

Aix-Marseille Université

Faculté des sciences médicales et paramédicales

École des sciences de la réadaptation

Formation en Ergothérapie

BLAIREAU Paris

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la
recherche

Le 18 mai 2026

**L'accompagnement des personnes démentes par les nouvelles
technologies en ergothérapie.**

Sous la direction de PAVÉ Julien et RANDRIATSOARAY Stéphane

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

Je tiens à remercier Mr. PAVÉ, directeur de mémoire, pour sa pédagogie, son accompagnement, ses conseils et son soutien tout au long de ce travail.

Je remercie également Mr. RANDRIATSOARAY, référent professionnel, pour son soutien, son partage d'expérience, son encadrement et ses apports dans la réflexion menée.

J'adresse mes sincères remerciements à Mme BLANC, Mme GIRAUDIER et Mme DESPRES pour la qualité de leurs enseignements, leur accompagnement et leur soutien tout au long de ce parcours.

Je remercie chaleureusement les ergothérapeutes qui ont participé aux entretiens pour le temps accordé et la richesse de leurs échanges.

Je remercie également ma famille et mes proches pour leur soutien, leur présence et leurs encouragements tout au long de ce parcours.

Et pour finir, un grand merci à Ly-Lou, Nawelle, Charlène, Laurine. Ces trois années passées avec vous ont été riches en apprentissages, en bons moments et en soutien mutuel. Leur présence et les liens que nous avons construits ensemble ont compté énormément pour moi tout au long de ce parcours.

Sommaire :

1. Introduction	1
1.1 Contexte.....	1
1.2 Thème, champs disciplinaires et explicitations terminologiques	1
1.2.1 Thème	1
1.2.2 Champs disciplinaires.....	1
1.2.3 Explicitations terminologiques	3
1.3. Résonance du thème	4
1.3.1 Question socialement vive.....	4
1.3.2 Enjeux.....	4
1.3.3 Utilité socioprofessionnelle	6
1.4. L'enquête exploratoire	6
1.4.1 Objectifs généraux et spécifiques	7
1.4.2 Typologies d'enquête	7
1.4.3 Population cible	7
1.4.4 Site d'exploration	8
1.4.5 Choix de l'outil de recueil de données	8
1.4.6 Réflexion éthique, législative et réglementaire	9
1.4.7 Construction de l'entretien semi-directif.....	10
1.4.8 Choix des outils d'analyse de données	10
1.4.9 Test du dispositif d'enquête	11
1.5. Présentation et analyse des résultats	11
1.5.1 Analyse descriptive de la population	11
1.5.2 Résultats de l'enquête et Problématisation pratique.....	11
1.6 Analyse critique du dispositif d'enquête	13
1.7 Synthèse de la problématisation pratique, actualisation et précision éventuelle du thème de recherche.....	13
1.8 Revue de littérature méthodologique.....	14

1.8.1 Champs disciplinaires et bases de données	14
1.8.2 Équation de recherche	14
1.8.3 Filtres et critères d'inclusion/ d'exclusion.....	15
1.9 Analyse critique de la revue de littérature	15
1.9.1 Effets des nouvelles technologies sur les fonctions cognitives et fonctionnelles des personnes démentes	15
1.9.2 Adhésion des personnes démentes aux nouvelles technologies	17
1.9.3 Enjeux éthiques, sociaux et économiques de l'utilisation des nouvelles technologies pour les personnes démentes.....	19
1.9.4 Vivacité et utilité socioprofessionnelle	20
1.9.5 Synthèse de la problématisation pratique	21
1.10 Cadre de référence	22
1.10.1 Accompagnement	22
1.10.2 Valeurs	25
1.11 Problématisation théorique	27
1.12 Recontextualisation	28
1.13 Question et objet de recherche.....	28
2. Matériel et Méthodes	28
2.1 Objectifs de la recherche	29
2.2 Choix de la méthode de recherche.....	29
2.3 Population cible et sites d'exploration.....	29
2.4 Choix de l'outil théorisé de recueil des données (OTRD).....	30
2.5 Cadre réglementaire et éthique	31
2.6 Biais	32
2.7 Construction de l'OTRD	33
2.8 Choix des outils de traitement et d'analyse des données.....	33
2.9 Phase de test.....	33
2.10 Déroulement de la recherche	34

3. Résultats.....	34
3.1 Analyse descriptive des participants.....	34
3.2 Analyse verticale.....	35
3.3 Analyse horizontale	38
3.4 Cas clinique	42
4. Discussion des données	44
4.1 Discussion selon la revue de littérature	44
4.2 Discussion selon l'enquête exploratoire	46
4.3 Discussion selon le cadre conceptuel	47
4.4 Critique du dispositif de recherche	48
4.5 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle.....	49
4.6 Propositions d'éléments de transférabilité pour la pratique professionnelle.....	49
4.7 Perspectives de recherche.....	50
Bibliographie	51
Sommaire des annexes.....	56

1. Introduction

1.1 Contexte

L'émergence du point de rupture de ma thématique vient de mes nombreux échanges avec des ergothérapeutes et des observations dans mes lieux de stage. En effet, grâce à des recherches complémentaires, j'ai pu constater une évolution démographique et une augmentation des troubles cognitifs. De plus, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, nous constatons une hausse des cas de démence chaque année jusqu'à atteindre 10 millions nouveaux cas par an (1). De ce fait, un besoin croissant de renouveler les pratiques de soin en ergothérapie est primordiale. De plus, de nombreuses questions se posent sur la place des nouvelles technologies dans la rééducation par les ergothérapeutes que j'ai rencontrée. En effet, les nouvelles technologies permettraient plus d'interaction, d'engagement et donc une stimulation cognitive interactive.

Ainsi, j'ai voulu allier ces deux problématiques pour n'en faire qu'une puisqu'elles peuvent être complémentaires.

1.2 Thème, champs disciplinaires et explicitations terminologiques

1.2.1 Thème

Nous avons pu nous poser de nombreuses questions intermédiaires pour aboutir à la problématique professionnelle. En effet, quels sont les besoins spécifiques des personnes démentes en termes d'accompagnement ? Quels sont les rôles de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes démentes ? Comment les nouvelles technologies peuvent-elles améliorer la prise en charge des patients déments ?

La problématique qui en découle de ces questions intermédiaires est la suivante : comment les ergothérapeutes peuvent-ils utiliser les nouvelles technologies comme outils d'accompagnement pour les personnes démentes ?

Le thème est l'accompagnement des personnes démentes par les nouvelles technologies en ergothérapie.

1.2.2 Champs disciplinaires

Les champs disciplinaires retrouvés dans ce thème sont :

- Sciences de l'occupation

La présence du terme « ergothérapie » dans le thème fait référence aux sciences de l'occupation.

Selon la revue francophone de recherche en ergothérapie, « la science de l'occupation demeure une science fondamentale dont les résultats visent à améliorer la compréhension et à apprécier la complexité de l'occupation humaine dans l'environnement sociétal » (2). Donc, l'ergothérapie est au

cœur de l'accompagnement des personnes démentes puisqu'elle vise à améliorer l'autonomie et le bien-être des patients dans leurs activités de la vie quotidienne.

- Neurosciences

La présence du terme « démence » dans le thème fait référence aux neurosciences.

Les neurosciences sont « l'ensemble des sciences et disciplines qui étudient le système nerveux » (3). En effet, les neurosciences fournissent les connaissances sur le fonctionnement du cerveau et les troubles cognitifs associés à la démence. C'est pour cela que les sciences sont nécessaires pour comprendre les mécanismes biologiques et cognitifs sous-jacents à la démence, une maladie qui touche les fonctions cérébrales, affecte la mémoire, la cognition, les émotions, et le comportement des patients. Ainsi, les neurosciences sont essentielles pour comprendre les mécanismes neurobiologiques liés à la démence et pour mieux comprendre son impact sur le fonctionnement global du cerveau.

- Sciences psychologiques cognitives

Le terme « démence » dans le thème fait référence aux sciences psychologiques cognitives. Laure Léger définit la psychologie cognitive comme « une sous-discipline de la psychologie (psyché = âme, logos = science). Le terme de cognitif renvoie à la cognition (cognitio = connaissance, action d'apprendre). Le but de la psychologie cognitive est de comprendre l'acquisition, l'organisation et l'utilisation de nos connaissances » (4). Ainsi, les sciences psychologiques cognitives sont impliquées puisqu'elles permettent de comprendre l'impact de la démence sur la personnalité, les émotions et le comportement des patients.

