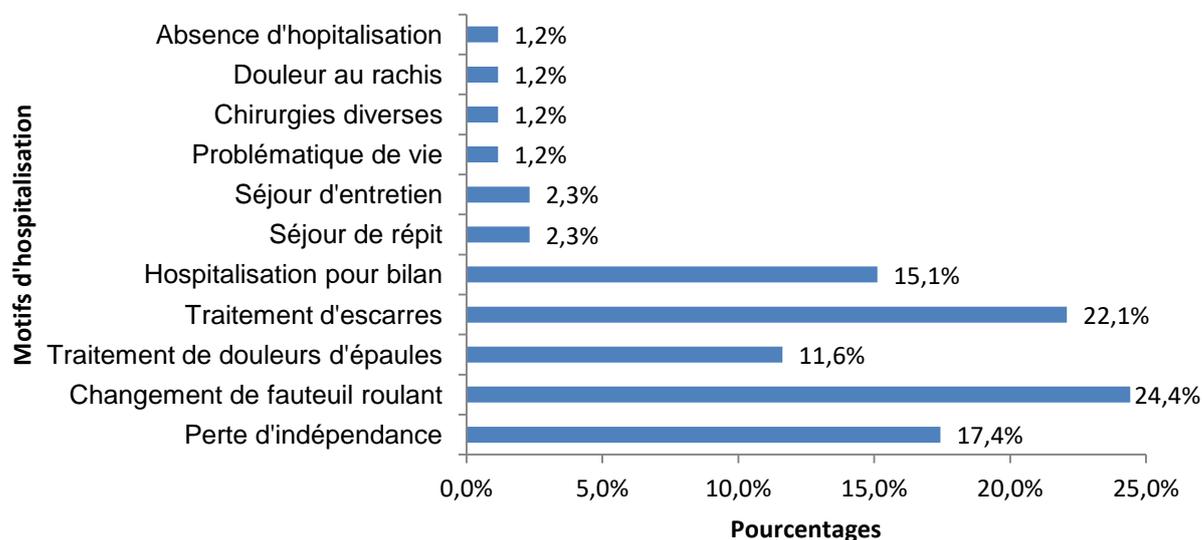


Figure XVII.c : Graphique représentatif de la répartition des motifs d'hospitalisation

Type de prise en charge	Effectif	Pourcentage
Hospitalisation à temps complet de longue durée (> à 2 semaines)	20	43,5%
Hospitalisation à temps complet de courte durée (< à 2 semaines)	6	13,0%
Hôpital de jour	14	30,4%
SAMSAH	2	4,3%
SAVS	1	2,2%
Consultations externes	2	4,3%
Mandat d'évaluation pour MDPH	1	2,2%

