

Mémoire d'initiation à la recherche
En vue de l'obtention du Diplôme d'État d'ergothérapeute
Session de juin 2019



La technologie de demain pour la personne âgée d'aujourd'hui

Les gérontechnologies préconisées par l'ergothérapeute



UPEC
UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÈTEIL

INSTITUT
DE FORMATION
EN ERGOTHÉRAPIE

RAMUS Jérémy

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné RAMUS Jérémy, étudiant en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 3 juin 2019

Signature :

NOTE AUX LECTEURS

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil.

»

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier ma compagne pour son grand soutien durant ces trois années d'études.

Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Valérie DYON, ma maîtresse de mémoire, pour sa disponibilité, son soutien, sa bonne humeur, ses encouragements et son aide durant l'élaboration de ce mémoire.

Mes remerciements vont également aux ergothérapeutes qui ont participé à mon enquête ainsi qu'à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil et les différents intervenants pour le mémoire, lesquels m'ont transmis généreusement leurs connaissances théoriques, pratiques et méthodologiques.

Enfin, je remercie mes proches et ma famille qui m'ont soutenu pendant cette période.

« *La meilleure façon de produire l'avenir est de le créer* » Abraham Lincoln

SOMMAIRE

Introduction

1 I. Démarche méthodologique.....	3
II. Le cadre conceptuel.....	5
1. Le Modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP).....	5
2. La personne âgée d'aujourd'hui.....	7
2.1 Le vieillissement	7
2.2 La Prothèse Totale de Hanche (PTH) :	8
3. L'évaluation des besoins en ergothérapie	14
4. La préconisation d'aides techniques en ergothérapie.....	17
4.1 Le rôle de l'ergothérapeute	17
4.2 Les aides techniques	19
III. Le cadre de recherche.....	22
1. Méthodologie de l'enquête.....	22
1.1 Objectifs :.....	22
1.2 Populations :.....	22
1.3 Outil d'investigation :	23
3. Présentation des résultats et analyse.....	24
2.1 Recueil des données.....	24
2.3 Analyse des données.....	34
4. Discussion	38
5. Limites de l'étude et Intérêts.....	40
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	44
Glossaire.....	48
ANNEXES	I

Le vieillissement correspond à la diminution des capacités physiques et/ou psychiques d'une personne.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), les sociétés européennes comptent les populations les plus âgées avec 19,2% de personnes âgées d'au moins 65 ans. En France, ils représentent 19,6% soit environ 13,146 millions de personnes âgées. Ce chiffre va augmenter en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'arrivée dans cette tranche d'âge de toutes les générations issues du baby-boom entraînant une proportion d'un habitant sur 4 ayant 65 ans ou plus en 2040.

Le vieillissement atteint tous les systèmes : nerveux, cardiovasculaire, respiratoire, osseux, cartilagineux et articulaire, visuel, proprioceptif et musculosquelettique. Ces atteintes vont varier d'une personne à l'autre, entraînant des situations de handicap ou non. Ce qui ne les empêche pas de vivre et d'interagir avec leur environnement, pouvant contenir des technologies*¹qu'ils ne maîtrisent pas (Cohen & Mourey, 2014, p. 19-32).

Contrairement aux idées reçues, l'intérêt des personnes âgées pour les technologies est en augmentation. Un terme a été inventé pour désigner à la fois le public âgé et les nouvelles technologies, il s'agit du mot *Gérontechnologie* : « *La Gérontechnologie (ou Gérontotechnologie – condensé des termes Gérontologie et Technologie) regroupe différents systèmes techniques et solutions d'aide à la personne âgée et/ou à son aidant dans la réalisation des activités normales de la vie quotidienne.* »². Cela permet de répondre à divers besoins tels que : améliorer la qualité de vie*, faciliter la réalisation de tâches quotidiennes ou encore sécuriser les déplacements dans un respect de l'éthique et l'acceptation par les usagers et leur entourage (MEDIALIS, 2013).

¹ Tous les termes suivis d'un * sont définis dans le glossaire

² <https://www.silvereco.fr/gerontechnologie/3143651>

1

Ces besoins sont aussi en lien avec l'un des objectifs principaux de l'ergothérapie qui est de rendre partiellement ou totalement l'autonomie à une personne afin d'améliorer sa qualité de

vie. En fonction de la situation de handicap et/ou des besoins de la personne âgée, l'ergothérapeute, en institution ou à domicile, pourra préconiser ces technologies comme outil thérapeutique. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place une démarche de préconisation* afin d'obtenir l'adhésion et la compréhension du patient à l'utilisation d'un outil qu'il ne connaît peut-être pas.

Quelle est cette démarche ?

Quelles sont les représentations des technologies pour les personnes âgées ?

L'utilisation de ces technologies permettrait-elle de rompre l'écart entre les avancées technologiques et le vieillissement de la population ?

Au cours de mes différents stages, je n'ai pas pu assister à l'utilisation de technologies adaptées au public âgé ni à leur préconisation ; j'ai donc effectué des recherches sur ces deux éléments. J'ai alors émis la problématique suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute préconise-t-il des aides techniques technologiques dans l'objectif d'un retour à domicile d'une personne âgée ayant une prothèse totale de hanche ?

Les différentes lectures, associées aux recherches, aux enseignements reçus dans mes stages ainsi que les divers échanges avec des professionnels exerçant dans le domaine du sujet que je traite m'ont permis de soumettre l'hypothèse suivante :

« En ergothérapie, la démarche de préconisation d'aides techniques technologiques, centrée sur les besoins de la personne âgée ayant une prothèse totale de hanche, permet de favoriser un retour à domicile. »

Afin de répondre à cette problématique et vérifier mon hypothèse, le vieillissement et la prothèse totale de hanche seront d'abord évoqués. Ensuite, l'évaluation des besoins en gérontechnologies en ergothérapie sera abordée et enfin le rôle de l'ergothérapeute dans la préconisation d'aides techniques sera expliqué.

I. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

J'ai toujours été intéressé par les technologies, c'est pour cette raison que je voulais réaliser

mon mémoire sur ce sujet. Seulement, je ne savais pas quelle population choisir ni comment l'aborder.

Au début de ma formation en ergothérapie, je me suis intéressé au public âgé car il était le seul public que je ne connaissais pas encore.

Mon premier stage avec cette population s'est déroulé dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Ces personnes âgées m'ont agréablement surpris par leur vitalité, leur sagesse et leur état d'esprit.

La découverte de cette population m'a beaucoup plu et m'a rassuré face aux inquiétudes et appréhensions que je pouvais avoir.

C'est dans cette structure que j'ai rencontré pour la première fois des personnes âgées portant une Prothèse Totale de Hanche (PTH). Ce qui m'a tout de suite interpellé, c'est l'aspect hybride qu'elle donne à son porteur, bien qu'elle ne soit pas visible.

En les écoutant aborder l'origine de leur hospitalisation, résultant d'un dysfonctionnement d'un détecteur de chutes ou d'une autre technologie préconisés par un ergothérapeute, ainsi que de leurs attentes à propos de leur prothèse*, une réflexion sur ces thématiques émergea en moi.

Lors de mon 2^e stage, pour me conforter dans le choix de la population âgée, j'ai choisi un service gériatrique en SSR avec cette fois-ci un Hôpital de Jour (HDJ), au sein duquel le rythme et les patients étaient différents. J'ai remarqué que malgré la présence d'un public âgé plus dynamique, peu de technologies étaient présentes dans la structure et peu abordées ou préconisées à la suite de visites à domicile.

Entre temps, j'ai pu participer à un colloque sur les perspectives relatives aux innovations* et au handicap ainsi qu'à un salon sur l'économie consacrée aux personnes âgées, la silver économie*, qui m'ont permis de découvrir les technologies de demain, concernant aussi bien le domaine médical, social que les loisirs.

C'est à la suite de cette démarche que ma décision fut prise de traiter ces deux thèmes, je me suis alors intéressé à la préconisation des aides techniques technologiques liées à l'autonomie

de la personne âgée ayant une prothèse totale de hanche souhaitant retourner au domicile. Je me suis donc posé la question suivante :

De quelle manière l'ergothérapeute préconise-t-il des aides techniques technologiques dans l'objectif d'un retour à domicile d'une personne âgée ayant une prothèse totale de hanche ?

À la suite de cette problématique et à de nombreuses recherches, j'ai abouti à cette hypothèse suivante :

« En ergothérapie, la démarche de préconisation d'aides techniques technologiques, centrée sur les besoins de la personne âgée ayant une prothèse totale de hanche, permet de favoriser un retour à domicile. »

1. LE MODELE PERSONNE-ENVIRONNEMENT-OCCUPATION PERFORMANCE (PEOP)

Le modèle conceptuel* que j'ai choisi est le modèle **Personne-Environnement-Occupation Performance (PEOP)** créée par Baum, Christiansen, & Bass en 2015 (Morel-Bracq, 2017, p. 64).

Il s'agit d'un modèle écologique, systémique et transactionnel, c'est-à-dire qu'il se concentre sur les caractéristiques de la personne et de son environnement. Ce modèle se focalise sur la personne car il a été créé afin de faciliter la planification du plan d'intervention avec le client³ car lui seul est en mesure de définir quels sont les résultats de l'intervention les plus importants et nécessaires pour lui.

La finalité de ce modèle est la performance occupationnelle, la participation et le bien-être.

De plus, il met en lien les composantes de la personne, de l'environnement et de l'occupation.

Voici son schéma :



*Figure 1 : Personne-Environnement
Occupation-Performance (PEOP) de Baum,
Christiansen, & Bass (2015)*

³ Dans ce modèle, le terme client fait référence aussi bien à un individu (enfant, adulte, âgé) qu'à une famille, une collectivité, une institution ou à une communauté.

capacités et ses déficiences* selon les aspects cognitif, psychologique, physiologique, sensoriel, moteur et spirituel. L'ergothérapeute pourra identifier ces dernières à l'aide d'observations et d'évaluations afin de proposer un plan de traitement adapté et centré sur la personne âgée ayant une PTH. Ce plan de traitement vise à maintenir les capacités et à trouver des moyens de compensations pour les déficiences et les incapacités du patient. Il faut aussi inclure l'histoire de vie de la personne à travers son récit (antécédents, perceptions passées, présentes et futures, ses choix, ses intérêts, ses buts et besoins qui lui sont spécifiques). Ils permettent au thérapeute de comprendre le sens que la personne donne à sa vie, ainsi que de préserver la cohérence de son intervention avec l'identité du patient.

Ensuite, l'**environnement** est pris dans le sens large du terme. Il comporte les influences physiques (météo, nuisances sonores, ...), sociales (aidant/s, famille, amis, ...), culturelles, politiques et technologiques. Le rôle de l'ergothérapeute va être de trouver les éléments facilitateurs et limitants au sein de cet environnement. Les facteurs facilitateurs seront des points sur lesquels l'ergothérapeute pourra s'appuyer lors de ses préconisations et il visera à supprimer ou à compenser les obstacles à la réalisation des performances occupationnelles engendrés par les facteurs limitants. Dans l'objectif d'un retour à domicile, la visite à domicile est une des évaluations possibles et primordiales pour identifier les avantages et les obstacles du logement.