- Sciences de l'éducation

Le concept d'accompagnement fait référence aux sciences de l'éducation. Gaston Mialaret en citant Lucien Cellier dit que « l'auteur expose les conditions d'une science qu'il nomme “ pédagogique ” pour la distinguer de l'éducation considérée comme l'art d'élever les enfants » (5). De ce fait, l'accompagnement est au cœur de notre thème et de notre pratique. Ainsi, les sciences de l'éducation nous permettent de comprendre ce concept d'accompagnement.

- Sciences sociales

La présence des termes « nouvelles technologies », « démence » et « ergothérapie » font partie des sciences sociales. Selon l'encyclopédie canadienne, les sciences sociales désignent « en général, la recherche et l'enseignement spécialisés effectués dans le cadre de disciplines vouées à l'étude de l'être humain, de sa culture et de ses relations économiques, politiques, et sociales avec son milieu »

(6). Ainsi, les sciences sociales sont cruciales pour appréhender les dimensions sociales et culturelles de l'accompagnement des personnes démentes. De plus, la question de l'acceptation de l'utilisation des nouvelles technologies se pose.

- Sciences de l'informatique

« Nouvelles technologies » font référence aux sciences de l'informatique. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, les sciences de l'informatique désignent « la science du traitement rationnel, notamment par machines automatiques, de l'information considérée comme le support des connaissances humaines et des communications dans les domaines technique, économique et social (7). Ils jouent un rôle clé dans l'accompagnement des personnes démentes. En effet, les nouvelles technologies comprennent les jeux vidéo, la réalité virtuelle, la Wii...

1.2.3 Explicitations terminologiques

Ergothérapie : selon l'ANFE, l'ergothérapeute est « un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social. Il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace » (8).

Nouvelles technologies : selon le Cyber institut, « les nouvelles technologies désignent l'ensemble des innovations technologiques récentes qui révolutionnent notre quotidien. Elles englobent divers domaines tels que l'informatique, la robotique, l'intelligence artificielle, la nanotechnologie, et bien d'autres. Ces avancées sont le moteur de transformations profondes, ouvrant la porte à de nouveaux usages et modèles économiques » (9).

Démence : selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « le terme « démence » couvre plusieurs maladies qui affectent la mémoire, la pensée et la capacité à réaliser des tâches quotidiennes. La démence s'aggrave avec le temps. Elle touche principalement les personnes âgées, mais toutes les personnes âgées ne sont pas concernées. Le syndrome de la démence peut être causé par un certain nombre de maladies qui, au fil du temps, détruisent les cellules nerveuses et endommagent le cerveau, entraînant généralement une détérioration de la fonction cognitive au-delà des conséquences habituelles attendues du vieillissement biologique » (10).

Accompagnement : Selon Science Direct, « Accompagner est un verbe actif, signifiant agir et faire avec celui qui est accompagné, agir pour lui, mais aussi lui restituer sa capacité d'agir, à son rythme,

vers là où il veut aller. Et accompagner est une manière d'être, une posture, une reconnaissance et une rencontre de la personne accompagnée, dans sa singularité, dans son autonomie, dans sa globalité. Accompagner comporte plusieurs étapes : informer, écouter et recueillir la parole, instaurer une relation de confiance, prendre soin, co-construire une décision, une conduite à tenir » (11). Ce terme fait référence aux sciences de l'éducation.

1.3. Résonance du thème

1.3.1 Question socialement vive

Comme vu dans le point de rupture, nous constatons une hausse des troubles cognitifs en France et dans le monde (1). En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « Actuellement, plus de 55 millions de personnes sont atteintes de démence dans le monde, dont plus de 60 % dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Chaque année, il y a près de 10 millions de nouveaux cas » (1). Récemment, l'attention s'est portée sur les troubles neurocognitifs, dans lesquelles les Technologies de l'Information et de la Communication¹ sont utilisées pour soutenir et améliorer l'évaluation du comportement et de la cognition ainsi que pour les traitements thérapeutiques (12).

Une étude, publiée dans la revue "Alzheimer's and Dementia : Translational Research and Clinical Interventions", affirme également que les jeux vidéo permettent de réduire les risques de démence en 2021 (12).

Ainsi, cela soulève la vivacité de cette question.

1.3.2 Enjeux

Divers enjeux sont présents dans cette problématique.

Enjeux médicaux

Tout d'abord, en France, l'équipe du Pr Philippe Robert, responsable du centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) au CHU de Nice et du laboratoire CobTek (Cognition Behaviour Technology Lab, EA Université Nice-Côte d'Azur), a mené un essai contrôlé et randomisé auprès de 46 personnes atteintes de troubles neurocognitifs, âgées en moyenne de 79,4 ans, pour évaluer l'efficacité du jeu sérieux MeMo (13). L'intervention a été menée en 12 semaines avec 4 séances possibles par semaine (13). Chez les participants actifs, ayant eu un entraînement cognitif environ un jour sur deux avec le jeu sérieux MeMo, les chercheurs observent une amélioration significative de l'attention et de l'apathie (13). Ainsi, les jeux vidéo, qui sont des TIC, présentent un enjeu médical important puisqu'ils peuvent améliorer les fonctions cognitives.

¹ Technologies de l'Information et de la Communication = TIC

Enjeux économiques

Selon une étude, les coûts des patients atteints de démence étaient 3,3 fois plus élevés (34 980 €) que ceux des patients non-déments (10 626 €) par année de survie (14). Les soins en institution étaient le facteur de coût le plus important, représentant 67 % des coûts (14). Le fonctionnement cognitif a permis de prédire les coûts directs de 29,4 % (14). Le déclin cognitif était associé à une augmentation des coûts, même chez les sujets non-déments. Ainsi, un enjeu économique est présent puisque les traitements non-médicamenteux seraient une alternative à ces coûts onéreux pour les patients et les institutions.

Enjeux sociaux

Selon une étude de la Commission européenne, « les applications de jeu conçues pour la stimulation cognitive ou l'interaction sociale peuvent encourager les personnes âgées à entrer en contact avec d'autres personnes de leur communauté locale qui partagent les mêmes intérêts (15). »

Ainsi, un enjeu social est bien présent quant à l'utilisation des nouvelles technologies.

Enjeux éthiques

Un enjeu éthique est présent quant à l'acceptation ou au rejet de l'utilisation de nouvelles technologies. En effet, selon Marc-Eric Bobillier-Chaumon, Raluca Oprea Ciobanu, « le rejet se manifeste aussi parmi les personnes qui sont moins satisfaites de leur image : ils se considèrent ainsi trop âgés pour pouvoir comprendre ces technologies. C'est notamment le cas lorsque "*cela ne vaut plus le coup*" pour le temps qu'il leur reste à vivre » (16).

Enjeux sanitaires

Des enjeux sanitaires sont présents par rapport aux effets secondaires et aux dangers de l'utilisation excessive des nouvelles technologies. En effet, selon l'Institut national de santé publique du Québec, il existe des effets néfastes des écrans sur la santé mentale et physique (17). Nous pouvons citer la dépendance, des troubles mentaux, des problèmes d'estime de soi et de l'image corporelle, trouble du sommeil, des troubles musculosquelettiques et des troubles oculaires (17).

Enjeux de santé publique

Le plan Innovation Santé 2030, annoncé le 29 juin, vise à faire de la France un leader européen en innovation médicale grâce à un investissement de 7,5 milliards d'euros (18). Dans ce cadre, la stratégie d'accélération « Santé numérique » bénéficie de 650 millions d'euros, notamment via le Programme d'Investissements d'Avenir (PIA) (18). Son objectif est de développer et d'expérimenter des outils numériques pour une médecine 5P : personnalisée, préventive, prédictive, participative et

basée sur les preuves (18). Ainsi, c'est un enjeu de santé publique puisque l'utilisation des nouvelles technologies pour la médecine est innovante.