Figure XVII.d : Tableau récapitulatif du type de prise en charge

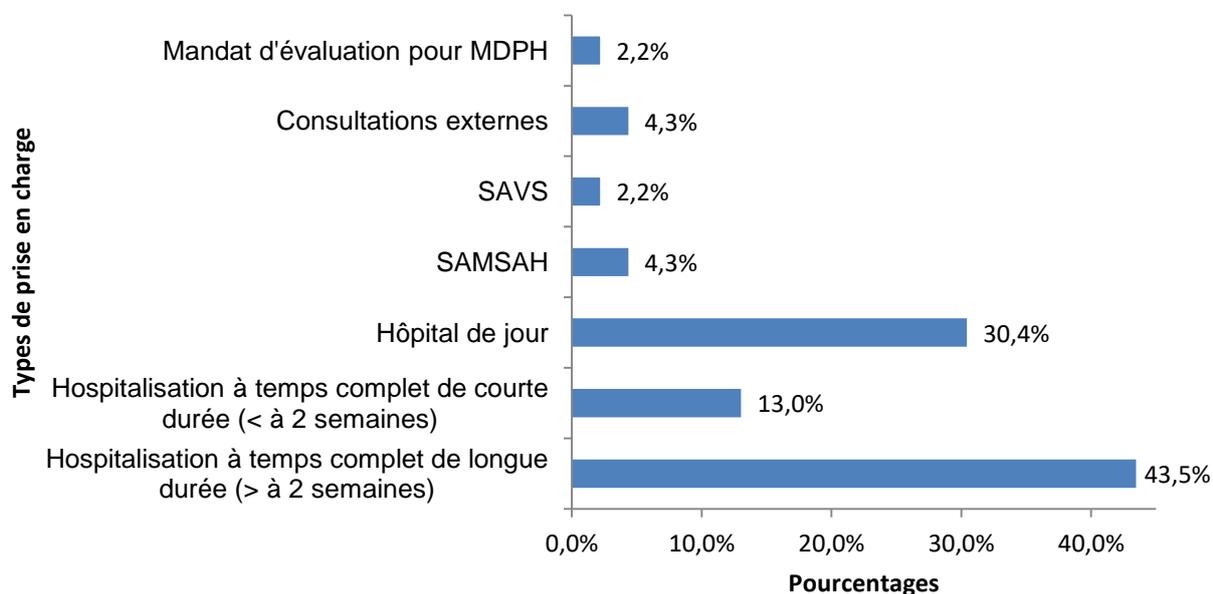


Figure XVII.e : Graphique représentatif du type de prise en charge

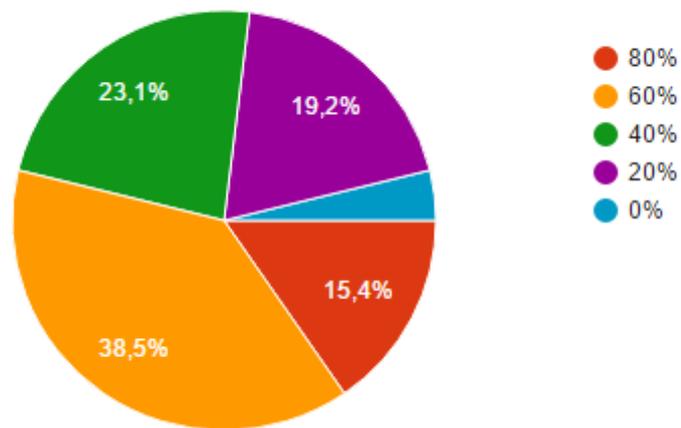


Figure XVII.f : Graphique représentant la présence de douleurs aux épaules

Annexe XVIII : Profil de la prévention

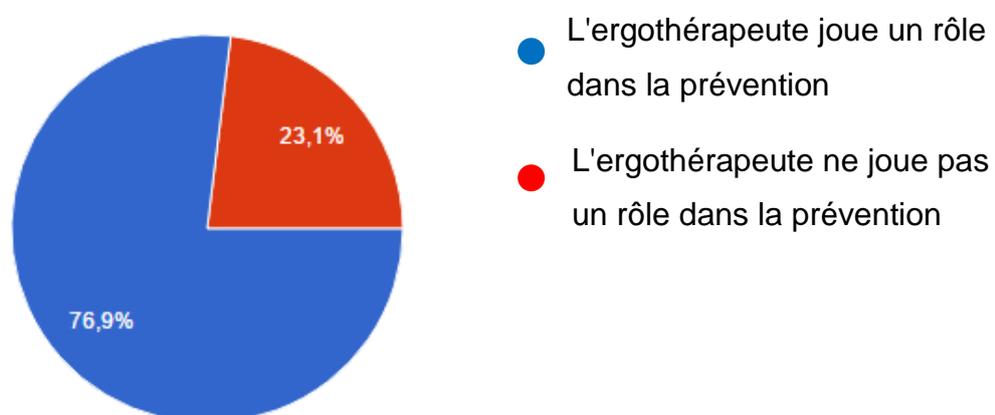


Figure XVIII.a : Graphique représentatif de la pratique de l'ergothérapeute dans la prévention

	Effectif	Pourcentage
Pendant et en dehors des séances d'ergothérapie	12	60%
Pendant les séances d'ergothérapie	8	40%

Figure XVIII.b : Tableau récapitulatif de la prévention pendant ou en dehors des séances

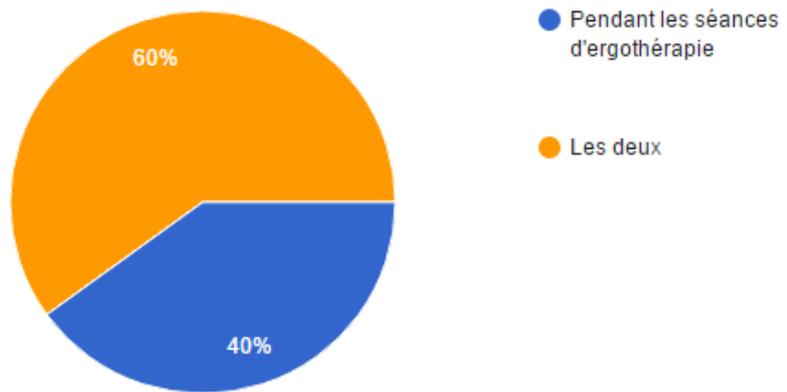


Figure XVIII.c : Graphique représentatif la répartition de la prévention pendant ou en dehors des séances

Annexe XIX : Proposition de la prévention

Moment où la prise en charge est proposée	Effectif	Pourcentage
Début de prise en charge	12	60,0%
Milieu de prise en charge	3	15,0%
Fin de prise en charge	0	0,0%
Tout au long du séjour	4	20,0%
Détermination ou renouvellement fauteuil roulant avec ou sans positionnement	1	5,0%