Enfin, l'**occupation** concerne les activités, tâches et rôles que les individus veulent et doivent réaliser dans de leur vie quotidienne. À la suite de la pose de la PTH, la personne âgée se voit limitée dans certaines de ses occupations durant les mois de rétablissement où certains mouvements lui sont interdits. L'ergothérapeute doit alors montrer et faire apprendre les gestes et postures sécurisantes pour pallier ces obstacles ainsi que d'autres moyens de compensations (aides techniques, conseils, aménagement du domicile, ...).

En croisant ces 3 composantes, on obtient la performance occupationnelle, la participation et le bien-être du patient qui sont les objectifs à atteindre de l'ergothérapeute pour chacune de ses prises en charge.

Dans l'objectif d'un retour à domicile pour une personne âgée ayant une PTH, l'ergothérapeute doit prendre en compte toutes ces composantes afin d'optimiser ses préconisations.

Ce modèle permet ainsi de voir le patient dans sa globalité, son environnement qui l'entoure et ses occupations qui l'animent.

2. LA PERSONNE AGÉE D'AJOURD'HUI

2.1 Le vieillissement

Ce phénomène entraîne la diminution des capacités physiques et/ou psychiques et peut évoluer selon 3 modalités évolutives (Jeandel, 2005, p. 30) :

- Le vieillissement réussi : maintien des capacités fonctionnelles ou atteinte très modérée
- Le vieillissement normal : réduction des capacités ou de certaines d'entre elles sans la présence de maladie
- Le vieillissement pathologique : présence de maladie(s)

Ce dernier peut ainsi engendrer la dégradation de l'articulation coxofémorale, entraînant la mise en place d'une Prothèse Totale de Hanche (PTH), selon plusieurs origines : traumatique (chute entre autres), tumorale ou dégénérative le plus souvent (coxarthrose en particulier, nécrose* de la tête fémorale, ...). À la suite de l'opération, les capacités physiques et certains mouvements de hanche de la personne âgée sont limités, ce qui a pour conséquence une perte d'autonomie et une restriction de participation dans les activités de vie quotidienne.

C'est en prévision des difficultés liées à la perte d'autonomie que l'État a mis en place des mesures de santé publique. Ainsi, il propose depuis plusieurs années des plans d'actions et des lois pour les personnes âgées.

Par exemple, dans le cas de la prévention primaire, le plan « Bien vieillir » de 2007-2009. Il vise à prévenir ou retarder l'apparition des incapacités ou des pathologies dans une conception globale de la personne, en promouvant des comportements favorables à la santé et en améliorant les stratégies préventives (Aquino, 2008). Pour la prévention secondaire, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 29 décembre 2015 a été créée. Elle contribue à une amélioration du quotidien, la reconnaissance du soutien des proches et à la prévention de la perte d'autonomie en réaffirmant les droits et libertés des personnes âgées.

Enfin, le plan « Stratégie Nationale de Santé » de 2018-2022 participe à la prévention tertiaire. Il a pour objectifs, entre autres, la promotion et la prévention de la santé, la qualité et pertinence des soins et l'innovation ainsi que la place des citoyens dans la gouvernance du système de santé. L'ergothérapeute contribue à ce plan national en visant la prévention de la perte d'autonomie afin de garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.

2.2 La Prothèse Totale de Hanche (PTH) :

Rappel

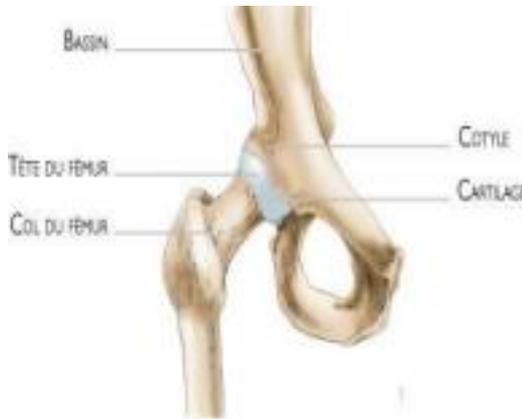


Figure 2 : Anatomie de la hanche

⁴ La hanche correspond à la « région unissant la cuisse au pelvis, dont le centre est occupé par l'articulation coxofémorale » (Quevauvilliers, 2018, p. 226). Cette articulation composée du cotyle ou acétabulum (cavité du bassin) et de la tête du fémur. Autour de cette articulation se trouve de nombreux tendons et muscles qui assurent l'équilibre à la marche et la mobilité de l'articulation.

La PTH est une prothèse qui va remplacer cette articulation défectueuse, elle est mise en place par le biais d'une opération chirurgicale

Indications

La pose d'une PTH est une intervention fréquente, elle a été réalisée plus de 150 000 en France en 2015 et 500 000 personnes de plus de 60 ans vivant hors institution en portent (Mertl, 2017). Il est à noter que l'augmentation de l'espérance de vie devrait entraîner l'augmentation du nombre de poses de prothèses de hanche (les PTH plus particulièrement) (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), 2001).

D'après l'ANAES (2001, p. 16), la coxarthrose, dégradation des cartilages de l'articulation coxofémorale représente le motif principal du recours à la PTH (90% des cas). Ce phénomène de vieillissement de l'articulation apparaît plus ou moins tôt en fonction des facteurs génétiques, de la sollicitation de l'articulation ou l'excès de poids. Il entraîne de la douleur, une raideur articulaire et une diminution du périmètre de marche. Les 10% restant correspondent à la nécrose de la tête fémorale (destruction osseuse progressive).

Parmi les origines traumatiques, la fracture du fémur proximal concerne 9 fois sur 10 les personnes âgées de plus de 65 ans.

⁴ <https://www.dagher.fr/wp/wp-content/uploads/2011/12/butee-1.jpg>

L'intervention a donc pour but de diminuer les perturbations à la marche, la douleur, les raideurs et le déficit musculaire liés aux pathologies de la hanche afin d'améliorer la qualité de vie du porteur de la PTH (Darnault, Nizard, & Guillemain, 2005, p. 1).

Les types de prothèses

Il existe plus de 400 types de prothèses de hanche, dont certaines sont représentées dans la figure 4⁵. et leur durée de vie est de 10 ans en moyenne. Afin de choisir efficacement la bonne prothèse, le chirurgien va se baser sur différents critères (ANAES), 2001, p. 29-31) :

- Le patient : âge, activité, espérance de vie, attentes et exigences en termes de qualité de vie à la suite de l'opération, qualité de son os et la morphologie de sa hanche ;
- La prothèse :
 - Ses matériaux : métaux, céramiques ou polymères, ils doivent être biocompatibles avec le patient, résister à la corrosion et aux fractures de fatigue du matériel. Grâce à l'avancée technologique, ils sont de plus en plus durables et augmentent ainsi la durée de vie de la prothèse ;
 - Sa forme : propre à chaque prothèse, elle peut aussi être modulaire (plusieurs segments de taille variable qui s'emboîtent les uns aux autres afin de former l'implant final) ;
 - Ses moyens de fixations : cimentées, non cimentées ou hybrides ;
 - Les couples de frottement : liés aux matériaux ;
- Ses connaissances propres liées à ses formations et ses apprentissages ainsi que l'accessibilité aux dispositifs (proximité du fabricant, facilité de mise à disposition du matériel) et du choix chirurgical.

En effet, il existe 3 voies chirurgicales : la voie d'abord antérieure, externe et postérieure où chacune présente des avantages et des inconvénients.

⁵ Cf. Annexe 3

La composition de la prothèse

La PTH est divisée en 2 parties :

- L'implant fémoral (tige avec col et tête indépendante de la tige ou non) ;

- L'implant cotyloïdien (cotyle).

Les deux types de PTH les plus utilisés actuellement sont la modulaire non cimentée Alloclassic dans sa version à couple de frottement métal-métal et celle de Charnley dans sa version originale non modulaire ⁶(ANAES), 2001, p. 29).

Le choix de la prothèse est essentiel pour éviter une réintervention (reprise de chirurgie).

Opération

Il s'agit d'une opération sous anesthésie générale ou non (De Jaeger, 2008, p. 68), le patient est donc préparé au préalable avant l'intervention. Avec l'évolution de la pratique, de nouvelles technologies ont vu le jour telles que la planification préopératoire 3D qui permet d'optimiser la réussite de l'opération et d'éviter des complications pré et post-opératoire en fonction de la voie d'abord (Dreyer & Dunand, 2012, p. 83).

La voie d'abord correspond à la zone d'incision en fonction du plan de l'espace (antérieur, médial, latéral et postérieur) par laquelle le chirurgien va passer pour mettre en place la PTH. Elle va définir les mouvements luxant post-opératoire, la période de convalescence et d'autres paramètres (délai pour l'appui complet, temps d'hospitalisation, ...).

Afin de minimiser les complications évitables (douleurs et séquelles fonctionnelles diverses neuropathiques ou musculaires, fracture peropératoire, ...), il faut déterminer la meilleure voie d'abord en fonction du patient. Il en existe plusieurs⁷, nous allons nous intéresser aux suivantes (MERTL, 2017, p. 15-47) :

⁶ Cf Annexe 3 figure 5 et 6

⁷ Cf Annexe 5

Watson Jones et dérivés (antéro latéral)

neurologique - Confort patient

- Exposition fémorale (temps où l'os est en contact avec l'air extérieur) avec risque de fracture si mal réalisé

- Faible risque vasculonerveux

- Risque de luxation extrêmement

faible - Stabilité prothétique

- Rapidité de récupération (marche possible sans cannes dès le 2^e ou 3^e jour post-opératoire)

- Difficile chez les patients obèses, trapus et musclés (risque de lésions importantes faisceau antérieur du moyen fessier)

- Pas d'ossification périprothétiques ni de fausses routes ou de fractures fémorales

- Risque de fracture du sommet du grand trochanter

Hardinge et dérivés, regroupés sous le terme « voies Directes Latérales » ou DL (latéral)

- Très faible taux de complications (fractures peropératoires, lésions neurologiques, luxations post-opératoires...)

- Hanche susceptible de rester douloureuse et d'entraîner une boiterie persistante

Moore (postéro latérale, voie

postérieure standard (VPS))

(La plus ancienne et la plus utilisée)

- Technique simple

- Peut entraîner des séquelles douloureuses

- Bon accès au cotyle et au fémur

- Peut entraîner une déficience de force musculaire

Mini-voie d'abord postérieure (VPM) (Dérivé de la VPS,

(Moerenhout, Cherix, & Rüdiger, 2012, pp. 2429-2432))

- Réduction du risque de luxation prothétique

- Petite cicatrice (avantages d'une voie MIS (minimally invasive surgery))

- Peut entraîner une boiterie définitive

- Diminution des douleurs postopératoires et de la durée d'hospitalisation

- Diminution de la morbidité

- Génère le + de luxations post-opératoire

- Récupération rapide avec retour précoce à la vie active

- Non invasive (aucune section tendineuse ou musculaire)

- Diminution de la douleur

- Augmentation de la satisfaction pour le patient

- Accélération de la récupération fonctionnelle précoce

- Accès au patient facilité (décubitus dorsal)

- Réduction du temps

d'hospitalisation - Réduction de la

- Possibilité de réaliser 2 PTH en même temps (bilatérale)

douleur

- Visualisation et accès réduit de l'acétabulum et du fémur lors de l'opération

- Faible risque de compression

- Apprentissage facile pour le chirurgien

- Technique exigeante



Figure 3: Étapes de l'opération

L'intervention vise à remplacer les cartilages usés par des implants prothétiques et se déroule en plusieurs phases :

Découpe de la cuisse (zone en fonction de la voie d'abord) pour atteindre la tête fémorale et le cotyle qui vont être à leur tour coupées. S'en suit la mise en place de l'implant cotyloïdien et fémoral avant la fermeture de la cuisse.