1.3.3 Utilité socioprofessionnelle

Les troubles neurocognitifs affecteraient directement plus de 1,2 million de personnes en France (dont la maladie d'Alzheimer pour les deux tiers). Le taux de prévalence est estimé à environ 40/1 000 personnes après 60 ans et augmente progressivement à 180/1 000 après 75 ans, pour atteindre près d'une personne sur deux après 90 ans (19). De ce fait, cette progression démographique souligne l'ampleur croissante du défi lié à la prise en charge de ces troubles.

De plus, à ce jour, il n'existe pas de traitement curatif de la démence. Les traitements non-médicamenteux doivent être favorisés (20).

De ce fait, l'utilité de mener une telle recherche pour la profession est nécessaire afin de comprendre comment les ergothérapeutes perçoivent et ajustent leur accompagnement dans le cadre de l'intégration des nouvelles technologies auprès des personnes avec des troubles neurocognitifs. Elle est également utile pour ce public car cette recherche contribue à questionner l'adéquation entre les technologies proposées et les valeurs des personnes accompagnées. De plus, les techniques utilisées aujourd'hui en ergothérapie pourraient être renouvelées au vu de l'évolution des besoins de cette population vieillissante. De ce fait, l'intégration des nouvelles technologies comme outils thérapeutiques pourrait être une solution innovante comme le dit la Haute Autorité de Santé : « L'effervescence des nouvelles technologies de santé et la montée en puissance de l'intelligence artificielle (IA) en santé sont autant d'opportunités pour améliorer la qualité des soins et des accompagnements sociaux et médico-sociaux, que de défis pour en encadrer les usages » (21).

Nous nous posons diverses questions pour la société. Comment cette étude peut-elle améliorer la compréhension des enjeux liés aux nouvelles technologies en ergothérapie auprès des personnes démentes ? Dans le domaine de l'ergothérapie, l'adoption des nouvelles technologies pourrait-elle améliorer l'efficacité des interventions et favoriser une approche plus explicite et vive du soin ? À la suite de cela, nous allons réaliser une enquête exploratoire.

1.4. L'enquête exploratoire

Pour débiter cette enquête exploratoire, nous allons définir les objectifs généraux et spécifiques. Puis, nous allons énoncer la typologie de l'enquête, la population cible, le site d'exploration, le choix de l'outil de recueil de données. Enfin, nous ferons la réflexion éthique, législative et réglementaire, la construction de l'outil de recueil de données et le choix des outils d'analyse de données.

1.4.1 Objectifs généraux et spécifiques

Tout d'abord, nous allons énoncer les objectifs généraux puis les objectifs spécifiques.

Les objectifs généraux sont :

- Confronter la thématique à la réalité de terrain, à la faisabilité
- S'assurer de la vivacité de la problématique professionnelle sur le terrain des praticiens, à l'intérêt et l'utilité pour les professionnels
- Affiner la thématique et la problématique professionnelle
- Découvrir les éléments pertinents reliés à la thématique (au-delà des croyances et représentations parcellaires de l'étudiant)

Les objectifs spécifiques sont :

- Explorer la perception de l'ergothérapeute concernant l'utilisation des nouvelles technologies dans sa pratique ergothérapique avec des personnes démentes
- Découvrir la manière dont l'ergothérapeute utilise les nouvelles technologies dans le cadre de son intervention avec les personnes démentes.
- Découvrir les avantages et inconvénients rencontrés par l'ergothérapeute dans l'adoption de ces technologies.

1.4.2 Typologies d'enquête

Si nous nous référons aux objectifs spécifiques, nous constatons que les verbes d'action (explorer, comprendre, découvrir) nous guident vers une enquête qualitative afin de recueillir des informations non-quantifiables. Ainsi, une enquête de type qualitative serait le plus approprié.

1.4.3 Population cible

La population de l'étude sera définie à partir de critères d'inclusion et d'exclusion.

Seront inclus les ergothérapeutes français actifs ayant eu au moins un an d'expérience avec des personnes démentes et ayant déjà utilisé des nouvelles technologies dans leur pratique avec les personnes démentes.

Seront exclus les ergothérapeutes non-français, retraités ou actifs ayant moins d'un an d'expérience avec des personnes démentes. De plus, les ergothérapeutes n'ayant jamais utilisé des nouvelles technologies dans leur pratique avec les personnes démentes seront exclus.

1.4.4 Site d'exploration

Les sites d'exploration sont les lieux de vie (EHPAD², Unité Spécialisée Alzheimer/Unité Protégée, Foyer de vie/Foyer d'Accueil Médicalisé), la psychiatrie (Unités psychiatriques Spécialisées, Hôpitaux Psychiatriques, CATTP³, CMP⁴) et SMR⁵ (gériatrique). Ces sites ont été choisis car ce sont des lieux où des personnes démentes sont présentes. De plus, il est possible que certains ergothérapeutes utilisent les nouvelles technologies dans ces lieux d'exercice.

1.4.5 Choix de l'outil de recueil de données

Tout d'abord, comme dit précédemment, l'enquête est qualitative dû aux verbes choisis dans les objectifs spécifiques.

Romy Sauvyre en citant Alain Blanchet et Anne Gotman dit :

« L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent (22) ».

Ainsi, l'entretien est utile lorsque l'on veut recueillir le point de vue subjectif des personnes interrogées ce qui est notre cas. C'est pour cela que nous avons choisi l'entretien.

Mais, il y a différents types d'entretien. En effet, il existe l'entretien directif, non-directif et semi-directif.

L'entretien directif est un entretien qui a pour caractéristique d'être très structuré (22). Cet entretien a de nombreux avantages lorsque les interrogés ont peu de temps à nous accorder puisque « la durée de ce type d'entretien est plus facile à maîtriser en raison de son caractère très structuré et directif (22) ». Or, il présente des limites puisque les interrogés peuvent avoir le sentiment d'assister à un « interrogatoire » et ce sera moins dans le partage d'expériences mais plus dans le formel (22). Ce type d'entretien sera donc évincé car cela manquera de profondeur dans les réponses de l'interviewé et ce sera biaisé par l'intervieweur.

L'entretien non-directif ou « libre » a pour but de présenter une question globale le sujet que l'interviewé pourra s'approprier (22). Cela permet une plus grande liberté dans la réponse de la personne interrogée (22). C'est l'enquêteur qui d'une certaine manière dirige l'entretien. Donc, nous ne serons pas à l'aise face à un entretien libre puisque nous aurons le sentiment que les personnes interrogées ne répondront pas à toutes mes questions. Étant donné que nous avons ciblé des thèmes, nous voulons que la personne interrogée réponde à cela.

² Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes = EHPAD

³ Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel = CATTP

⁴ Centre Médico-Psychologique = CMP

⁵ Soins Médicaux et de Réhabilitation = SMR

L'entretien semi-directif ou « entretien guidé » est le plus utilisé car Romy Sauvayre en citant Berthier dit qu'« il combine attitude non-directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance (22) ». Ce type d'entretien est adéquat lorsque nous voulons aborder et/ou approfondir un ou plusieurs thèmes spécifiques (22). « La part de directivité de l'enquêteur est moins forte que dans l'entretien directif, mais elle est plus présente que dans l'entretien libre (22) ».

Ainsi, l'outil de recueil de données choisi est l'entretien semi-directif avec des ergothérapeutes pour recueillir des témoignages personnels sur leur expérience. En effet, c'est l'outil le plus approprié compte tenu de notre situation car il permet aux ergothérapeutes d'exprimer librement leur expérience tout en abordant des thèmes précis comme leur perception, les avantages/inconvénients et la manière dont il utilise les nouvelles technologies. Ce choix s'inscrit donc pleinement dans notre démarche d'enquête qualitative.

1.4.6 Réflexion éthique, législative et réglementaire

Dans le cadre éthique, la loi Jardé établit un cadre éthique et législatif pour les recherches impliquant la personne humaine (23). La loi Jardé concerne principalement les recherches cliniques qui ont pour but de « développer des connaissances biologiques ou médicales » (24). Ces recherches sont pratiquées sur des patients volontaires, saines ou malades, visant à tester l'efficacité ou la sécurité de nouvelles pratiques ou médicaments (24). Ainsi, cela ne nous concerne pas dans le cadre du mémoire de fin d'études d'ergothérapie car nous ne faisons pas de tests sur les personnes. Cependant, le recueil de la non-opposition des participants et l'accord écrit des responsables de la structure encadrante sont nécessaires (24). De ce fait, l'outil de recueil de données respectera l'anonymat des personnes interrogées et la confidentialité des données.