Figure XIX.a : Tableau récapitulatif du moment de la prise en charge pour proposer la prévention

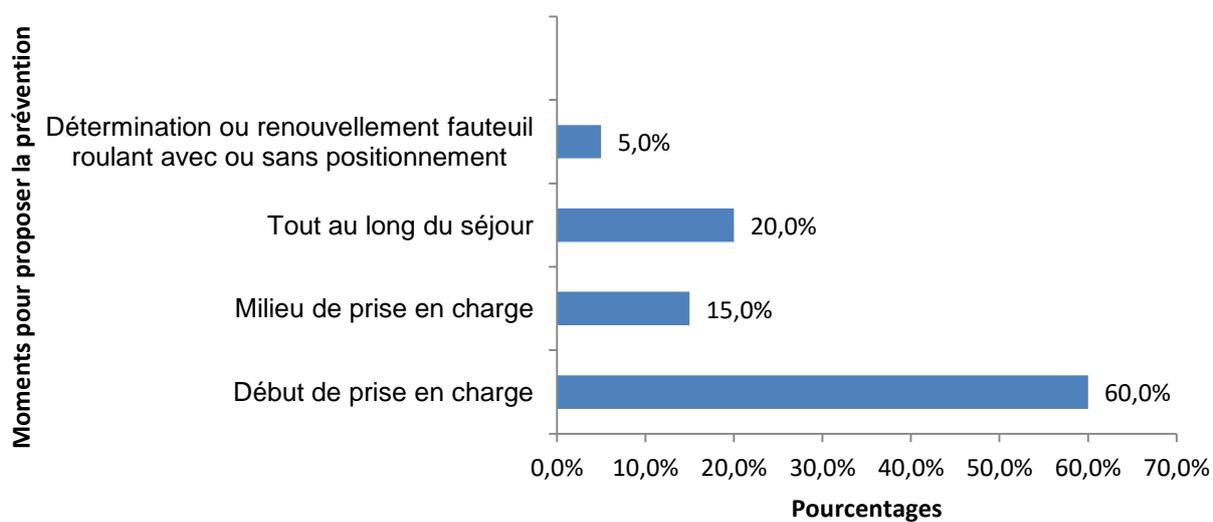


Figure XIX.b : Graphique représentatif du moment de la prise en charge pour proposer la prévention

Facteurs	Effectif	Pourcentage
Age	9	20,9%
Pathologie	7	16,3%
Ancienneté	2	4,7%
Activité	9	20,9%
Environnement	3	7,0%
Type de fauteuil roulant	2	4,7%
Présence de douleurs aux épaules	4	9,3%
Antécédents	2	4,7%
Morphologique	2	4,7%
Psychologique	2	4,7%
Possibilité de récupération	1	2,3%

Figure XIX.c : Tableau récapitulatif des facteurs influant la proposition de la prévention