Durant l'opération, il existe des risques tels que la phlébite*, l'hématome, la luxation, l'infection, les douleurs résiduelles, un déscollement précoce et une inégalité de longueur des membres inférieurs.

La suite de l'opération dépend de la voie d'abord (temps de convalescence, reprise de la marche, premiers levés, apprentissage des escaliers, ...) mais pendant 3 mois, pour toutes les voies, des mouvements sont interdits au patient afin d'éviter une luxation de la prothèse (un livret peut être donné au patient pour lui rappeler ces mouvements⁹).

Une luxation peut survenir à la suite d'un de ces mouvements poussé à l'extrême ou la combinaison de plusieurs d'entre eux :

- Pour les voies postérieures, la luxation se situera vers l'arrière, les mouvements luxant sont :
 - L'abduction (jambes écartées) ;
 - L'hyperextension (angle supérieur à 180° entre la cuisse et le tronc) ;
 - La rotation externe (pointe de pied vers l'extérieur et talon vers l'intérieur).

- Pour les voies antérieures, la luxation se situera vers l'avant, les mouvements luxant sont :
 - L'adduction (jambes croisées) ;
 - L'hyperflexion (angle inférieur à 90° entre la cuisse et le tronc) ;
 - La rotation interne (pointe de pied vers l'intérieur et talon vers l'extérieur).

⁸ <http://www.chirurgie-orthopedie-chanzy.com/images/chirurgie/pth-etapes.jpg>

⁹ Cf. Annexe 6

Ces mouvements interdits vont impacter la vie quotidienne du patient en créant des situations à risque de luxation :

- Transferts (entrée et sortie du lit, position assise-debout sur fauteuil ou aux toilettes, ...) ;
- Habillage (mettre un pantalon, un bas de contention, une paire de chaussettes ou de chaussures) ;
- Toilette (douche debout, atteindre les pieds, ...) ;
- Déplacements (ramasser un objet au sol, se retourner, port de charges, monter/descendre des escaliers, ...).

Pour pallier ces situations à risque, l'ergothérapeute conseillera et proposera des aides techniques adaptées aux besoins du patient, besoins qu'il/elle aura évalué au préalable.

3. L'ÉVALUATION DES BESOINS EN ERGOTHERAPIE

« L'ergothérapeute [*occupational therapist* en anglais] est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé ».¹⁰

En prévenant, réduisant ou supprimant les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des patients et de leur environnement, l'ergothérapeute vise à maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Il est donc l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation du patient et les exigences de la vie quotidienne en société. Il va examiner les effets d'une lésion ou d'une maladie à travers les facteurs physiques (durée, conséquences, ...), psychosociaux (rôle social, professionnel, ...) et environnementaux (vie domestique, famille, loisirs, ...) afin de prendre le patient dans sa globalité (Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), 2019).

Cette examination passe par des outils d'évaluation.

Le modèle conceptuel choisi n'a pas d'outils d'évaluation propre, cependant, il est nécessaire de favoriser ceux qui portant sur la performance occupationnelle et donnant des informations sur les facteurs de personne et de l'environnement (Morel-Bracq, 2017, p. 67).

¹⁰ ANFE. (2019, février 1). Définition. Consulté 10 mars 2019, à l'adresse <https://www.anfe.fr/definition>

C'est au thérapeute de sélectionner les évaluations les plus pertinentes à la situation, dans le cas d'une personne âgée ayant une PTH, cela passe par des :

- Entretiens avec le patient avec ou sans un membre de sa famille (l'aidant principal entre autres) et/ou un professionnel de santé qui le prend en charge (aide à domicile, aide soignant(e), ...) afin de recueillir les informations le concernant (antécédents, habitudes de vie, environnement, domicile, ...);
- Évaluations
 - Fonctionnelles : pour vérifier l'intégralité des mouvements fonctionnels de la vie quotidienne ;
 - Aux transferts : assis-debout, sortie de lit, salle de bain, ... Cela indiquera les moyens de compensations ainsi que les aides techniques et/ou technologiques à mettre en place ;
 - Cognitives : Bilan Modulaire d'Ergothérapie (BME), Mini Mental State Examination (MMSE), ... Ces bilans servent à vérifier l'intégrité mentale du patient, si elle est impactée, son autonomie l'est aussi ;
 - Au risque de chute : Tinetti*, Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST), Équilibre et Vie Quotidienne (E.V.Q), ... Ils sont conseillés pour les patients ayant des troubles de l'équilibre ou des antécédents de chute ;
 - Autonomie et de l'indépendance : toilette/habillage, Groupe Iso-Ressources (GIR)*, Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF)*, Activities of Daily Living (ADL)*, Instrumental Activities of Daily Living (IADL)*, Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)*. Ils déterminent l'autonomie du patient sur ses activités de vie quotidienne ;
- Mises en situation lors de la toilette, de l'habillage, de la préparation du repas, des déplacements ou des transferts par exemple afin d'observer les actions du patient en situation réelle ;
- Visites à domicile afin d'identifier les différents besoins et de prévoir les aménagements de l'environnement à réaliser pour le retour au domicile après l'hospitalisation ;
- Observations durant la prise en charge en séance permettant de déceler des incapacités non évoquées par le patient.

Lorsque le thérapeute a défini le profil occupationnel du patient à l'aide de son histoire de vie, il va sélectionner certaines de ces évaluations afin d'établir le diagnostic ergothérapeutique : il s'agit de l'analyse de la situation de handicap du patient permettant de définir ses besoins, l'intérêt de l'intervention d'un ergothérapeute et le plan de traitement qui en découle.

Cette compétence à établir ce diagnostic se retrouve en premier dans le portfolio en ergothérapie, ce qui souligne son importance.

De plus, ce diagnostic est complété par ceux réalisés par les autres professionnels (kinésithérapeute, médecin, psychomotricienne et neuropsychologue) car la prise en charge de tout patient est interdisciplinaire*.

4. LA PRECONISATION D'AIDES TECHNIQUES EN ERGOTHERAPIE 4.1

Le rôle de l'ergothérapeute

D'après l'arrêté du 5 juillet 2010, « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie 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.* ».

Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, l'ergothérapeute (occupational therapist) conçoit les milieux de vie, de manière à respecter la sécurité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins du patient. Il préconise les aides techniques et les assistances technologiques, les aides humaines, les aides animalières et les modifications matérielles. Il agit sur prescription médicale lors de ses recommandations.

De plus, l'arrêté du 5 juillet 2010 stipule que l'ergothérapeute « *collabore avec la personne et son entourage, l'équipe médicale et paramédicale, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif afin d'établir des projets d'intervention pertinents.* ».

Dans le cadre d'une personne âgée ayant une PTH, de nombreux professionnels l'ont accompagné dans son suivi médical du fait de la prise en charge interdisciplinaire : le/la chirurgien/ne qui l'a opéré, les aides-soignants/es ainsi que les infirmiers/ères qui lui ont délivré les soins.

Il y a aussi le/la kinésithérapeute qui a fait de la rééducation des membres inférieurs, l'assistant/e social/e qui va l'accompagner dans les démarches administratives liées aux aides financières (loi du juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie qui a permis d'instaurer l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou APA*) et enfin l'ergothérapeute qui va la guider vers un retour à domicile. En effet, le temps d'hospitalisation pouvant être court en fonction de la voie d'abord et la rééducation s'axant sur les membres inférieures (réalisée par le kinésithérapeute), le rôle de l'ergothérapeute résidera principalement dans les préconisations, les conseils et les essais d'aides techniques.

Enfin, il ne faut pas oublier cependant l'entourage, la famille et l'aidant/e principal/e, qui sont les acteurs essentiels liés au patient.

En effet, pour pallier les incapacités, l'ergothérapeute va préconiser des conseils et des aides techniques afin de diminuer les conséquences des situations de handicap liées au post-opératoire et de permettre à la personne âgée de réaliser ses activités de la vie quotidienne de façon autonome. Cela va passer par des aides techniques (cannes, rehausseur WC, pince à long manche, ...) ou technologiques (téléassistance, détecteur de chute, domotique, ...) où l'apprentissage de l'utilisation de ces derniers est indispensable. En contribuant à son autonomie, l'ergothérapeute contribue à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de son patient.

L'un des objectifs principaux de l'ergothérapie qui est de rendre partiellement ou totalement l'autonomie d'une personne afin d'améliorer sa qualité de vie. Cela passe par de l'accompagnement, des explications et des recommandations. Après avoir pris le patient dans son ensemble, l'ergothérapeute peut proposer des préconisations en aides techniques (rôle qui n'est pas propre et unique à l'ergothérapie car partagé avec la kinésithérapie). Cette capacité de préconisation est en lien avec la compétence 4 du référentiel de compétence : Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de séries, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute).

Une aide technique correspond à « *tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap qu'il soit temporaire ou définitif* » (Norme ISO 9999).

C'est son usage qui caractérise l'objet en tant qu'aide technique et parmi les 30 000 au minimum de produits déjà qualifiés d'aides techniques, il est essentiel que l'ergothérapeute possède des compétences afin de les préconiser correctement.

D'après l'ANFE (2008, p. 11-15), les compétences requises sont nombreuses. Celles qui sont en lien avec mon sujet sont les suivantes :

- Veille technologique : se tenir informé des avancées technologiques ;
- Recherche de la solution (avec des essais en situation) pour permettre au patient de se confronter à l'aide technique en situation de vie quotidienne ;
- Préconisation/prescription ;
- Financement : certaines aides techniques sont prises en charge ;
- Apprentissage et entraînement de la personne concernée, des aidants familiaux et professionnels pour intégrer l'ensemble de l'entourage du patient ;
- Suivi et contrôle en termes de sécurité et de réponse aux besoins afin d'avoir une continuité à la suite de la préconisation et de l'utilisation au quotidien de l'aide technique.

Grâce à ces compétences, l'ergothérapeute saura préconiser au mieux les aides techniques dont le patient aura besoin.

Les aides techniques se retrouvent dans les différentes activités de la vie quotidienne : •

Aménagement du domicile : bandes antidérapantes sous les tapis (possibilité d'en mettre

dans la salle de bain) ;

- Confort : réhausse matelas, coussin de positionnement et d'assise, talonnette ;
- Déplacements
 - Intérieurs et Extérieurs : aides à la marche (déambulateur, cannes (simple, anglaise, tripodes), rollator (2-3-4 roues), cadre de marche), fauteuil roulant, bandes phosphorescentes pour les déplacements nocturnes et matérialiser le bord des marches d'escaliers ;
- Habillage : retire et enfile bas de contention, enfile chaussettes, enfile pantalon, enfile collant, chausse-pied à long manche ;
- Ramasser les objets au sol : pince à long manche ;
- Toilette et WC : brosse à long manche, rehausseur de toilette, planche de baignoire, siège pivotant pour baignoire, barres à ventouses ou à vis, tabouret et chaise de douche, marche pied baignoire ;
- Transferts : barre d'appuis latérale (sortie du lit), disque et poignée de transfert (entrée/sortie voiture).