Dans le cadre législatif, en France, le Règlement Général sur la Protection des Données⁶ encadre l'utilisation et la protection des données recueillies (25). Selon l'article 1, il « établit des règles relatives à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et des règles relatives à la libre circulation de ces données » (24). Pour garantir le droit de retrait et la confidentialité des données, la mise en place d'un formulaire de recueil de consentement sera recueillie auprès des personnes interrogées. ([Cf Annexe 1](#)). Les données recueillies seront anonymes. Le chiffrement des données comme un antivirus sur le dossier ou un mot de passe d'authentification forte seront mis en place pour éviter tout risque de divulgation non autorisée. Les

⁶ Règlement Général sur la Protection des Données = RGPD

données devront être détruites lors de la fin du projet. Les ergothérapeutes interrogés le sauront via un mail.

1.4.7 Construction de l'entretien semi-directif

À la suite de ce qui a été dit précédemment, nous allons devoir construire une grille d'entretien ([Cf Annexe 2](#)) afin de mieux diriger et de structurer l'entretien. La grille d'entretien comprend différents éléments. Tout d'abord, nous avons divisé le tableau en sous-thématiques avec des questions thématiques qui se réfèrent aux objectifs spécifiques.

En effet, le premier sous-thème est la perception de l'utilisation des nouvelles technologies dans la démence et l'attitude de l'ergothérapeute envers l'utilisation des nouvelles technologies qui formeront notre première question. Ils sont en lien avec l'objectif « Explorer la perception des ergothérapeutes concernant l'utilisation des nouvelles technologies dans leur pratique ergothérapique avec des personnes démentes. »

Ensuite, le deuxième sous-thème est la manière d'utiliser les nouvelles technologies et l'intervention ergothérapique qui formera notre deuxième question. Ils sont en lien avec l'objectif spécifique « Découvrir la manière dont l'ergothérapeute utilise les nouvelles technologies dans le cadre de leur intervention avec les personnes démentes ».

Le troisième sous-thème est les avantages et inconvénients et nouvelles technologies qui formeront notre dernière question. Ils sont en lien avec l'objectif « Découvrir les avantages et inconvénients rencontrés par l'ergothérapeute dans l'adoption de ces technologies. » Des questions thématiques ont été attribuées respectivement à chaque objectif spécifique ([Cf Annexe 2](#)).

1.4.8 Choix des outils d'analyse de données

Pour analyse les données issues de l'entretien, nous allons réaliser une retranscription de ce qui a été dit par l'ergothérapeute lors de l'entretien. Cette retranscription se fera sur Word®.

Pour le traitement des données, nous allons réaliser une analyse thématique grâce à la matrice d'entretien. Un tableau sera réalisé avec une colonne pour les lignes, le texte brut, l'extraction synthétique du sens, le thème secondaire et le thème principal (26). Ce tableau est le tableau intermédiaire d'analyse ([Cf Annexe 3](#) et [Cf Annexe 4](#)). Enfin, quand tous les entretiens seront réalisés, nous ferons une grille d'analyse des entretiens de l'étude ([Cf Annexe 5](#)) avec une colonne pour les différents ergothérapeutes et une ligne pour les différents thèmes abordés (26). Une fois la grille d'analyse remplie, nous allons réaliser une analyse dite horizontale. L'analyse horizontale « s'intéresse aux discours recueillis sur chaque thématique. Quels sont les thèmes les plus développés ou inversement les moins présents ? Comment peut-on expliquer ces variations ? Comment les thèmes

sont-ils présentés ? Retrouve-t-on des arguments, des expressions récurrentes ? (27). » Un tableau nous permettra de regrouper les thèmes qui dévoilent des similitudes (en termes d'arguments, de vocabulaire, etc.) (27). De ce fait, notre but sera de s'interroger sur les « raisons de ces proximités » (27).

1.4.9 Test du dispositif d'enquête

Nous avons réalisé le test du dispositif d'enquête de l'entretien semi-directif. Nous l'avons fait auprès d'une ergothérapeute, 24 ans, avec 3 ans d'expérience travaillant en SMR. Nous avons voulu tester les conditions environnementales, matérielles et la pertinence de mes questions. De ce fait, nous avons réalisé l'entretien par visioconférence. Tout s'est bien déroulé. Puis, pour enregistrer la conversation, nous avons utilisé un dictaphone qui ne nous a pas posé de problème et qui a bien tout enregistré. Enfin, les questions n'étaient pas biaisées. L'ergothérapeute a su répondre aux questions thématiques ce qui a rendu l'entretien fluide.

1.5. Présentation et analyse des résultats

Dans cette partie, nous commencerons par l'analyse descriptive de la population interrogée puis par les résultats de l'enquête et la problématisation pratique.

1.5.1 Analyse descriptive de la population

Monsieur S., 34 ans, travaille en SMR et UCC, a été diplômé en 2014, a 11 ans d'expérience. Ce sera E1.

Madame A., 34 ans, travaille en SMR, a été diplômée en 2013, a 12 d'expérience. Ce sera E2. Ils respectent les critères de la population ciblée c'est-à-dire des ergothérapeutes français actifs ayant eu au moins un an d'expérience avec des personnes démentes et ayant déjà utilisé des nouvelles technologies dans leur pratique avec les personnes démentes.

1.5.2 Résultats de l'enquête et Problématisation pratique

L'entretien a duré 8 minutes avec E1 et 17 minutes avec E2.

Les trois thèmes émergents qui sont ressortis des discours des ergothérapeutes sont les suivants : l'intégration des Nouvelles Technologies, l'intérêt thérapeutique, les contraintes et limites, et les perspectives et évolution.

Intégration des Nouvelles Technologies

L'intégration des Nouvelles Technologies dans la pratique ergothérapique est différente selon les ergothérapeutes.

En effet, l'utilisation des Nouvelles Technologies est quotidienne avec la Tovertafel pour E1 (E1 L18-20) alors que E2 a une utilisation hebdomadaire avec l'IVS3, serious game et la table tactile (E2 L. 20-27). Les Nouvelles Technologies sont intégrées à la séance d'ergothérapie avec d'autres exercices dits « classiques » ergothérapeutiques. Les séances durent une heure pour les deux ergothérapeutes (E1 L20 et E2 L.21).

Ainsi, pourquoi certains ergothérapeutes utilisent-ils les technologies plus souvent que d'autres ? Qu'est-ce qui influence leur choix ? Est-ce que cela a un impact ? Quels types d'exercices combinent-ils avec les nouvelles technologies ?

Intérêt thérapeutique

L'intérêt thérapeutique des Nouvelles Technologies met l'accent sur la stimulation cognitive, motrice et attentionnelle (E1 L13). L'intérêt thérapeutique est positif sur les capacités restantes des patients (E1 L25-26).

De plus, chaque outil a un intérêt spécifique bénéfique. Par exemple, les serious game ciblent les fonctions exécutives (E2 L43-45) et l'IVS 3 ciblent la reprogrammation motrice (E2 L28-29). L'intérêt thérapeutique recherché est l'ancrage dans le quotidien de la personne (E2 L52).

Ainsi, quels indicateurs ou retours permettent-ils d'affirmer l'intérêt thérapeutique de ces technologies ? Que peuvent-elles apporter de plus que les activités traditionnelles ? Comment savoir si un patient réagit bien à une technologie ? Comment savoir si une technologie est vraiment utile pour le patient ? Comment l'ergothérapeute peut-il ajuster une technologie en fonction du patient ?

Contraintes et Limites

Les contraintes à l'utilisation des Nouvelles Technologies sont de type logistique avec un accès limité, une logistique contraignante, un usage parfois individuel et une nécessité de s'organiser pour avoir le matériel disponible en temps voulu (E1 L27-33).

Puis, les limites sont de types humains et structurels. En effet, il y a potentiellement des pertes de compétence et de formation de la part des ergothérapeutes (E2 L106-110). De plus, une des limites identifiée est que l'utilisation de la réalité virtuelle peut amener à des conflits sensoriels (E2 L75-76). Enfin, l'utilisation des Nouvelles Technologies est encore éloignée de la vie réelle ce qui limite le transfert des acquis (E2 L87-91).