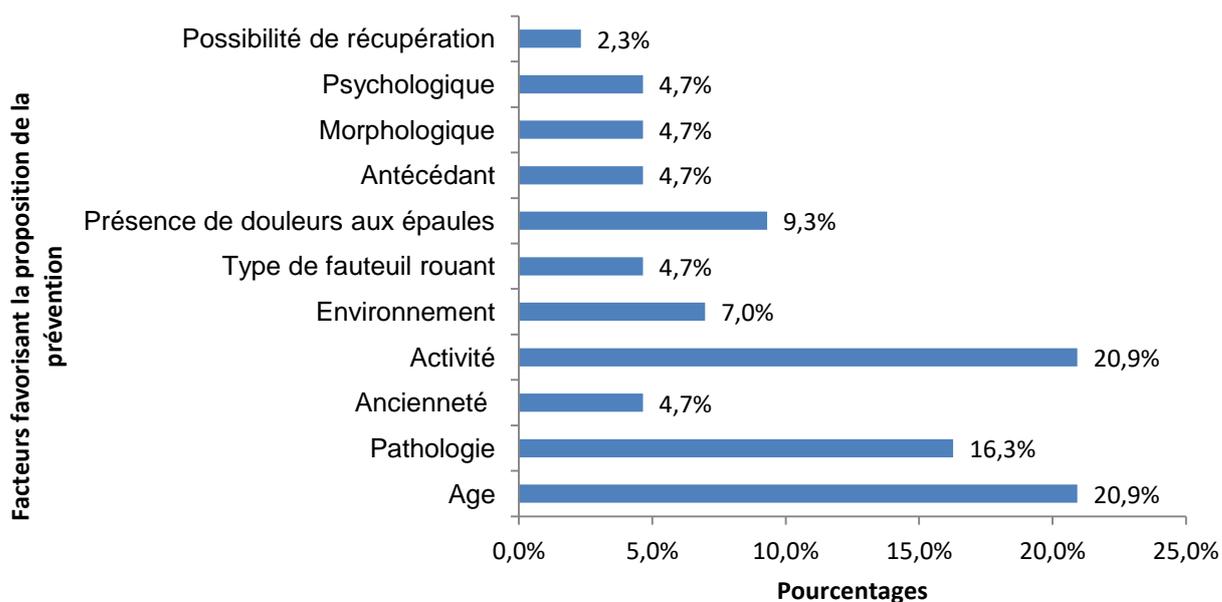


Figure XIX.d : Graphique représentatif des facteurs influant la proposition de la prévention

Annexe XX : L'utilisation du profil de prévention 2

Réponse	Explications orales	Réflexions / Questionnement	Mises en situation	Témoignages de patients	Support papier explicatif	Support vidéo	Squelette	Support papier mémo à garder	Nombre d'outils
7	X	X	X		X		X		5
8	X	X	X				X		4
14	X		X						2
16	X								1
20	X		X				X		3
23	X	X	X						3
24	X		X						2
26	X		X						2
Effectif	8	3	7	0	1	0	3	0	22
Pourcentage	100,0%	37,5%	87,5%	0,0%	12,5%	0,0%	37,5%	0,0%	
Moyenne									3

Figure XX.a : Tableau récapitulatif des outils pédagogiques du profil de prévention 2

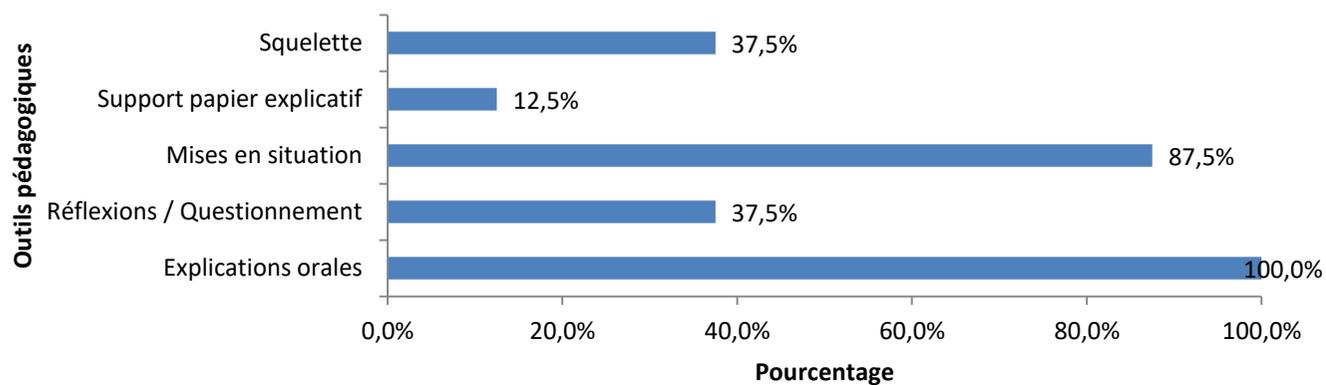


Figure XX.b : Graphique représentatif des outils pédagogiques du profil de prévention 2

Réponse	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	Nombre de thématiques
7	X			X		X	X	X				6
8			X	X			X	X	X	X	X	7
14		X		X					X	X	X	5
16		X						X	X		X	4
20	X	X	X	X			X		X	X	X	8
23			X	X		X	X	X	X	X	X	8
24			X	X			X	X		X	X	6
26			X	X	X	X	X	X	X	X		8
Effectif	2	3	5	7	1	3	6	6	6	6	6	52
Pourcentage	25,0%	37,5%	62,5%	87,5%	12,5%	37,5%	75,0%	75,0%	75,0%	75,0%	75,0%	
Moyenne												7

Figure XX.c : Tableau récapitulatif des thématiques du profil de prévention 2

Légende :