Ainsi, les gérontechnologies vont aborder ces mêmes domaines ainsi que d'autres en y ajoutant la technologie (Prate, Sacco, Demory, & Guérin, 2016, p. 357) :

- Aménagement du domicile : domotique, cuisine (plan de travail et placard motorisés) ;
- Communication : téléphone et tablette facile d'utilisation (grosses touches, interface simplifiée) ;
- Confort : surmatelas chauffant électrique ;
- Déplacements
 - Intérieurs et Extérieurs : déambulateurs et cannes « intelligentes » (détection de l'environnement, du risque de chute de l'utilisateur, ...), monte-escalier, lumière automatique par détection des mouvements (déplacements nocturnes) ;
- Santé : pilulier connecté, télé-médecine et télé-ergothérapie ;
- Sécurisation du domicile : détecteur de chute, téléalarme, téléassistance ;
- Tâches domestiques : aspirateur robot ;
- Toilette et WC : réhausse WC électrique, élévateur de bain ;
- Transferts : lit médicalisé.

patient.

Ces gérontechnologies représentent une source d'aide supplémentaire mais il est important qu'elles ne remplacent pas pour autant l'aidant familial ou le professionnel (Rigaud, 2010).

Un des facteurs qui peut influencer l'achat de l'aide technique ou la réalisation de l'aménagement de l'environnement du patient à la suite de la préconisation est l'aspect financier.

En effet, certaines aides techniques ne sont pas remboursées, il existe 3 modes de prises en charge des aides techniques actuellement (Handicap.fr, 2018) :

- Matériel inscrit sur la Liste des Produits et Prestations Remboursable (LPPR) : le taux de remboursement est fixé par la Sécurité Sociale (somme forfaitaire, la prestation de compensation complète ce qui n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale) ;
- Matériel non inscrit sur la liste où l'on retrouve les aides à l'habillage, à la toilette (barres d'appui, siège de bain), à la mobilité, aux activités domestiques, à la communication (téléphone, alarmes) ;
- Équipements d'utilisation courante ou comportant des éléments d'utilisation courante : les surcoûts de ces équipements peuvent être pris en charge dans le cas d'une facilitation d'usage pour le patient.

Des conditions sont à remplir pour que le patient puisse en bénéficier (lieu de résidence, âge, situation de handicap, ...).

Il est important de noter que la préconisation d'aides techniques et/ou technologiques est complétée par des conseils et des apprentissages à la fois des aides techniques disponibles au sein du service pendant la rééducation que des gestes/postures à éviter :

- Position assise : ne pas s'asseoir sur le côté d'une chaise ni dans un fauteuil trop bas ou trop mou ;
- Position debout : ne pas pivoter la hanche pour se retourner mais faire des petits pas ;
- Ramasser un objet au sol : absolument interdit de se pencher en avant les deux pieds au sol. Les mouvements à suivre pour réaliser correctement l'action sont précisés en Annexe 6 p. X.

1. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

1.1 Objectifs :

Afin de valider ou réfuter mon hypothèse, les objectifs de mon enquête sont les suivants :

- Comprendre comment l'ergothérapeute préconise une aide technique et/ou technologique répondant aux besoins du patient ;
- Identifier les technologies préconisées pour le maintien de l'autonomie d'une personne âgée en vue d'un retour à domicile.
- Déceler les décalages possibles entre les réponses données par les ergothérapeutes et celles des patients.

1.2 Populations :

Je m'intéresse à deux populations, tout d'abord les ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en Service de Soins et de Réadaptation (SSR), avec minimum plus de 2 ans d'ancienneté afin d'avoir un avis plus approfondi sur leur pratique avec un certain recul.

Ensuite, les personnes âgées de plus de 65 ans ayant une PTH, sans trouble cognitif (soulignant leur autonomie et leur capacité à répondre de manière réfléchie aux questions posées) et souhaitant retourner au domicile.

En choisissant ces 2 populations, j'aurai un retour à la fois de la personne préconisant l'aide technique et celui qui l'a reçu pour avoir une vision interne, externe et surtout globale de la préconisation.

1.3 Outil d'investigation :

L'outil d'investigation que j'envisage d'utiliser est le questionnaire ; cependant, j'ai réalisé un entretien en pré-enquête afin de le créer.

D'après De Ketele et Roegiers qu'Imbert reprend en 2010, il existe trois types d'entretiens : dirigé, semi-dirigé et libre. Celui que j'ai utilisé pour la pré-enquête est l'entretien semi-dirigé, il m'a permis d'obtenir des informations de bonne qualité et m'a amené vers de nouvelles réflexions pour l'élaboration du questionnaire.

L'intérêt de réaliser un questionnaire est de réunir un grand nombre d'informations, qu'elles soient factuelles ou subjectives, auprès de nombreux individus (Parizot, 2012). En obtenant un échantillon significatif (ou représentatif si le nombre de retour n'est pas suffisant) puis en mesurant la fréquence de certaines caractéristiques, je pourrais établir un lien entre elles.

Le questionnaire est donc un objet de médiation (Ethis, 2003) qui me donnera un aperçu de la pratique sur le terrain.

Je le destine à mes deux populations :

1. Pour les ergothérapeutes, je le déposerai sur une plateforme (réseau social, groupe dédié aux personnes âgées et/ou aux gérontechnologies, mail...) ainsi que par mail aux adresses de SSR gériatrie que j'aurai contacté au préalable.
2. Pour les patients, je passerai par les SSR en leur demandant de les faire circuler.

Je vise tous les SSR gériatrique de France. Si je n'ai pas de réponse, je les relancerai après un délai de 3 semaines (1 à 2 relances).

En ce qui concerne la pré-enquête, la grille est disponible en Annexe 1.

Pour les questionnaires, qui ont été testés auprès d'ergothérapeutes qui sont et ne sont pas en SSR gériatrie ainsi que de tierce personne non issus du domaine médicale, celui destiné aux ergothérapeutes se trouve en Annexe 2 et en Annexe 3 pour les patients.

3. PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE

2.1 Recueil des données

À la suite de la diffusion de ce questionnaire sur différentes plateformes, forums ainsi que par mail à des associations (Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie ou AFEG entre autres) et à de nombreux ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en SSR (ils devaient répondre comme si ils/elles étaient encore dans la structure) ou en lien avec ces derniers, j'ai pu obtenir 26 réponses d'ergothérapeutes dont 2 non exploitables car hors critères (< 2 ans d'expérience).

Je n'ai malheureusement pas eu de réponses de la part des patients.

Je vais tout d'abord vous présenter les résultats bruts de l'enquête pour chacune des questions puis je les analyserai en rassemblant les questions par thématiques.

Question 1 : À quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

		12,5% < 25
12,5%		26 à 35 36 à
25%		45 > 46
	50%	

Les ergothérapeutes ayant répondu à cette enquête ont majoritairement entre 26 et 35

ans **Question 2** : Vous êtes

100% des enquêtées sont des femmes

24

Question 3 : Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ? ^{25%} < 5

	4,2%	16,7%	4,2%	Changement de prothèse
				Chute
16,7%				Coxarthrose
15,4%	83,3%			Fragilité osseuse
4,2%	Accident Vasculaire			Maintien à domicile
	Cérébral (AVC)			difficile Rééducation
25,0%	Accident de la Voie			post-chirurgicale
	Publique (AVP)			

La totalité des ergothérapeutes enquêtées suivent des patients ayant une PTH. En ce qui concerne les causes d'hospitalisation, la principale est la chute (83,3%) suivie de la coxarthrose (25%) et de l'Accident de la Voie Publique (AVP) ainsi que de la rééducation post chirurgicale (tous deux à 16,7%).

Question 6 : Quelles sont les évaluations que vous utilisez pour définir les besoins de la personne âgée ayant une PTH ?

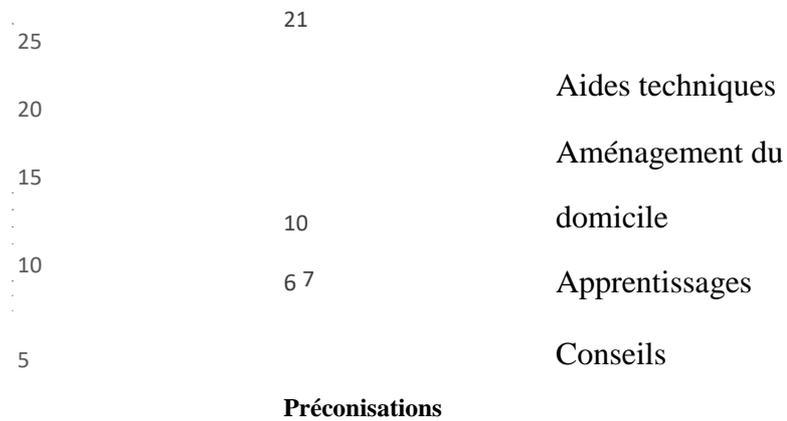
Évaluations Nombre d'ergothérapeutes
ayant répondu

Activities of Daily Living (ADL) 3

Bilan « maison » 4
Bilan d'autonomie 4
Bilan Fonctionnel 2
Bilan Modulaire d'Ergothérapie
(BME) 5
Entretien 1
Groupe Iso-Ressources (GIR) 1
Home Falls and Accidents
Screening Program (HOMEFAST) 1
Instrumental Activities of Daily
Living (IADL) 3
Mesure Canadienne de Rendement
Occupationnel (MCRO) 1
Mesure de l'Indépendance
Fonctionnelle (MIF) 1
Mini Mental State Evaluation
(MMSE) 3
Mise En Situation (MES) 7
Observation 1
Protocole d'Examen Cognitif de la
Personne Âgée (PECPA 2R) 1
Tinetti 4
Visite À Domicile (VAD) 4

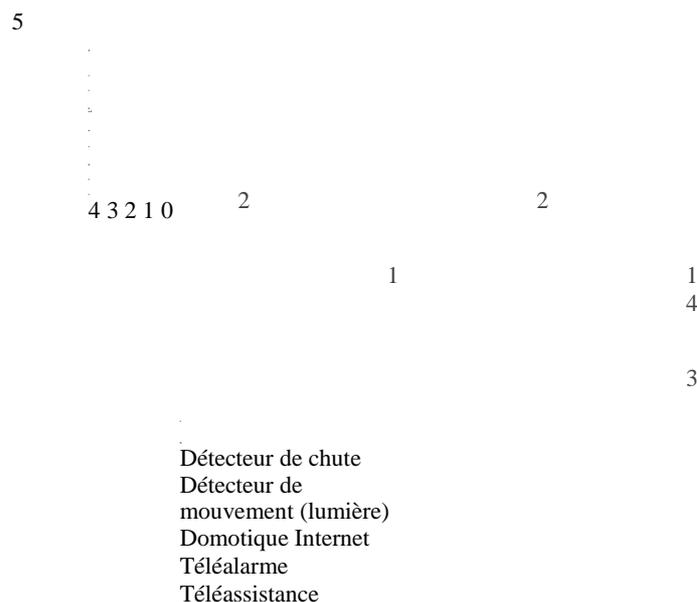
De nombreuses évaluations sont réalisées lors de la prise en charge d'une personne âgée. Les plus utilisées sont les Mises En Situation (MES), Tinetti et le Bilan Modulaire d'Ergothérapie (BME).