Ainsi, qu'est-ce qui empêche les ergothérapeutes une utilisation régulière des technologies dans tous les services ? Comment les ergothérapeutes peuvent-ils gérer le matériel quand il est partagé entre plusieurs services ? Et comment les ergothérapeutes peuvent-ils mieux former les professionnels à leur usage ? Quelles sont les limites techniques (bug, fatigue visuelle, conflits sensoriels...)

rencontrées par les ergothérapeutes à prendre en compte ? Le manque de temps ou de formation des ergothérapeutes est-il un frein majeur à l'intégration des Nouvelles Technologies ?

Perspective et Évolution

Les perspectives et évolutions futures à l'utilisation des Nouvelles Technologies sont, d'une part, une volonté de maintien de l'usage des nouvelles technologies sans élargissement futur (E1 L14-15). D'une autre part, les perspectives possibles sont des projets de recherche en cours, l'acquisition d'outils de réalité virtuelle et l'anticipation d'une meilleure adhésion des futures générations face à ces Nouvelles Technologies.

Ainsi, comment les services d'ergothérapie peuvent-ils se préparer à utiliser davantage les Nouvelles Technologies ? Les nouvelles générations de patients seront-elles plus réceptives ? Les ergothérapeutes doivent-ils créer de nouveaux outils plus adaptés à la réalité quotidienne des personnes âgées ? Comment la recherche peut-elle aider les ergothérapeutes à améliorer l'utilisation des technologies ? Comment les ergothérapeutes peuvent-ils allier innovation technologique et respect du rythme du patient ?

1.6 Analyse critique du dispositif d'enquête

Tout d'abord, le choix d'un entretien semi-directif a été pertinent puisqu'il a été possible de recueillir le point de vue et les expériences des ergothérapeutes interrogés en ciblant des thèmes précis. Néanmoins, nous n'avons pas interrogé assez d'ergothérapeutes pour obtenir des données représentatives de tous les ergothérapeutes français. Il aurait été préférable de réaliser deux entretiens supplémentaires pour récolter plus d'informations. De plus, ces deux autres entretiens auraient pu être réalisés avec des ergothérapeutes travaillant dans des structures différentes.

Ensuite, le guide a été utile pour structurer l'entretien. Les entretiens ont été faits par visioconférence ce qui a rendu compliquée l'analyse du langage paraverbal. En effet, la visioconférence ne permet pas d'avoir une image globale de la personne. De plus, le manque de relance sur certaines réponses aurait pu être creusé davantage pour être encore plus précis.

Puis, le choix des outils d'analyse a été adéquat avec une retranscription, un tableau intermédiaire d'analyse et une grille d'analyse des entretiens avec une analyse verticale. En effet, cela a permis une analyse globale des réponses des interrogés en plusieurs étapes et en lien avec les thèmes du mémoire.

1.7 Synthèse de la problématisation pratique, actualisation et précision éventuelle du thème de recherche

Les questions les plus importantes que nous allons retenir sont : Comment les ergothérapeutes peuvent-ils adapter l'intégration des technologies aux réalités de chaque service sans perdre leur

intérêt thérapeutique ? À partir de quels critères les ergothérapeutes peuvent-ils dire qu'une technologie a un réel effet thérapeutique pour un patient dément ? Le manque de formation et de stabilité des équipes ergothérapeutes freine-t-il l'usage durable des technologies en ergothérapie ? Comment les ergothérapeutes peuvent-ils anticiper l'évolution des outils et des profils de patients pour adapter les pratiques ergothérapeutiques ?

Ainsi, le thème de recherche ne va pas être modifié puisqu'il répond à toutes les exigences et la problématique est bien formulée.

1.8 Revue de littérature méthodologique

Nous allons commencer par les champs disciplinaires et les bases de données, puis par l'équation de recherche et enfin, nous ferons un tableau des bases de données.

1.8.1 Champs disciplinaires et bases de données

Les bases de données suivantes ont été choisies en fonction des champs disciplinaires énoncés précédemment. Les bases de données Pubmed, Science Direct et Summon ont été sélectionnées pour les neurosciences et sciences psychologiques cognitives. Puis, la base de données Cairn a été sollicitée pour les sciences sociales et de l'éducation. Ensuite, concernant les sciences de l'occupation, OTseeker, CINAHL, OTDbase ont été sélectionnés. Enfin, IEEE Xplore et ACM Digital Library sont des bases de données en lien avec les sciences de l'informatique.

Google scholar sera une base de données générale comprenant tous les champs disciplinaires.

1.8.2 Équation de recherche

Les mots clés principaux choisis sont : « ergothérap* », « nouvelles technologies » et « démence ». Ces mots clés font référence aux mots principaux se référant à notre thème. Nous constatons qu'il y a un mot clé contenant une astérisque. En effet, cette dernière permet d'utiliser la troncature, c'est-à-dire à rechercher toutes les variantes d'un mot à partir d'une racine commune. Ainsi, cela nous permettra d'élargir nos recherches et d'obtenir un maximum d'articles pertinents. Or, nous allons rajouter d'autres mots qui sont des synonymes à nos mots clés afin d'élargir nos recherches. Les mots synonymes seront les suivants : "technologies numériques", "outils technologiques", "technologies innovantes", "serious game", "exergame", "troubles neurocognitifs majeurs", "maladie d'Alzheimer", "accompagnement", "intervention", "prise en charge", "réadaptation".

Les opérateurs booléens choisis sont « ET » et « OU » pour l'équation de recherche en français. Pour l'équation de recherche en anglais, les opérateurs booléens sont « AND » et « OR ». En effet, nous réaliserons deux équations de recherche (français et anglais) afin d'obtenir un maximum d'articles pertinents.

Les MeSH terms employés sont : « dementia », « information technology », « occupational therapists ».

L'équation de recherche en français serait la suivante :

("nouvelles technologies" OU "technologies numériques" OU "outils technologiques" OU "technologies innovantes" OU "jeux sérieux" OU " jeu de fitness") ET ("démence" OU "troubles neurocognitifs majeurs" OU "maladie d'Alzheimer")

L'équation de recherche en anglais serait la suivante :

("dementia" OR "neurocognitive disorder") AND ("technology" OR "seriousgame" OR "exergaming")

1.8.3 Filtres et critères d'inclusion/ d'exclusion

Les filtres employés seront des études récentes datant de moins de 5 ans si possible. Mais, si très peu, voir aucun résultat n'apparaît, les filtres ne s'appliqueront pas. Aucun filtre ne sera émis concernant la langue et/ou la localisation des études étant donné que les recherches se feront à l'échelle mondiale. Concernant les critères d'inclusion, les études doivent traiter des nouvelles technologies et des troubles neurocognitifs, plus précisément la démence ou la maladie d'Alzheimer. Les critères d'exclusion sont les études portant sur d'autres pathologies neurologiques ou psychiatriques et celles n'intégrant pas les nouvelles technologies.

Ainsi, un tableau des résultats des bases de données a été réalisé ([Cf Annexe 6](#)).

1.9 Analyse critique de la revue de littérature

Notre revue de littérature s'appuie sur douze études, dont six nationales et six internationales (Corée du Sud, États-Unis, Suède, Canada, Angleterre, Irlande). Six études font partie de la littérature scientifique, trois de la littérature grise et trois de la littérature professionnelle. Toutes ces études ont été rassemblées dans le tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature ([Cf Annexe 7](#)).

Les résultats des études ont été organisés en trois sous-thèmes : effets des nouvelles technologies sur les fonctions cognitives et fonctionnelles des personnes démentes, l'adhésion des personnes démentes aux nouvelles technologies et les enjeux éthiques, sociaux et économiques.

1.9.1 Effets des nouvelles technologies sur les fonctions cognitives et fonctionnelles des personnes démentes

Des études ont montré que les nouvelles technologies avaient un impact sur les fonctions cognitives et fonctionnelles.