A : Anatomie de l'épaule

B : Physiopathologie des douleurs d'épaules

C : Risques liés aux douleurs d'épaules

D : Economie articulaire

E : Equilibre musculaire de la ceinture scapulaire

F : Aménagement rangements

G : Aménagement domicile

H : Aides techniques

I : Réglages et entretien fauteuil roulant

J : Solution aide à la propulsion

K : Solution limitation nombre transferts

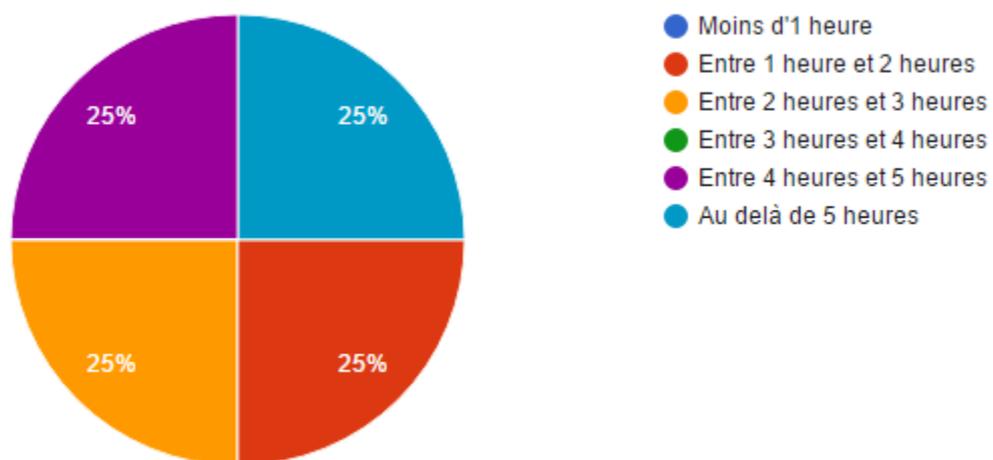


Figure XX.d : Graphique représentatif la durée de la prévention du profil de prévention 2

Annexe XXI : L'utilisation du profil de prévention 6

	Réponse	Explications orales	Réflexions / Questionnement	Mises en situation	Témoignages de patients	Support papier explicatif	Support vidéo	Squelette	Support papier mémo à garder	Autre	Nombre d'outils
Pendant les séances	1		X	X	X						3
	3	X		X	X						3
	5	X						X			2
	6	X	X	X	X						4
	9	X		X							2
	11	X									1
	12	X	X	X	X			X			5
	17	X	X	X	X						3
	19	X	X	X	X	X					4
	21	X	X	X	X				X		4
	Effectif	9	6	8	5	0	0	2	1	0	31
	Pourcentage	90,0%	60,0%	80,0%	50,0%	0,0%	0,0%	20,0%	10,0%	0,0%	
Moyenne											3
En dehors des séances	3	X		X	X						3
	5	X	X	X				X			4
	6	X	X	X	X						4
	9	X		X							2
	11	X									1
	12	X	X	X				X			4
	19	X	X	X	X						4
	21	X	X								2
	Effectif	8	6	8	5	0	0	2	1	0	8
	Pourcentage	100,0%	75,0%	100,0%	62,5%	0,0%	0,0%	25,0%	12,5%	0,0%	
Moyenne											4

Figure XXI.a : Tableau récapitulatif des outils pédagogiques du profil de prévention 6