Question 7 : À la suite des évaluations, faites-vous des préconisations ? (Oui/Non). Si oui, lesquelles (répondez le plus précisément possible) ?



Les aides techniques (pince à long manche, rehausseur WC, barres d'appuis, ...) sont préconisées à 96,2%, viennent ensuite les conseils à 38,5% (gestes et postures à risque, prophylaxie, ...) puis les apprentissages à 34,6% (gestes et postures à risque, aides techniques, ...)

Question 8 : Dans l'objectif d'un retour à domicile, effectuez-vous des préconisations contenant des nouvelles technologies pour permettre à la personne âgée de maintenir son autonomie ? Si oui lesquelles ? (Domotique, détecteur de chute, tablette...)



Préconisation contenant des nouvelles technologies

La moitié des ergothérapeutes interrogées préconisent des nouvelles technologies dans

l'objectif d'un retour à domicile. On y trouve le détecteur de chute (25%), de mouvement

28

(12,5%), la domotique (25%), internet (12,5%), la téléalarme (50%) et la téléassistance (37,5%).

Pour la moitié restante, elles n'en préconisent pas en raison des troubles cognitifs que la personne âgée peut présenter ou informe le patient et/ou la famille de l'existence de ces technologies.

Question 9 : Avez-vous la possibilité de faire des visites à domicile pour compléter votre évaluation des besoins de la personne âgée ? (Oui/Non). Si non, pourquoi ?

Oui Non

Nombre d'ergothérapeutes

ayant répondu 21 3

87,5% des ergothérapeutes ont la possibilité faire des visites à domicile et 12,5% ne le peuvent pas pour diverses raisons (refus de la direction, absence de budget ou réalisation par un autre organisme).

Question 10 : Selon vous, quelles sont les limites de vos préconisations ?

21

...

Financières (pour le patient)

17

Temporelles

Liées au patient et à son entourage

8

0 5 10 15 20 25

Nombre d'ergothérapeutes ayant répondu

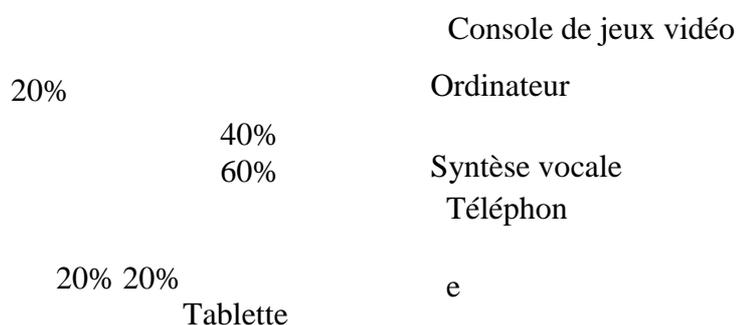
La majorité des limitations de préconisations sont liées au patient et à son entourage, vient ensuite l'aspect financier et enfin la notion temporelle.

Moyens de veille technologique

79,2% des ergothérapeutes se tiennent au courant des avancées technologiques à l'aide de différents moyens tels qu'Internet, la littérature et la communication entre collègues. Si les 20,8% des ergothérapeutes restant ne suivent pas les avancées technologiques, c'est en raison de leur manque de temps principalement, de connaissances sur les canaux d'informations ou d'application dans la pratique au quotidien.

31

Question 15 : Utilisez-vous des nouvelles technologies lors de vos prises en charge (tablette, ordinateur, domotique, consoles de jeux vidéo, smartphones, ...) ? (Oui/Non). Si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ?



Les technologies sont utilisées à 20,8% par les ergothérapeutes (consoles de jeux vidéo à 60%, tablette à 40% et ordinateur/synthèse vocale/téléphone à 20%). 79,2% ne s'en servent pas,

principalement par manque de moyen financiers.

Question 16 : Pensez-vous que l'utilisation de nouvelles technologies est une plus-value dans votre prise en charge ? (Oui/Non). Si oui, pourquoi ?

20,8% Oui	Non
16,7% 62,5%	
Sans opinion/Ne sait pas	

62,5% des ergothérapeutes pensent que l'utilisation des nouvelles technologies est une plus value dans leur prise en charge notamment par leur aspect ludique, la facilité d'adhérence du patient et de l'adaptation qui peut en être faite.

16,7% sont sans opinion ou ne savent pas si elles peuvent être une plus-value à l'heure actuelle (notions de méfiance et d'attente de preuves concrètes).

32

20,8% ne leurs trouvent pas de plus-value, en raison des capacités du patient (intégration principalement) ou de l'écart technologique avec cette génération.

Question 17 : Connaissez-vous le terme « Gérontechnologie » ou « Gérontotechnologie » ? (Oui/Non). Si non, que vous évoque-t-il ?

	Oui Non
Nombre d'ergothérapeutes	

avant répondu 17 7

70,8% des ergothérapeutes connaissaient ce terme, pour les autres, à 29,2%, il évoque les technologies consacrées aux personnes âgées.

2.3 Analyse des données

Dans l'objectif de valider ou d'invalider mon hypothèse, « *En ergothérapie, la démarche de préconisation d'aides techniques technologiques, centrée sur les besoins de la personne âgée ayant une prothèse totale de hanche, permet de favoriser un retour à domicile.* », les résultats vont être analysés par les thématiques suivantes : informations générales, la démarche de préconisation, les aides techniques et l'évolution de la pratique.

Informations générales

La majorité des ergothérapeutes ayant répondu à l'enquête ont entre 26 et 35 ans et sont de jeunes diplômées (entre 2013 et 2015) avec entre 2 et 4 années d'expérience.

Bien que le total d'ergothérapeutes ayant été diplômé depuis plus de 5 ans soit de 58,3%, l'échantillon est en grande partie constitué de jeunes ergothérapeutes avec peu d'années d'expérience dans leur structure (<5 à 54,2%). Ce manque d'expérience ne devrait cependant pas impacter la démarche de préconisation.

La démarche de préconisation

Cette démarche est centrée sur le patient, dont les motifs d'hospitalisation sont très variés : chutes (83,3%), coxarthrose (25%), AVP ainsi que la rééducation post-chirurgicale à 16,7%, maintien à domicile difficile (15,4%) ; fragilité osseuse, changement de prothèse et AVC (tous les 3 à 4,2%).

Cette multitude de motifs permet d'expliquer la diversité des évaluations utilisés pour desceller les problématiques du patient à propos de :

- Ses activités de vie quotidienne (ADL, bilan d'autonomie, entretiens, GIR, IADL, MCRO et MES)
- Ses capacités fonctionnelles (Bilan fonctionnel et MIF),
- Ses capacités cognitives (MMSE et PECPA 2R)
- Son risque de chute (HOMEFAST et Tinetti)
- Son domicile (VAD).

Certains bilans peuvent inclure plusieurs de ces problématiques (bilan « maison » ou BME) et tous se rejoignent autour d'une observation du patient.

À la suite des évaluations, les ergothérapeutes dialoguent avec les différents professionnels pour proposer des préconisations adaptées.

C'est majoritairement avec le kinésithérapeute que se font les échanges suivi des médecins, des aides-soignants/es, des infirmiers/ères, du revendeur/se médical, de l'assistant/e social, l'EAPA, le/la psychomotricien/ne et le/la diététicien/ne.

Cependant, une seule ergothérapeute parmi les 24 enquêtées a mentionné la famille alors qu'il s'agit des personnes qui connaissent le mieux le patient et son domicile.

À partir des évaluations et des échanges pluridisciplinaires, les préconisations sont effectuées.

On y retrouve :

- Les aides techniques à 96,2% (qui seront abordées dans la prochaine sous partie)
- L'aménagement du domicile à 41,7% : principalement la douche, le lit, la cuisine et les toilettes afin de sécuriser le logement
- Les apprentissages à 25% : des gestes et postures proscrits/conseillés, des aides techniques, des transferts et par le biais de l'éducation thérapeutique
- Les conseils à 29,2% avec l'orientation vers des dispositifs adaptés à la population âgée, la prophylaxie ou un livret (où l'on retrouve les gestes et postures proscrits/conseillés ainsi que d'autres informations)

Le fait que 3 ergothérapeutes n'ont pas la possibilité de faire des visites à domicile pour compléter leur évaluation des besoins de la personne âgée peut impacter la qualité du retour à domicile de cette dernière par rapport aux 21 ergothérapeutes qui le peuvent.

Cette impossibilité constitue une limite aux préconisations de l'ergothérapeute, il en existe d'autres qui sont liées au patient et à son entourage (pathologies et/ou maladies associées, refus du patient, difficultés financières, lieu de vie et environnement architectural inadaptés), au prix des aides techniques (plusieurs ne sont pas remboursées par la sécurité sociale) ainsi que des aménagements du domicile.

Le temps d'hospitalisation qui est accordé au professionnel pour les préconisations en font aussi partie.

Les aides techniques

Comme évoqué précédemment, les aides techniques sont l'une des finalités des préconisations.

Cependant, le patient peut ne pas les connaître ou ne pas savoir les utiliser, c'est pour cette raison que le thérapeute les lui présente avant de faire les essais appropriés. Concernant le premier aspect, de nombreuses aides techniques sont disponibles pour 95,8% des ergothérapeutes enquêtées (pincés à long manche, les enfiles bas de contention et les chausse pieds à long manche, ...) mais 13% d'entre elles n'ont la possibilité de les faire essayer au patient.

Dans l'objectif d'un retour à domicile, les avis des ergothérapeutes enquêtées sont scindés en 2 concernant les préconisations de technologies : d'un côté 50% des ergothérapeutes n'en effectuent pas et l'autre moitié propose la téléalarme (50%), la téléassistance (37,5%), le détecteur de chute (25%), la domotique (25%), le détecteur de mouvement pour la lumière (12,5%) ou internet (12,5%). Parmi cette dernière moitié, 37,5% d'entre elles utilisent des technologies au sein de leur prise en charge, ce qui peut montrer une évolution dans la pratique (prochaine et dernière partie qui sera abordée).

L'évolution de la pratique en ergothérapie

L'évolution d'une pratique passe par l'évolution des outils utilisés par le thérapeute. Pour cela, il faut en connaître l'existence et être capable d'utiliser ces technologies.

En ce qui concerne leur emploi lors des prises en charges, on retrouve 20,8% des ergothérapeutes enquêtées utilisant diverses technologies (console de jeux vidéo, ordinateur, synthèse vocale, tablette et téléphone) contrairement aux 79,2% autres qui ne le font pas (manque de moyens financiers ou peu dans le service).