En effet, une étude quantitative, menée en 2012 aux États-Unis (28) auprès des personnes âgées, avait pour objectif de comparer les effets de la combinaison d'un exercice physique sur un vélo stationnaire et d'une stimulation cognitive via un jeu vidéo interactif sur les fonctions cognitives des personnes âgées par rapport à l'exercice physique seul. Elle a été faite auprès de deux groupes : un groupe avec un vélo classique et un autre avec un vélo stationnaire et un exergame⁷. Les résultats ont montré que les exergames réduisaient le déclin cognitif de 23% et apportaient une amélioration cognitive ($d=0,50$). Cette étude corrobore l'étude quantitative coréenne de 2023 (29) menée auprès de 24 personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence légère à modérée. Elle a été menée auprès de deux groupes répartis aléatoirement : un groupe entraîné par les « exergames » et un groupe recevant des activités traditionnelles. Cette étude a pour objectif d'étudier les effets des « exergames » sur les fonctions exécutives et physiques chez les personnes atteintes de démence par rapport à des exercices plus traditionnels. Les résultats montrent que l'utilisation des exergames permet une « amélioration significative des fonctions exécutives » par rapport à des activités physiques classiques. En effet, le groupe exergaming a affiché une réduction du temps de réponse tant pour la condition « congruent » ($p=0,03$) que « incongruent » ($p=0,04$). Ces deux études soulignent donc l'intérêt de l'exergaming comme outil efficace pour améliorer les fonctions cognitives des patients. Par ailleurs, les résultats des deux études démontrent un haut niveau de rigueur scientifique avec un essai clinique randomisé en grappe, une taille d'échantillon correcte et des résultats statistiques solides.

L'étude française de 2018 (30) complète ces résultats. En effet, elle a été menée auprès de patients Alzheimer institutionnalisés en soins de longue durée cherchant à évaluer la faisabilité et l'intérêt de l'entraînement en exergame pour ces patients. Cette étude a été menée auprès de deux groupes : un groupe entraîné et un groupe témoin. Celle-ci montre un écart de résultat entre les deux groupes. En effet, les résultats principaux montrent une amélioration des fonctions cognitives et capacités fonctionnelles pour le groupe entraîné (écart type pré-test : 8,36 ; écart type post-test : 4,91 pour le Times Up and Go test). Il est intéressant de dire que cette étude présente un bon niveau de rigueur scientifique ($p<0,05$). Elle présente une bonne pertinence clinique, mais moins robuste méthodologiquement qu'un essai clinique randomisé. Une autre étude française de 2021 (31) corrobore ces résultats en démontrant l'efficacité des serious exergame dans l'amélioration des symptômes neuropsychiatriques notamment l'apathie par un essai randomisé par grappes. En effet, cette étude a été réalisée auprès de deux groupes : un groupe d'intervention avec l'utilisation serious exergame et un groupe contrôle avec des soins habituels auprès de personnes âgées d'environ 81 ans.

⁷ Exergames = jeux vidéo d'entraînement qui mêle habiletés motrices et cognitives

Les résultats de cette étude montrent une diminution de l'apathie pour le groupe d'intervention au bout de douze semaines (-1,3 point) et une stabilisation des symptômes neuropsychiatriques au bout de vingt-quatre semaines alors que le groupe contrôle présente une augmentation de ces symptômes. Enfin, une revue systématique et méta-analyse d'essais contrôlés randomisés de 2022 irlandaise (32) corrobore ces résultats puisque les douze études sélectionnées pour la revue montrent les effets positifs des serious games⁸ sur la cognition, la dépression, la motivation et certaines capacités fonctionnelles pour des personnes atteintes de démence avec un effet modéré mais robuste par rapport aux soins traditionnels.

Questionnements : Quels types d'exergame l'ergothérapeute peut-il utiliser pour optimiser les gains cognitifs chez les personnes démentes ? Comment l'ergothérapeute peut-il s'assurer que les exergames soient accessibles, adaptées et sécurisées malgré la démence ? Comment l'ergothérapeute peut-il intégrer ces exergames dans la prise en charge ergothérapique des personnes démentes ? Comment l'ergothérapeute peut-il adapter les exergames en fonction des stades de la démence ? Quels impacts peuvent-ils avoir sur les activités de la vie quotidienne des personnes démentes ? Comment l'ergothérapeute peut-il mesurer l'impact des exergames sur la cognition des personnes démentes ?

1.9.2 Adhésion des personnes démentes aux nouvelles technologies

Une étude française menée en 2018 (30) auprès de patients Alzheimer institutionnalisés en soins de longue durée cherchait à évaluer la faisabilité et l'intérêt de l'entraînement en exergame pour ces patients. Cette étude met en avant que « le taux d'adhérence calculé à partir du nombre de séances complétées et du nombre total de séances, s'élevait à 95 %. Parallèlement, les participants ont exprimé à 83,94 % « énormément de plaisir » et à 16,06 % « beaucoup de plaisir » à jouer ». Cela indique donc qu'il y avait une très bonne adhésion et du plaisir de la part des patients. De plus, cette étude française complète l'étude coréenne de 2023 qui montre que les exergames suscitent un engagement supérieur à celui observé dans les activités dites « traditionnelles ». Une étude qualitative suédoise de 2016 (33) auprès de six participants âgés de 61 et 86 ans atteints de troubles cognitifs légers a montré que ces participants adoptaient trois modes de rapport aux technologies dans leurs activités de la vie quotidienne. L'objectif de cette étude était de savoir comment les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs légers appréhendent la technologie dans leur vie quotidienne actuelle et future. En effet, certains réduisent voir abandonnent, d'autres maintiennent et certains adoptent ces nouvelles technologies. Ces résultats complètent et opposent à la fois les deux études précédentes puisque certains participants sont réticents à la surveillance intrusive que peuvent avoir certaines

⁸ Serious game = jeu qui combine intention ludique et objectif pédagogique ou informatif

technologies mais valorisent les outils familiers comme les smartphones, tablettes. Ces résultats présentent un fort risque de biais comme le faible effectif ($n=6$) qui ne permet pas de généraliser les résultats. Le mémoire d'ergothérapie de Stenger réalisé en 2015 (34) sur « l'intérêt et la place des robots compagnons dans le maintien à domicile des personnes âgées isolées, et le rôle des ergothérapeutes dans leur préconisation » corrobore l'idée que l'accompagnement fait par l'ergothérapeute est essentiel pour une meilleure adhésion. En effet, l'étude montre que les robots compagnons pourraient contribuer à rompre l'isolement, stimuler les capacités cognitives et affectives, et sécuriser le maintien à domicile. Toutefois, leur intégration nécessite un suivi, une adaptation aux besoins individuels et une prudence éthique. Ces résultats sont à prendre avec du recul car ils ne sont pas validés par une méthodologie scientifique stricte.

Cette étude corrobore celle du Canada réalisée en 2020 (35) dont l'objectif était le développement et l'évaluation d'un serious game visant à améliorer la sécurité des personnes démentes à domicile. Les résultats de l'étude canadienne ont montré que « 80 % des participants étaient satisfaits des activités offertes par SafeHome » (35). « Tous les participants ($n = 13$) ont formulé des recommandations visant à améliorer la convivialité, la fonctionnalité et l'exhaustivité du contenu éducatif » (35). Cette étude a un niveau de preuve scientifique faible à intermédiaire (étude pilote, validation exploratoire). Pour finir, l'étude française de 2016 (36) sur l'accès et usage des TIC par les seniors montre que seulement « 20% des personnes de plus de 80 ans disposent d'un équipement internet » (36). De plus, des craintes liées à la sécurité, au coût et aux compétences numériques limitent l'usage. Il est nécessaire d'ajouter que cette étude a un niveau de scientificité élevé avec une publication scientifique, des données fiables issues de l'INSEE et une revue de littérature argumentée. Ainsi, ces résultats s'opposent à ceux évoqués précédemment.

Questionnements : Comment l'ergothérapeute peut-il intégrer ces Nouvelles Technologies dans la prise en charge ergothérapique dans les activités de la vie quotidienne des personnes démentes ? Comment l'ergothérapeute peut-il faire adhérer les nouvelles technologies aux personnes démentes ? Quelles stratégies d'accompagnement peut utiliser l'ergothérapeute pour favoriser une adhésion progressive sans brusquer la personne ? Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner la transition entre maintien des méthodes traditionnelles et adoption des nouvelles technologies ? Dans la pratique ergothérapique, les dispositifs doivent-ils être conçus pour s'adapter aux habitudes et aux capacités des utilisateurs âgés, ou l'ergothérapeute doit-il accompagner les usagers dans l'adaptation à l'outil ?