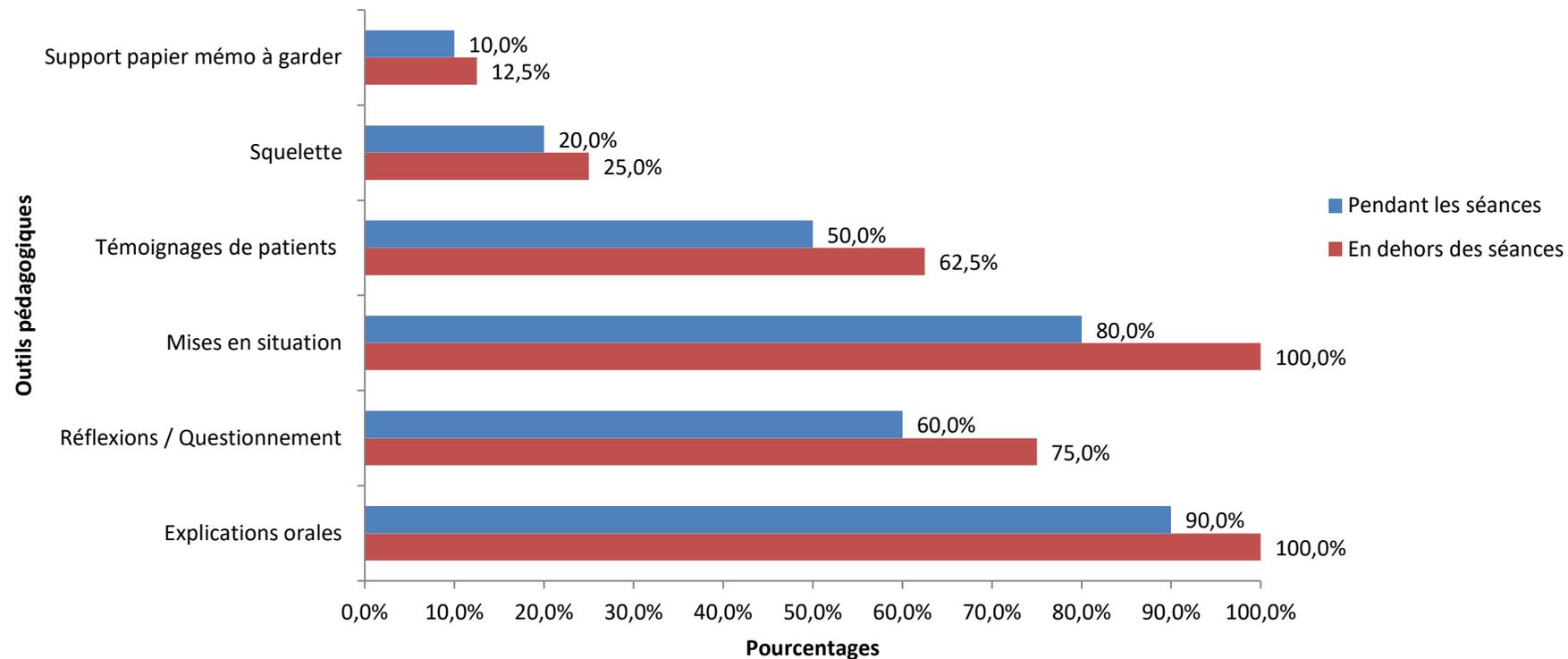


Figure XXI.b : Graphique représentatif des outils pédagogiques du profil de prévention 6

	Réponse	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	Nombre de thématiques	
Pendant séances	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11	
	3			X			X	X	X	X	X	X	7	
	5	X			X		X	X	X	X	X		7	
	6		X	X	X		X	X	X	X	X	X	9	
	9			X				X	X	X	X		5	
	11			X	X						X	X	4	
	12			X	X	X		X		X	X		6	
	17	X	X	X									3	
	19			X	X		X	X	X		X	X	7	
	21	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
	Effectif	4	4	8	7	3	6	8	8	7	7	9	6	69
	Pourcentage	40,0%	40,0%	80,0%	70,0%	30,0%	60,0%	80,0%	70,0%	70,0%	70,0%	90,0%	60,0%	
	Moyenne													7
En dehors des séances	3			X			X	X	X	X	X	X	7	
	5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		10	
	6				X					X	X	X	4	
	9			X			X		X	X	X		5	
	11			X	X		X	X		X	X		6	
	12		X	X	X	X		X		X	X		7	
	19			X	X		X	X	X		X	X	7	
	21	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	10
	Effectif	2	3	7	6	2	6	6	6	5	7	8	4	56
	Pourcentage	25,0%	37,5%	87,5%	75,0%	25,0%	75,0%	75,0%	62,5%	87,5%	100,0%	50,0%		
Moyenne													7	

Figure XXI. c : Tableau récapitulatif des thématiques du profil de prévention 6

Légende:

A : Anatomie de l'épaule

B : Physiopathologie des douleurs d'épaules

C : Risques liés aux douleurs d'épaules

D : Economie articulaire

E : Equilibre musculaire de la ceinture scapulaire

F : Aménagement rangements

G : Aménagement domicile

H : Aides techniques

I : Réglages et entretien fauteuil roulant

J : Solution aide à la propulsion

K : Solution limitation nombre transferts



Figure XXI.d : Graphique représentatif de la durée de la prévention du profil de prévention 6 pendant les séances

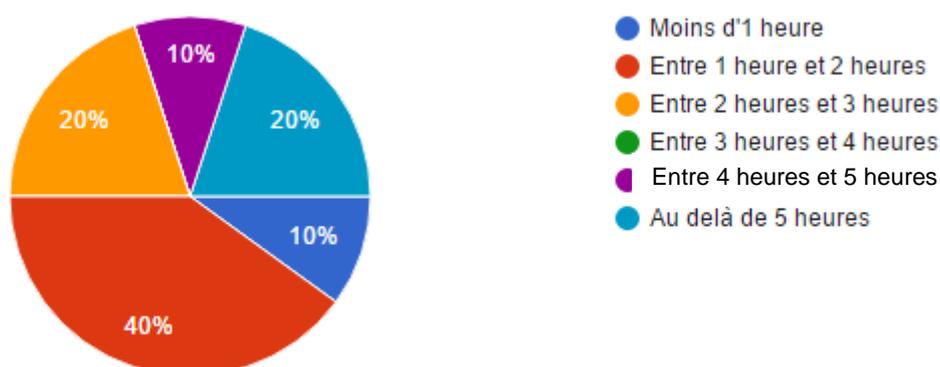


Figure XXI.e : Graphique représentatif de la durée de la prévention du profil de prévention 6 en dehors des séances