À propos de la veille professionnelle, 75% des ergothérapeutes enquêtées s'informent, principalement par le biais d'Internet suivi de la littérature et des réseaux sociaux. Les associations (AFEG et ANFE), les établissements (ESCAVIE et Garches), les conférences, les salons, les forums, les collègues de travail, le/la revendeur/se, le fabricant et les catalogues d'aides techniques sont aussi des moyens d'informations.

Parmi les 25% d'ergothérapeutes qui ne se tiennent pas informées des avancées technologiques en lien avec la gériatrie et/ou l'ergothérapie, 50% d'entre elles ne connaissaient pas le terme « Gérontechnologie ». De plus, il y a 11% d'ergothérapeutes dans ce cas parmi celles qui se tiennent informées. Cependant, bien qu'inconnu, le terme a été déduit correctement par 100% des ergothérapeutes qui ne le connaissaient pas.

Enfin, parmi les ergothérapeutes qui utilisent des technologies dans leur prise en charge, 100% d'entre elles pensent que c'est une plus-value dans cette dernière. De surcroît, parmi les 79,2% d'ergothérapeutes qui n'utilisent pas de technologies dans leur prise en charge, 42,1% pensent que c'est aussi une plus-value. Cette pensée est partagée aussi bien auprès des jeunes ergothérapeutes (au niveau de l'expérience et de l'année d'obtention du diplôme) que par les plus âgées.

4. DISCUSSION

À la suite de l'analyse de l'enquête, on observe que les préconisations ne sont pas les mêmes. Bien que l'on retrouve plusieurs enquêtées utilisant un même bilan, chacune d'entre elles possède sa batterie de test à faire passer au patient qu'elles prennent en charge (bilans que l'on retrouve dans la partie théorique). Ils sont principalement qualitatifs (mises en situation, visites à domicile) que quantitatifs (BME, ADL, ...) et axés sur l'évaluation de l'autonomie. Cette diversité n'est pas dû à l'ancienneté mais probablement au motif d'hospitalisation de la personne âgée ayant une PTH. Dans l'enquête, la cause principale est la chute contrairement aux écrits de l'ANAES qui décrivait la coxarthrose comme motif principal du recours à la PTH (2^e dans l'enquête à 25%).

Un autre facteur rentre en compte dans la préconisation propre à chaque enquêtée, il s'agit de la structure. En effet, elle joue un rôle crucial car elle permet de voir les outils qui sont mis à disposition du professionnel ainsi que la valeur qui lui est accordée au sein de l'établissement. Lorsqu'une ergothérapeute répond qu'il y a une priorisation au sein des différents services et que le suivi ergothérapique ne se fait que pour les cas compliqué, cela souligne un dysfonctionnement de l'organisation et une incompréhension du rôle de l'ergothérapeute qui peut impacter la prise en charge du patient. De même dans le cas des ergothérapeutes qui ne peuvent faire essayer les aides techniques du fait qu'elles aient peu ou pas d'aides techniques à leur disposition pour les montrer et comment apprendre au patient son utilisation.

Dans la continuité du facteur établissement, dans l'objectif d'un retour à domicile, il semble indispensable de réaliser une visite à domicile mais 3 ergothérapeutes ne le peuvent pas pour diverses raisons (refus de la direction, absence de budget ou réalisation par un autre organisme). Chacune des raisons, en particulier la dernière, crée une fracture dans la préconisation car la non réalisation cette tâche va limiter les choix d'aides techniques et/ou technologiques.

La préconisation passe par des échanges interdisciplinaires, cependant, dans le cadre de l'enquête, l'un des acteurs principaux n'a été cité qu'une seule fois sur 24, il s'agit de la famille. L'entourage du patient a une place primordiale dans l'acceptation d'une aide technique et/ou technologique et ne pas le consulter présente un risque dans l'investissement à long terme des aides préconisées. Il est nécessaire de prendre en compte l'environnement humain du patient et donc d'échanger avec son entourage sinon on en réduit son importance et son impact.

Concernant les gérontechnologies, terme qu'il faudrait changer par Technologie de la Santé et de l'Autonomie (TSA) car il est peut être stigmatisant et réducteur à un monde à part selon Quentin (2012, p. 171), l'avis est partagé. Le terme est connu ou alors correctement interprété et leur utilisation n'est pas pour 5 ergothérapeutes une plus-value. Je ne suis pas de cet avis, comme 15 autres ergothérapeutes enquêtées. Il est vrai qu'il est encore tôt pour pouvoir en tirer pleinement partie dans la prise en charge de chaque patient et que le frein principal reste financier mais ne pas s'informer ni se former sur les technologies actuelles risque de créer une lacune professionnelle à l'avenir.

Enfin, je rejoins les ergothérapeutes sur les différentes limites de la préconisation : le patient est au centre de la préconisation, entouré de sa famille, s'il décide de ne pas adhérer, il n'investira aucune aide technique technologique prescrite. De plus, le prix de ces technologies est souvent élevé, que ce soit pour les prises en charge, pour le patient ou pour la structure. Pour finir, étant donné le temps d'hospitalisation qui peut être court, le temps accordé au professionnel pour les préconisations s'en voit réduit, affectant la qualité de l'intervention.

Il aurait été intéressant d'obtenir les retours des patients afin d'avoir leur avis sur les préconisations (future utilisation ou non de cette dernière, suivi post-rééducation ? projet de retour à domicile ? ...) et de les comparer aux retours des ergothérapeutes enquêtées.

Cette enquête m'a permis de comprendre la démarche de préconisation d'aides techniques et/ou technologiques de l'ergothérapeute pour un patient ayant une PTH. Les principales technologies préconisées pour le maintien à domicile sont la téléalarme, la téléassistance, la domotique, le détecteur de chute et internet. Elles concernent donc principalement la sécurisation du domicile.

Le dernier objectif de l'enquête, « *Décélérer les décalages possibles entre les réponses données par les ergothérapeutes et celles des patients.* » n'a pas pu être atteint en l'absence de réponses de la population cible, cela fait partie de mes limites d'enquête.

Au cours de l'enquête, différents éléments ont limité la qualité des réponses ainsi que leur interprétation.

Tout d'abord, le nombre d'enquêté n'était pas suffisant pour avoir des résultats significatifs de la population interrogée. L'hypothèse n'est donc pas transposable à l'ensemble des ergothérapeutes en SSR. De plus, n'ayant eu aucune réponse des patients, tous les éléments n'étaient pas présents pour faire une analyse ainsi qu'une comparaison des résultats des deux populations ciblées.

Il aurait été intéressant d'avoir les réponses des organismes et/ou associations clés en lien avec la gériatrie tels que l'AFEG¹¹, la SFGG¹² ou la SFTAG¹³ ainsi que des centres de référence pour les technologies (ESCAVIE¹⁴ par exemple) pour donner plus de valeurs scientifiques et expertes aux résultats obtenus. Cela m'aurait aussi permis de savoir si les technologies ont eu un impact sur le maintien au domicile des patients qu'ils ont pu suivre.

À propos du questionnaire, certains termes auraient dû être éclaircis à l'aide de définitions ou d'exemples afin de permettre leur compréhension par l'intégralité des enquêtés, notamment celui sur les « nouvelles » technologies. Ce dernier a entraîné de nombreuses incompréhensions, ce qui a impacté la qualité des réponses. De plus, les troubles associés à la personne âgée ont eu une influence considérable sur les réponses et les préconisations évoquées.

Enfin, l'utilisation des technologies lors des prises en charge et celles préconisées dans l'objectif d'un retour à domicile sont des pratiques récentes donc peu présentes au sein de la pratique actuelle. Elles ont tendance à croître et seront peut-être un jour une pratique courante.

Au-delà des limites liées à mon enquête et au temps délimitant mon travail, ce mémoire m'a permis d'obtenir de nouvelles connaissances théoriques (par le biais des lectures), pratiques (à l'aide des échanges avec les professionnels) et méthodologiques (bases de l'enquête, synthèses) sur un sujet qui me passionne. Grâce à cela, l'argumentation autour de mon sujet s'est développée et s'est affinée.

¹¹ Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie

¹² Société Française de Gériatrie et Gérontologie

¹³ Société Française des Technologies pour l'Autonomie et de Gérontechnologie

¹⁴ Espace Conseil pour l'Autonomie en milieu ordinaire de VIE

Sur le plan professionnel, j'ai pu avoir un aperçu de la réalité du terrain concernant le travail de préconisation d'un ergothérapeute en SSR ainsi que des problématiques qui en découlent et cela

complète ce que j'ai pu observer en stage. L'organisation que j'ai mise en place à travers le développement de ce mémoire pourra m'être utile pour les suivis des patients dans ma pratique professionnelle.

Sur le plan personnel, les informations obtenues ainsi que les échanges avec les différents professionnels que j'ai rencontrés m'ont confirmé l'envie de travailler auprès de ce public ainsi que d'utiliser et de préconiser des technologies qui me fascinent et qui vont encore évoluer.

Enfin, le vieillissement et les technologies sont deux problématiques futures majeures et de santé publique. En ayant consacré mes recherches sur ces sujets, ma réflexion s'est beaucoup enrichie autour de ces problématiques et j'espère apporter des solutions dans l'exercice de ma profession.

Le vieillissement de la population et les avancées technologiques sont deux enjeux majeurs pour la société. En France, le nombre de personnes âgées s'accroît en raison de l'augmentation de l'espérance de vie, ce qui engendre de nouveaux cas de pathologies liés au vieillissement. Dans ce mémoire, la PTH est abordée (procédure du siècle pour certain spécialiste) ainsi que ses conséquences dans la vie quotidienne.

Les suites opératoires affectent l'autonomie de la personne âgée ayant une PTH. Le rôle de l'ergothérapeute est d'évaluer les besoins de cette personne afin de préconiser au mieux les aides techniques et/ou technologiques qui lui permettront de se maintenir au domicile.

Il ne réfléchit pas seul à la problématique du patient et peut s'appuyer sur l'interdisciplinarité pour compléter ses préconisations. Il est nécessaire que ces aides techniques et/ou technologiques soient montrées, expliquées et comprises par le patient afin qu'il les intègre au quotidien. Pour cela, l'ergothérapeute doit se tenir informer des innovations afin de pouvoir expliquer au mieux les gérontechnologies qu'il présente.

L'étude réalisée dans ce mémoire s'axe sur la préconisation de ces technologies dans l'objectif d'un retour à domicile. Les résultats montrent que peu d'entre elles sont préconisées dans cet objectif ou utilisées lors des prises en charge, pour des raisons financières. Bien que la préconisation vise à prendre le patient dans sa globalité, elle se heurte à différentes limites liées au patient, à l'aspect financier et temporel.

Dans le cadre de ce mémoire, on peut, par conséquent, considérer que mon hypothèse « *En ergothérapie, la démarche de préconisation d'aides techniques technologiques, centrée sur les besoins de la personne âgée ayant une prothèse totale de hanche, permet de favoriser un retour à domicile.* » est invalidée. L'échantillon étudié était faible, les réponses ne correspondaient qu'à une seule des populations cibles et la notion de maintien à domicile n'était pas vérifiable. Cependant, on ne peut pas être certain que la préconisation en gérontechnologie ne permet pas ce maintien grâce la démarche ergothérapique centrée sur les besoins du patient.