1.9.3 Enjeux éthiques, sociaux et économiques de l'utilisation des nouvelles technologies pour les personnes démentes

Les dimensions éthiques, sociales et économiques présentent un enjeu majeur dans l'utilisation des technologies auprès des personnes atteintes de démence. L'étude française de 2014 (37) avait pour objectif de démontrer la nécessité d'un pilotage international par l'éthique dans le développement de la télémédecine et des gérontechnologies pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'étude met en avant un « immobilisme hyperactif » : beaucoup d'expérimentations technologiques mais peu de dispositifs sont réellement utiles, durables, acceptés et adaptées aux besoins réels des patients. De plus, les auteurs de cette étude insistent sur la nécessité d'un ancrage éthique des expérimentations dans une démarche éthique fondée sur la transparence, le consentement, le respect des personnes, le respect de la vie privée et sur l'équité d'accès. Ainsi, cette étude met en avant l'enjeu éthique que présente l'adoption des nouvelles technologies.

L'étude anglaise de 2015 (38) complète les résultats de l'étude précédente sur le plan économique. En effet, cette étude vise à démontrer que l'investissement dans la technologie constitue une nécessité stratégique. Les résultats de cette étude indiquent que les technologies assistives et de surveillance peuvent retarder l'admission en établissement de quelques mois et pourraient générer des économies, à condition que le coût soit inférieur au gain. Ainsi, l'accès aux nouvelles technologies présente un enjeu économique. De plus, cette étude a identifié de nombreuses barrières quant à l'utilisation des nouvelles technologies notamment en termes de coût, de conception, d'adoption, de compétences, d'acceptabilité et de cadre réglementaire.

Enfin, l'étude française de 2012 (39) oppose ces perspectives positives à une vision plus critique du développement technologique. En effet, selon l'auteure de l'étude, certes, les technologies peuvent favoriser le maintien à domicile, mais risquent aussi d'imposer des normes standardisées. En effet, les dispositifs technologiques peuvent présenter un risque d'instrumentalisation de la personne âgée si la dimension relationnelle et subjective est négligée. De plus, l'auteure insiste sur l'importance de distinguer « individualiser » (adapter aux besoins fonctionnels) et « personnaliser » (respecter la singularité de la personne). Cette approche met donc en opposition l'innovation technologique et la personnalisation du soin. Ainsi, l'utilisation de nouvelles technologies dans la pratique ergothérapique ne doit pas se faire au détriment du lien humain.

L'ensemble des résultats présentent un niveau faible de scientificité puisque ce sont majoritairement des réflexions théoriques, analyses critiques et études qualitatives sans méthodologie rigoureuse. Ceci est à prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

Questionnements : Comment l'ergothérapeute peut-il concilier l'utilisation des nouvelles technologies dans la pratique ergothérapique et le respect des valeurs éthiques fondamentales des personnes atteintes de démence ? De même, quel rôle peut-il avoir pour garantir une utilisation éthique, adaptée et individuelle des nouvelles technologies auprès des personnes atteintes de démence ? Comment peut-il assurer une équité d'accès aux nouvelles technologie pour toutes les personnes atteintes de démence ? De plus, comment peut-il mesurer et évaluer l'efficacité, la satisfaction et l'impact sur le bien-être des personnes démentes quant à l'utilisation des nouvelles technologies ? Enfin, comment peut-il former et accompagner les familles et le personnel soignant pour optimiser l'utilisation des technologies tout en respectant les valeurs éthiques et la singularité de chaque patient atteint de démence ?

1.9.4 Vivacité et utilité socioprofessionnelle

La revue de littérature a permis, également, de renforcer la vivacité et l'utilité sociale et professionnelle de la thématique de mémoire.

Comme vu précédemment, la question de l'intégration des nouvelles technologies dans la pratique ergothérapique est un véritable enjeu actuel et novateur dans un contexte où les maladies neurodégénératives ne cessent d'augmenter chaque année. De plus, le développement de gérontechnologies, de seriousgame, d'exergame et de SafeHome peut ajouter une plus-value à la pratique de l'ergothérapeute. En effet, la revue de littérature a permis de voir que l'utilisation des nouvelles technologies présente des enjeux médicaux avec une amélioration des fonctions cognitives (amélioration de la dépression, des fonctions exécutives, de la motivation et diminution de l'apathie) et fonctionnelles. Ces outils peuvent donc être utiles avec ce type de population. De plus, l'utilisation de ces outils présente un enjeu social avec une réduction de l'isolement, une promotion de la participation sociale et un sentiment de sécurité à domicile.

Il est important de souligner que les avis sont partagés par rapport à l'adoption des nouvelles technologies par les personnes âgées et/ou démentes puisque certaines personnes appréhendent, d'autres refusent et certains acceptent. Ainsi, cela montre qu'il y a un enjeu éthique avec un respect du consentement, de la vie privée et de l'équité d'accès. Il y a également la barrière économique qui peut être un frein dans l'adoption de ces nouvelles technologies par les patients.

Par ailleurs, la revue de littérature présente une utilité sociale élevée car l'utilisation des nouvelles technologies permet d'améliorer la qualité de vie des patients en favorisant le plaisir, la motivation et la stimulation cognitive. De plus, la revue de littérature a permis de montrer qu'il y avait une meilleure acceptabilité sociale des nouvelles technologies en proposant des solutions pour une meilleure

intégration éthique. Enfin, cette revue s'inscrit dans les objectifs de santé publique relatifs à la prévention et le maintien de l'autonomie des personnes démentes

Pour finir, la revue de littérature présente une utilité professionnelle forte. En effet, l'intégration des nouvelles technologies dans la prise en charge des personnes démentes interroge la posture de l'ergothérapeute face à la technologie et le maintien de l'alliance thérapeutique avec les patients. L'ergothérapeute devra être garant d'une utilisation personnalisée, individualisée et signifiante de ces nouvelles technologies pour les patients. Ainsi, l'utilisation de ces outils technologiques permet d'enrichir la pratique de l'ergothérapeute vis-à-vis de cette population.

1.9.5 Synthèse de la problématisation pratique

Nous allons réaliser une synthèse des questionnements effectués précédemment selon l'enquête exploratoire et la revue de littérature.

Concernant les nouvelles technologies, quelles sont les conditions d'utilisation des technologies afin qu'elles deviennent significatives dans la vie quotidienne des personnes démentes, du point de vue de l'ergothérapeute ? Comment l'ergothérapeute peut-il s'assurer que les technologies soient accessibles, adaptées et sécurisées pour cette population ?

Concernant l'adhésion et l'accompagnement des personnes démentes aux nouvelles technologies, comment l'ergothérapeute peut-il savoir si un patient réagit bien à une technologie ? Comment l'ergothérapeute peut-il faire adhérer les nouvelles technologies aux personnes démentes ? De même, quelles stratégies d'accompagnement peut utiliser l'ergothérapeute pour favoriser une adhésion progressive sans brusquer la personne ? Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner la transition entre maintien des méthodes traditionnelles et adoption des nouvelles technologies ?

Concernant les enjeux éthiques, sociaux et économiques, comment l'ergothérapeute peut-il concilier l'utilisation des nouvelles technologies et le respect des valeurs éthiques fondamentales des personnes atteintes de démence ? Quel rôle l'ergothérapeute peut-il avoir pour garantir une utilisation éthique, adaptée et individuelle des nouvelles technologies auprès des personnes atteintes de démence ? Comment l'ergothérapeute peut-il allier nouvelles technologies et respect du rythme du patient ? Enfin, comment l'intégration de nouvelles technologies dans la pratique ergothérapique peut-elle préserver le sens occupationnel des activités significatives pour la personne ?

Toutes ces questions nous amènent à formuler notre question initiale de recherche suivante : Dans une perspective occupationnelle, comment l'accompagnement de la personne vers les nouvelles technologiques s'articulerait-il avec le respect de ses valeurs ?

1.10 Cadre de référence

La question initiale de recherche présente deux concepts qui formeront notre cadre de référence. Les deux concepts sont l'accompagnement et les valeurs. Nous allons développer ces concepts en les appuyant sur des données probantes. Nous mettrons en annexe la matrice conceptuelle de l'accompagnement ([Cf Annexe 8](#)) et des valeurs ([Cf Annexe 9](#)).