Annexe XXII : L'utilisation du profil de prévention 5

	Réponse	Explications orales	Réflexions / Questionnement	Mises en situation	Témoignages de patients	Support papier explicatif	Support vidéo	Squelette	Support papier mémo à garder	Nombre d'outils
Pendant les séances	2	X		X						2
	Effectif	1	0	1	0	0	0	0	0	2
En dehors des séances	2	X	X		X	X	X	X	X	7
	Effectif	1	1	0	1	1	1	1	1	7

Figure XXII.a : Tableau récapitulatif des outils pédagogiques du profil de prévention 5

	Réponse	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	Nombre de thématiques
Pendant les séances	2						X	X	X	X	X	X	6
	Effectif						1	1	1	1	1	1	6
En dehors des séances	2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
	Effectif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11

Figure XXII.b : Tableau récapitulatif des thématiques du profil de prévention 5

Légende:

A : Anatomie de l'épaule

B : Physiopathologie des douleurs d'épaules

C : Risques liés aux douleurs d'épaules

D : Economie articulaire

E : Equilibre musculaire de la ceinture scapulaire

F : Aménagement rangements

G : Aménagement domicile

H : Aides techniques

I : Réglages et entretien fauteuil roulant

J : Solution aide à la propulsion

K : Solution limitation nombre transferts

Annexe XXIII : L'utilisation du profil de prévention 8

	Réponse	Explications orales	Réflexions / Questionnement	Mises en situation	Témoignages de patients	Support papier explicatif	Support vidéo	Squelette	Support papier mémo à garder	Nombre d'outils
Pendant les séances	2	X	X	X						3
	Effectif	1	1	1	0	0	0	0	0	3
En dehors des séances	2	X	X	X						3
	Effectif	1	1	1	0	0	0	0	0	3

Figure XXIII.a : Tableau récapitulatif des outils pédagogiques du profil de prévention 8

	Réponse	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	Nombre de thématiques
Pendant les séances	2	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	6
	Effectif	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	6
En dehors des séances	2		X	X	X		X	X	X	X	X	X	9
	Effectif	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9

Figure XXIII.b : Tableau récapitulatif des thématiques du profil de prévention 8

Légende:

A : Anatomie de l'épaule

B : Physiopathologie des douleurs d'épaules

C : Risques liés aux douleurs d'épaules

D : Economie articulaire

E : Equilibre musculaire de la ceinture scapulaire

F : Aménagement rangements

G : Aménagement domicile

H : Aides techniques

I : Réglages et entretien fauteuil roulant

J : Solution aide à la propulsion

K : Solution limitation nombre transferts

Annexe XXIV : L'avis, la sensibilisation et la formation des thérapeutes

Degré d'importance	Effectif	Pourcentage
Très important	17	65,40%
Important	9	34,60%
Moyennement importante	0	0%
Peu importante	0	0%
Non nécessaire	0	0%

Figure XXIV.a : Tableau récapitulatif du degré d'importance de la prévention

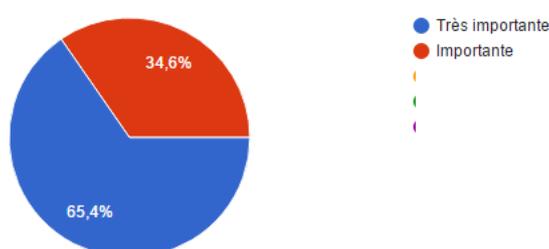


Figure XXIV.b : Graphique représentatif du degré d'importance de la prévention

Moyens	Effectif	Pourcentage
Formation initiale	10	21,7%
Formation continue	4	8,7%
Autre professionnel	9	19,6%
Recherches	6	13,0%
Constatations	17	37,0%

Figure XXIV.c : Tableau récapitulatif des moyens de sensibilisation à la prévention

Moyens	Effectif	Pourcentage
Formation initiale	6	12,2%
Formation continue	5	10,2%
Autre professionnel	11	22,4%
Recherches	11	22,4%
Constatations	16	32,7%
Absence de formation	1	2,0%

Figure XXIV.d : Tableau récapitulatif des moyens de formation à la prévention

Théorique	Formation	Sensibilisation	Total
Constatations	7,08	8,41	15,48
Formation initiale	3,03	4,95	7,98
Autre professionnel	5,56	4,45	10,01
Propres recherches	5,56	2,97	8,53
Formation continue	2,53	1,98	4,51
Total	23,75	22,75	46,51

Observé	Formation	Sensibilisation	Total
Constatations	3,43	4,34	7,77
Formation initiale	1,47	2,55	4,02
Autre professionnel	2,69	2,30	4,99
Propres recherches	2,69	1,53	4,22
Formation continue	1,22	1,02	2,24
Total	11,50	11,75	23,25