Les limitations dans la vie quotidienne liées à la PTH se situent dans les 3 premiers mois post opératoires en raison des mouvements luxant engendrés par la voie d'abord car passé ce délai, le patient est censé retrouver sa mobilité et son autonomie. En effet, la mise en place de la PTH améliore la qualité de vie des patients aussi bien dans la dimension physique que psychique. Cela se confirme 6 mois après l'intervention, principalement pour les symptômes liés à la

42
douleur et la mobilité. Cependant, avec l'avancée en âge et les antécédents du patient, le maintien à domicile peut être compromis, c'est donc le rôle de l'ergothérapeute de préconiser

des aides techniques et/ou technologiques pour répondre à cette problématique afin d'éviter l'institutionnalisation.

Il serait donc nécessaire d'approfondir les recherches sur les bénéfices des technologies pour le maintien de l'autonomie au domicile, mais aussi de l'aspect éthique qu'elles suscitent afin de réaliser le suivi qu'il manque à la suite de la préconisation d'une aide technique et/ou technologique.

Il est donc possible de mettre en lien trois révolutions différentes, à savoir la révolution technologique, chirurgicale et celle de la longévité. Mais à quel prix ? Celui d'un gain d'autonomie en contrepartie d'une télésurveillance du corps ? D'une hybridation qui modifie les modes de vie, les représentations sociales et éthique ? De la création d'un monde à part pour les personnes âgées entraînant une rupture intergénérationnelle ?

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (2001). *Prothèses totales primaires de la hanche : évaluation du choix de la prothèse et des techniques opératoires*. 144. <https://doi.org/10.1007/BF03019434>

Aquino, J.-P. (2008). Le plan national « bien vieillir ». *Gérontologie et société*, 31 / n° 125(2), 39. Disponible à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-2-page-39.htm>

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2008). *Dossier Ergothérapie et Aides Techniques*.

Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2019). Disponible à l'adresse <https://www.anfe.fr/definition>

Bouilly, C., Piccoli, M., Cristancho-Lacroix, V. (2016). *Autonomie et dépendance : évaluation et prévention*. 14. Paris, France : Elsevier Masson

CNSA. (2019). La compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées. Disponible à l'adresse <https://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perde-dautonomie/la-compensation-de-la-perde-dautonomie-des-personnes-agees>

Cohen, J., Mourey, F. (2014). *Rééducation en gériatrie*. Paris, France : Lavoisier Médecine Sciences Publications.

Darnault, A., Nizard, R., Guillemain, J.-L. (2005). Rééducation de la hanche opérée. *EMC - Kinésithérapie*, 1(1), 1-32. Disponible à l'adresse <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1769685205000043?via%3Dihub>

De Jaeger, C. (2008). *Les pathologies. Que sais-je ? : Vol. 3e éd.* (p. 42-94). Disponible à l'adresse <https://www.cairn.info/la-gerontologie--9782130565413-p-42.htm>

Chanzy, N. (2019.). La prothèse totale de hanche. Disponible à l'adresse <http://www.chirurgie-orthopedie-chanzy.com/chirurgie-orthopedique/prothese-de-hanche.php>

l'adresse <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-3-page-113.htm>

Dreyer, P., Dunand, J.-M. (2012). Faciliter l'usage des nouvelles technologies pour tous et dans la e-santé. *Gérontologie et société*, 35 / n° 141 (2), 163. Disponible à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2012-2-page-163.htm>

Ethis, E. (2003). Le questionnaire, objet de médiation et fiction narrative. *Les Enjeux de l'information et de la communication, Volume 2003* (1), 23-35. Disponible à l'adresse [Cairn.info](http://www.cairn.info).

Gérardin, P., Andrieu, B. (2011). La continuité de soi : Vers une hybridité créative. *Gérontologie et société*, 34 / n° 137 (2), 151. Disponible à l'adresse <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-2-page-151.htm>

Handicap.fr. (2018). La prestation de compensation : les aides techniques. Disponible à l'adresse <https://informations.handicap.fr/a-pch-aide-technique-1889.php>

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102 (3), 23-34. Disponible à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

Jeandel, C. (2005). Les différents parcours du vieillissement. *Les Tribunes de la santé*, n°7(2), 25-35. Disponible à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-2-page-25.htm>

Learnmonth, I. D., Young, C., Rorabeck, C. (2007). The operation of the century: total hip replacement. *The Lancet*, 370/ n°9597, 1508-1519

Marroun, I., Sené, T., Quevauvilliers, J., & Sené Thomas. (2018). *Dictionnaire médical de poche* (3e édition. ed.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Médialis. (2013). Que m'apportent ces technologies ? Disponible à l'adresse <http://www.gerontechnologies.com/article/que-mapportent-ces-technologies>

Mertl, P. (2017). *La prothèse de totale de hanche dans tous ses états*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Ministère de la santé et des sports. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute*. Disponible à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). La stratégie nationale de santé 2018-2022. Disponible à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

Moerenhout, K. G., Cherix, S., Rüdiger, H. A. (2012). Prothèse totale de la hanche par voie antérieure « mini-invasive ». *Revue Médicale Suisse*. Lausanne, Suisse : Médecine & Hygiène.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Louvain-La-Neuve, France : De Boeck Supérieur.

Parizot, I. (2012). 5 – L'enquête par questionnaire. *Quadrige. L'enquête sociologique* (p. 93-113). Disponible à l'adresse <https://www.cairn.info/l-enquete-sociologique--9782130608738-page-93.htm>

Pour les personnes âgées (2015). L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Disponible à l'adresse <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficiaire-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>

Prate, F., Sacco, G., Demory, M., Guérin, O. (2016). La gérontechnologie. *Guide Pratique du Vieillissement* (p. 355-358). Disponible à l'adresse <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294749049000646?via%3Dihub>

Quentin, B. (2012). Le géronmonde technologique est-il vraiment accueillant ? *Gérontologie et société*, 35 / n° 141(2), 171. Disponible à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2012-2-page-171.htm>

Rialle, V., Rumeau, P., Cornet, G., Franco, A. (2007). Les gérontechnologies : au cœur de l'innovation hospitalière et médico-sociale. *Techniques hospitalières*, n° 703, 53-58

Rialle, V. (2007). Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille. Rapport au Ministre de la Santé et des Solidarités

Rigaud, A.-S., Faucounau, V. (2010). Gérontechnologies : les technologies nouvelles au service des personnes âgées. *NPG Neurologie*, 10, 59-60

Silvereco (2015). GERONTECHNOLOGIE. Disponible à l'adresse
<https://www.silvereco.fr/gerontechnologie/3143651>

TRIVALLE, C. (2016). *Gérontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique*. Paris, France : Elsevier Masson

GLOSSAIRE

Activities of Daily Living (ADL) : « évaluation des activités fondamentales de la vie

quotidienne (s'habiller, manger, se déplacer, se transférer, l'hygiène et la toilette). »¹⁵

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : « Allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie » relevant du GIR 1 à 4 (5 ou 6 = autonome).¹⁶

Autonomie : « Libre arbitre, capacité à se gouverner soi-même afin de répondre à nos besoins par nos expériences passées et en prenant en compte nos actions. ».¹⁷

Déficience : « Insuffisance du développement ou du fonctionnement d'un organe ou de l'organisme. ».¹⁸

Groupe Iso-Ressources (GIR) : « Degré de perte d'autonomie d'une personne âgée [...] calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. ».¹⁹

Incapacité, ou la limitation d'activité : « Diminution partielle ou totale dans le temps (temporaire ou définitive) de la capacité d'accomplir une action dans les limites fixées par un individu jugées normales pour une population. ».²⁰

Indépendance : « État de quelqu'un qui n'est tributaire de personne sur le plan matériel, moral, intellectuel. »²¹

Innovation : « Action d'innover (introduire quelque chose de nouveau pour remplacer quelque chose d'ancien dans un domaine quelconque) ; son résultat. »²²

¹⁵https://www.unmc.edu/media/intmed/geriatrics/reynolds/pearlcards/functionaldisability/activities_of_daily_living.htm

¹⁶ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficiaire-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa> ¹⁷ Bouilly, C., Piccoli, M., Cristancho-Lacroix, V. (2016). *Autonomie et dépendance : évaluation et prévention*. 14. Paris, France : Elsevier Masson, p. 206.

¹⁸ Marroun, I., Sené, T., Quevauvilliers, J., & Sené Thomas. (2018). *Dictionnaire médical de poche* (3e édition. ed.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, p. 144.

¹⁹ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficiaire-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa> ²⁰ Bouilly, C., Piccoli, M., Cristancho-Lacroix, V. (2016). *Autonomie et dépendance : évaluation et prévention*. 14. Paris, France : Elsevier Masson, p. 209.

²¹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ind%C3%A9pendance/42534?q=ind%C3%A9pendance#42439> ²² <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/innovation/43196>

Instrumental Activities of Daily Living (IADL) : « évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne (tâches nécessaires pour être indépendant telles que faire la cuisine, la vaisselle, ...). »²³

Interdisciplinaire : « Qui relève des relations entre plusieurs disciplines. ».²⁴

Luxation : « Déplacement anormal permanent d'un organe, spécialement celui des surfaces articulaires des os. ».²⁵

Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) : « Mesure la perception de la personne quant à la nature de ses difficultés dans les activités de la vie quotidienne. »²⁶

Mesure de l'Indépendance fonctionnelle (MIF) : « évaluation de l'indépendance fonctionnelle sur plusieurs items (soins personnels, sphincters, mobilité, locomotion, communication et fonctions cognitives). ».²⁷

Modèle conceptuel : « Représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. ».²⁸

Nécrose : « Processus de dégénérescence aboutissant à la destruction d'une cellule ou d'un tissu. ».²⁹

Performance occupationnelle : « Réalisation des activités, tâches et rôles qui est soutenue par les facteurs personnels et environnementaux. »³⁰

Phlébite : « Inflammation veineuse avec thrombose, pouvant affecter un territoire veineux quelconque, mais localisée le plus souvent aux veines profondes des jambes. ».³¹

²³https://www.unmc.edu/media/intmed/geriatrics/reynolds/pearlcards/functionaldisability/activities_of_daily_living.htm

²⁴ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interdisciplinaire/43668?q=interdisciplinaire#43590> ²⁵ Marroun, I., Sené, T., Quevauvilliers, J., & Sené Thomas. (2018). *Dictionnaire médical de poche* (3e édition. ed.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, p. 290.

²⁶ http://www.geppe.fr/IMG/pdf/les_bilans_des_ergotherapeutes.pdf

²⁷ <http://physiotherapytest.com/wp-content/uploads/2011/03/Mesure-de-lind%C3%A9pendance-fonctionnelle.pdf> ²⁸ Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Louvain-La-Neuve, France : De Boeck Supérieur, p. 2

²⁹ Marroun, I., Sené, T., Quevauvilliers, J., & Sené Thomas. (2018). *Dictionnaire médical de poche* (3e édition. ed.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, p. 324.