Figure XXIV.e : Tableau test du Chi 2 pour lier formation et sensibilisation

Théorique	Formation	Sensibilisation	Total
5 <	10,00	10,50	20,50
5 < < 15	5,00	5,50	10,50
> 15	8,50	7,50	16,00
Total	23,50	23,50	47,00

Observé	Formation	Sensibilisation	Total
5 <	5,00	5,25	10,25
5 < < 15	2,50	2,75	5,25
> 15	4,25	3,75	8,00
Total	11,75	11,75	23,50

Figure XXIV.f : Tableau test du Chi 2 pour lier la formation, la sensibilisation en fonction des tranches d'âge

Réponse	Expérience avec paraplégique (en années)	Formation initiale	Formation continue	Autres professionnels	Recherche	Constatation
22	0,2				X	
25	1					X
7	2	X				
21	2	X		X		X
26	2,5	X				X
8	3	X				
9	3	X				
16	4			X		X
18	4		X	X	X	X
2	5	X		X		X
24	5			X		X
Effectif		6	1	5	2	7
Pourcentage		54,5%	9,1%	45,5%	18,2%	63,6%
11	9			X		
23	9	X				
20	10	X	X			X
4	12			X		X
6	15			X	X	X
13	15					X
Effectif		2	1	3	1	4
Pourcentage		33,3%	16,7%	50,0%	16,7%	66,7%
15	19	X				
14	20					X
1	25		X			
5	26				X	X
19	26				X	X
17	27	X				
3	30			X		X
12	33		X	X	X	X
10	35					X
Effectif		2	2	2	3	6
Pourcentage		22,2%	22,2%	22,2%	33,3%	66,7%

Figure XXIV. g : Tableau des réponses des moyens de sensibilisation en fonction des tranches d'âge

Réponse	Expérience avec paraplégiques (en années)	Formation initiale	Formation continue	Autres professionnels	Recherches	Constatation	Pas de formation
22	0,2						X
25	1				X	X	
7	2	X					
21	2			X	X		
26	2,5	X					
8	3			X	X		
9	3	X					
16	4			X		X	
18	4		X	X	X	X	
2	5	X		X		X	
24	5			X		X	
Effectif		4	1	6	4	5	1
11	9			X			
23	9	X					
20	10		X			X	
4	12			X	X		
6	15		X	X	X		
13	15					X	
Effectif		1	2	3	2	2	0
15	19				X	X	
14	20					X	
1	25		X		X		
5	26				X		
19	26				X	X	
17	27	X				X	
3	30			X		X	
12	33		X	X	X	X	
10	35					X	
Effectif		1	2	2	5	7	0

Figure XXIV.h : Tableau des réponses des moyens de formation en fonction des tranches d'âge

PREVENTION DU VIEILLISSEMENT PREMATURE DES EPAULES CHEZ LES PATIENTS PARAPLEGIQUES EN ERGOTHERAPIE

GENER Julie

MOTS-CLES: Prévention, Epaule, Paraplégie, Ergothérapie

RESUME:

La prévention des épaules chez le patient paraplégique est indispensable pour limiter le vieillissement prématuré de cette articulation, primordiale pour l'indépendance de l'individu à long terme. L'ergothérapeute dispose de moyens pour limiter la sollicitation excessive des membres supérieurs et les gestes contraignants pour les épaules.

L'étude va tenter de montrer comment les ergothérapeutes mettent en place cette prévention. Pour cela, un questionnaire a été envoyé selon 8 profils de prévention à des ergothérapeutes rencontrant des patients paraplégiques. Selon les résultats obtenus, on observe qu'ils utilisent les mêmes moyens mais avec une démarche différente. La création d'un guide pratique de la prévention permettrait d'uniformiser la mise en place des moyens au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi le suivi à long terme de ces patients serait facilité.

PREVENTION OF PREMATURE SHOULDERS AGEING IN PARAPLEGIC PATIENT IN OCCUPATIONNAL THERAPY

KEY WORDS : Prevention, Shoulder, Paraplegia, Occupational Therapy

ABSTRACT:

Persons with spinal cord injury suffer from premature shoulders aging which confronts them to situations of disability. Occupational Therapist (OT) uses several ways to limit overuse of upper limb and constraining gestures for shoulders.

The aim of the study is to determine OT's approach in prevention of the premature shoulders ageing. A questionnaire has been sent to OTs who work with paraplegic patients according to 8 prevention profiles. Results indicate that OTs use the same ways but with different approaches. The elaboration of a common practical guide could allow standardizing practice of multidisciplinary team members. In this way long term follow-up will be facilitated.