³⁰ Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Louvain-La-Neuve, France : De Boeck Supérieur, p. 64

³¹ Marroun, I., Sené, T., Quevauvilliers, J., & Sené Thomas. (2018). *Dictionnaire médical de poche* (3e édition. ed.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, p. 368.

Préconisation : « action de préconiser (conseiller quelque chose). ».³²

Prothèse : « Appareil ou dispositif destiné à remplacer un organe, un membre ou un segment de membre. ».³³

Qualité de vie : « Perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. »³⁴

Silver économie : « économie dédiée à l'avancée en âge de nos sociétés. ».³⁵

Tinetti : « évaluation de l'équilibre statique et dynamique lors de la marche.

».³⁶

Technologie : « Étude des outils, des machines, des procédés et des méthodes employés dans les diverses branches. ».³⁷

³² <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9coniser/63377>

³³ Marroun, I., Sené, T., Quevauvilliers, J., & Sené Thomas. (2018). Dictionnaire médical de poche (3e édition. ed.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, p. 392

³⁴ https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

³⁵ <https://www.silvereco.fr/silver-economy>

³⁶ <http://papidoc.chic-cm.fr/12TinettiTextesEquilibre.pdf>

³⁷ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/technologie/76961/locution?q=technologie#15000746>

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien pré-enquête – Page III

Annexe 2 : Questionnaire à destination des ergothérapeutes – Page IV

Annexe 3 : Questionnaire à destination des patients – Page VI Annexe 4 :

Les différents types de prothèses et les plus utilisées – Page VII Annexe 5

: Les différentes voies d'abord – Page VIII

Annexe 6 : Exemple de livret « Prothèse Totale de Hanche » – Page IX

Annexe 1 : Grille d'entretien pré-enquête

- Pouvez-vous vous présenter rapidement ?
- Qui compose votre équipe au sein du SSR dans lequel vous travaillez ?
- Que pouvez-vous me dire concernant les patients que vous rencontrez ayant une Prothèse Totale de Hanche (PTH) ? (Cause d'hospitalisation, place de l'aidant, PEC, préconisation, AT à disposition, VAD...)?
- Comment évaluez-vous les besoins de la personne âgée ayant une PTH ?
- Selon vous, quels sont les limites de vos préconisations ?
- Y a-t-il un suivi à la suite de la préconisation des aides techniques ?
- Vous tenez-vous au courant des avancées technologiques en lien avec la gériatrie et/ou l'ergothérapie ? Si oui, par quel moyen ? Si non, pourquoi ?
- Utilisez -vous des nouvelles technologies lors de vos prises en charge ? (Si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ?)
- Pensez-vous que l'utilisation de nouvelles technologies est une plus-value dans votre prise en charge ?
- Connaissez-vous le terme « Gérontechnologie » ? Si non, que vous évoque-t-il ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 2 : Questionnaire à destination des ergothérapeutes

1. À quelle tranche d'âge appartenez-vous ?
2. Vous êtes ?
3. Depuis quand êtes-vous diplômé/e ?
4. Depuis combien de temps travaillez-vous/avez-vous travaillé en SSR gériatrie ?
5. Suivez-vous des patients ayant une Prothèse Totales de Hanche (PTH) ? (Oui/Non). Si oui quelles sont les causes d'hospitalisation des personnes âgées en possédant une (répondez le plus précisément possible) ?
6. Quelles sont les évaluations que vous utilisez pour définir les besoins de la personne âgée ayant une PTH ?
7. À la suite des évaluations, faites-vous des préconisations ? (Oui/Non). Si oui, lesquelles (répondez le plus précisément possible) ?
8. Dans l'objectif d'un retour à domicile, effectuez-vous des préconisations contenant des nouvelles technologies pour permettre à la personne âgée de maintenir son autonomie ? Si oui lesquelles ? (Domotique, détecteur de chute, tablette...)
9. Avez-vous la possibilité de faire des visites à domicile pour compléter votre évaluation des besoins de la personne âgée ? (Oui/Non). Si non, pourquoi ?
10. Selon vous, quelles sont les limites de vos préconisations ?
11. Avez-vous des échanges avec d'autres professionnels avant de rédiger vos préconisations ? (Oui/Non). Si oui, lesquels ?
12. Quelles sont les aides techniques disponibles au sein de votre service pour la personne âgée ayant une PTH ?
13. Avez-vous la possibilité de les faire essayer auprès du patient ? (Oui/Non). Si non, Pourquoi ?
14. Vous tenez-vous au courant des avancées technologiques en lien avec la gériatrie et/ou l'ergothérapie ? Si oui, par quel moyen ? Si non pourquoi ?

15. Utilisez-vous des nouvelles technologies lors de vos prises en charge ? (Si oui, lesquelles ?
Si non, pourquoi ?)
16. Pensez-vous que l'utilisation de nouvelles technologies est une plus-value dans votre prise
en charge ? (Oui/Non/Sans opinion) Si oui, pourquoi ?
17. Connaissez-vous le terme « Gêrontechnologie » ? (Oui/Non). Si non, que vous évoque-t il
?

Annexe 3 : Questionnaire à destination des patients

1. À quelle tranche d'âge appartenez-vous ? (65-75, 76-85, >85)
2. Quel est votre sexe ?
3. Quelle est la raison de votre hospitalisation ?
4. Avez-vous reçu des informations concernant la prothèse totale de hanche ?
5. Quels sont les aides techniques (pince à long manche, enfile-bas de contention, ...) mises à votre disposition au sein du service ?
6. En avez-vous essayées ? Si oui, lesquelles ?
7. À la suite des préconisations d'aides techniques de l'ergothérapeute, pensez-vous les utiliser au domicile ? Si non, pourquoi ?
8. Vous intéressez-vous aux nouvelles technologies ? (Oui/Non Sans opinion) Si oui lesquelles ?
9. Pensez-vous que l'utilisation d'aides techniques issues des nouvelles technologies serait plus efficace pour maintenir votre autonomie au domicile ? (Oui/Non/Sans opinion) Si oui, pourquoi ?

Annexe 4 : Les différents types de prothèses et les plus utilisées 38



Figure 4 : Différents types de PTH



3
9

Figure 5 : Prothèse totale de hanche de Charnley dans sa version originale non modulaire



40

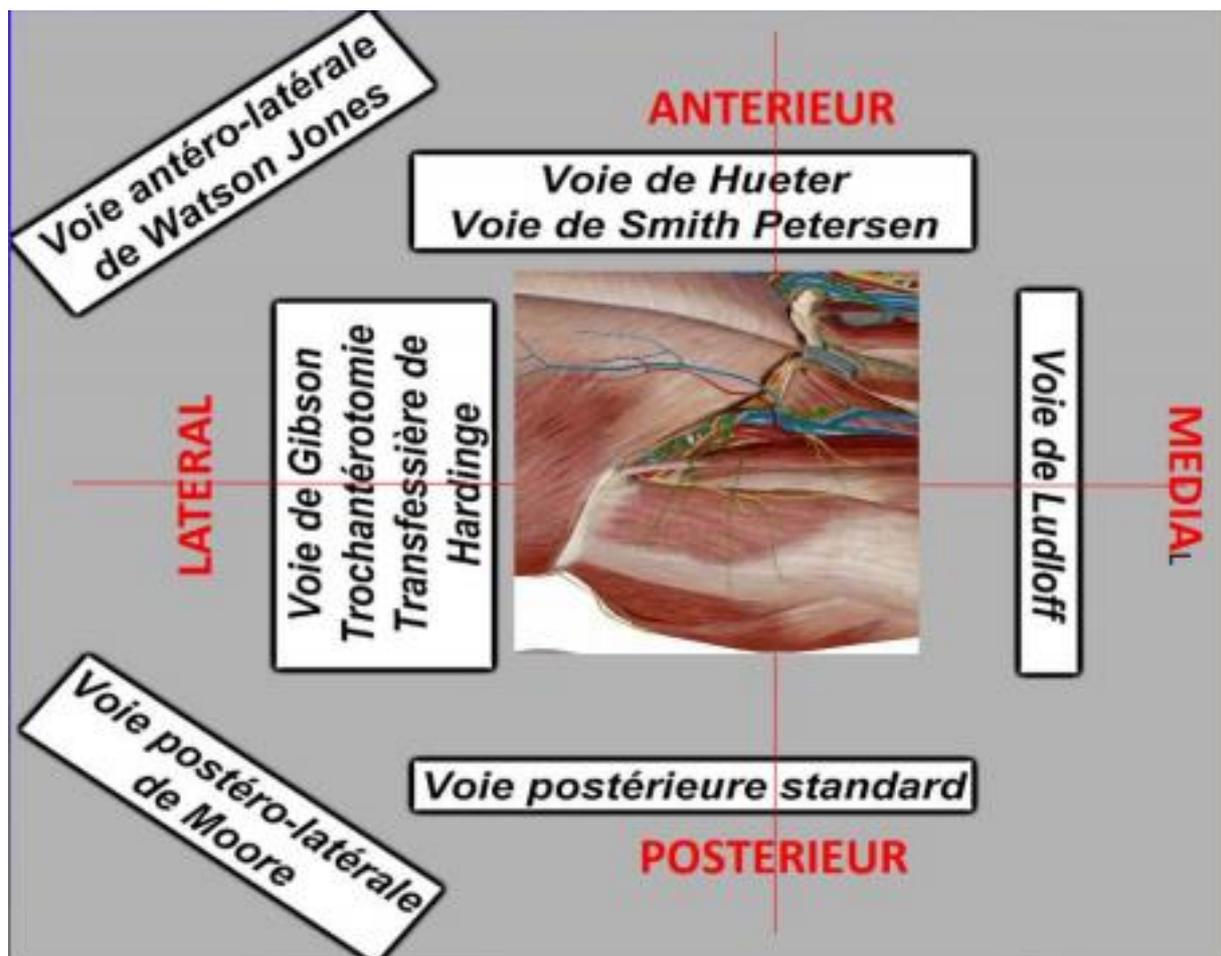
Figure 6 : Prothèse totale de hanche modulaire non cimentée Alloclassic dans sa version à couple de frottement métal-métal

³⁸ <http://www.legrisou.fr/wp-content/uploads/2013/03/Diff%C3%A9rents-types-de-proth%C3%A8ses-de-hanches.-photo-DR.jpg>

³⁹ http://img.medicaexpo.fr/images_me/photo-g/68444-9014144.jpg

⁴⁰ https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQFTEtoNGwt6ij7rOyfvDCuxMqx_iDBLxlWfxdZZfwKt5uyBPfY4w

Annexe 5 : Les différentes voies d'abord



N.B : Les voies de Gibson, Smith Petersen et Ludloff sont d'autres voies d'abord, elles ne sont pas évoquées dans ce mémoire. De plus, il existe de nombreux dérivés aux différentes voies d'abord, la liste présente dans ce mémoire est donc non exhaustive.

https://chirurgie-toulouse.fr/wp-content/uploads/stories/documents/voies_abords_hanche.pdf

VIII

Annexe 6 : Exemple de livret « Prothèse Totale de Hanche »

IX
X
XI
XII
XIII
XIV
XV
XVI
XVII
XVIII
XIX
XX
XXI