1.10.1 Accompagnement

Nous allons commencer par développer le concept d'accompagnement qui figure dans ma question initiale de recherche. Ce concept s'inscrit dans les champs disciplinaires suivants : sciences de l'éducation et sciences sociales.

Les fondement de l'accompagnement : entre mouvement et relation

L'accompagnement est un concept central dans la pratique de soin. Selon Maela Paul, la définition minimale d'accompagner c'est « être avec » et « aller vers » (40). Cette définition résulte de trois principes. Le premier principe est que « de la mise en relation dépend la mise en chemin », le deuxième qu'il « s'agit moins d'atteindre un résultat que de s'orienter « vers » c'est-à-dire de choisir une direction et le troisième que « l'action se règle sur autrui soit aller où « il » va et « en même temps » que lui ce qui suppose de s'accorder à celui que l'on accompagne » (40). Ainsi, l'accompagnement ne peut se réduire à une série d'actes techniques ou à une transmission de savoirs.

De plus, Maela Paul décrit l'accompagnement comme une posture professionnelle spécifique, fondée sur une relation de confiance, de respect et de reconnaissance mutuelle. Cette posture implique une posture « d'écoute », de « non-savoir », « éthique », de « dialogue », et « émancipatrice » (40).

La posture « d'écoute » est décrite comme un processus dynamique qui dépasse la simple attention pour devenir un espace d'interaction, de réponse et de sollicitation. Cette posture vise à « dynamiser un questionnement permettant aux personnes de « se » questionner dans le rapport à la réalité dans laquelle elles sont » (40). L'écoute est à la fois posture et technique puisqu'elle mobilise des outils spécifiques comme la reformulation ou l'interpellation pour soutenir la « démarche et le cheminement » de la personne (40).

La posture de « non-savoir » consiste pour le professionnel à s'affranchir de toute position de toute-puissance en suspendant ses propres certitudes et théories préétablies (40). Loin d'être une ignorance passive, cette posture consiste à « s'ouvrir aux savoirs et vérités construits par les échanges et les dialogues, en situation » (40). Le professionnel reste ouvert à l'inattendue et permet une « recherche mutuelle du sens » (40).

Ensuite, la posture « éthique » est une posture « réflexive et critique » qui vise un rapport non-violent à autrui. Elle repose sur le principe de non-substitution (« ne pas se substituer à autrui ») : refuser de penser ou d'agir à la place de l'autre pour ne pas le réduire à un « objet de soin » (40). Dans cette posture, le professionnel privilégie le « faire ensemble » (40).

Puis, la posture de « dialogue » constitue la modalité de parole privilégiée pour instaurer une relation de sujet à sujet dépassant les rôles prescrits de « professionnel » et de « patient ». « La relation de dialogue pose, à côté d'une dimension « instituée » qui définit les rôles, un espace « instituant » qui met en scène deux personnes s'entretenant à propos d'une situations pour laquelle leur double compétence est requise » (40).

Enfin, la posture « émancipatrice » vise à créer un environnement relationnel permettant à chacun de « grandir en humanité » en se libérant des rapports d'aliénation (40). Cette posture peut-être caractérisée comme une « posture labile, fluide, en constante redéfinition et ajustement » (40).

De ce fait, l'accompagnement devient un processus relationnel et existentiel visant à soutenir la personne dans son propre cheminement et à lui permettre de redevenir acteur de sa propre trajectoire. Ainsi, nous pouvons souligner que la notion d'empowerment est également présente. En effet, Maila Paul nous décrit que l'accompagnement a pour objectif de permettre à la personne en situation « d'être acteur, c'est-à-dire de dire et de faire » pour activer son pouvoir d'agir (40).

La dynamique des places : l'équilibre entre écoute et parole

Dans « Penser la relation d'accompagnement » (41), Maela Paul précise le verbe « accompagner » comme « se joindre à quelqu'un » (dimension relationnelle), « pour aller où il va » (dimension temporelle incluant un déplacement), « en même temps que lui (à minima à son rythme). La relation est donc primordiale dans l'accompagnement. Comme le dit Maela Paul, la construction d'une relation de confiance permet de travailler ensemble. Le fait de travailler ensemble permet de renforcer la confiance dans la relation (41). Elle rajoute qu'il est primordial de définir la place de chacun dans la discussion : celui qui parle et celui qui écoute. Maela Paul évoque que si la personne occupe la place de « celui qui parle au sens de faire circuler dans la parole des savoirs, des informations », l'accompagné ne peut être à la place de « celui qui a quelque chose à dire sur la situation qui est en cause » (41). Ainsi, pour que l'accompagné soit à la place de celui qui parle, il faut soutenir « la place de celui qui écoute ». Dans ce cas-là, il faut lui « donner à entendre ce qu'il dit en reformulant ou en questionnant » (41). De ce fait, selon Maela Paul, « le professionnel accompagnant est écoutant et interpellant ». Dans son ouvrage, elle invite à recentrer l'accompagnement sur la relation et le sens.

La rencontre de l'autre : un processus de co-construction ouvert sur l'incertain

Selon Michel Vial, « accompagner c'est « aller avec », avec cette idée de mouvement d'une chose (de sentiments) qui commence(nt) et dont on ne sait pas si cela aboutira » (42). Dans ce sens, accompagner signifie être aux côtés de la personne dans un processus ouvert et incertain. L'accompagnement participe « pleinement à la construction d'une relation ». De plus, selon lui, en découle un second sens du mot « accompagner » comme « mettre avec ; ajouter, s'ajouter » (42). Ainsi, accompagner ne se limite pas à suivre la personne mais plutôt d'apporter quelque chose de supplémentaire. Michel Vial insiste sur le fait que « l'accompagnement est de l'ordre d'une rencontre d'un autre » (42). En effet, l'accompagnement est une posture centrée sur la rencontre et l'altérité (42). Il consiste à « être avec » la personne. Ainsi, l'accompagnement valorise l'autonomie et la capacité d'action de la personne. Enfin, Michel Vial précise que « si l'accompagnateur pose les conditions pour que l'accompagné construise son propre chemin, ce faisant, il construit lui aussi un chemin » (42). Ainsi, l'accompagnement devient un processus co-construit dans lequel le professionnel et la personne accompagnée évoluent ensemble. En revanche, le chemin n'est pas exactement le même car « ils ne visent pas la même chose » (42). « L'accompagnateur vise le cheminement de l'accompagné, tandis que l'accompagné vise son propre devenir » (42). Pour finir, nous pouvons dire que l'accompagnateur est une « figure de l'éducateur » (42).

De l'étayage à l'émancipation : refuser le guidage pour libérer l'imaginaire

Dans « Accompagner, une pratique qui s'apprend » (43), François Fourcade et Marlis Krichewsky définit l'accompagnement comme « un processus dont le but est choisi au début et chemin faisant par l'accompagné et non pas par l'accompagnateur » (43). L'accompagnement se distingue du guidage et du contrôle. Les dérives du guidage sont décrites par des termes comme « la suture avec l'autre », la « fascination », la « sidération », la « séduction » et la « place assignée » (43). De ce fait, il s'agit ici de dominer l'autre de manière consciente ou inconsciente et de le priver de sa liberté (43). Les auteurs, en rangeant l'accompagnement sous le terme « d'étayage », permettent de définir l'accompagnement comme « une posture caractérisée par la retenue et le respect de la volonté de l'accompagné » (43). Ainsi, l'accompagnateur émet des questionnement à la suite d'une problématique de l'accompagné et cherche à émanciper l'autre. Enfin, dans cet ouvrage, les aspects relationnels sont mis en avant avec différents moyens d'accueillir le vécu de l'accompagné. Par exemple, cela est possible grâce à des encouragements, de la mise en confiance, de la bienveillance et du plaisir (43). Cela permet d'ouvrir un « espace » où le « travail de l'imaginaire » peut se faire et

aboutir à la construction de soi (43). Pour finir, le choix des postures de l'accompagnateur dépend des « registres de pensée dans lequel il se sent à l'aise » et « de ses valeurs et de l'éthique » (43).

Synthèse du concept « d'accompagnement »

Ainsi, l'accompagnement se caractérise par une posture d'altérité avec un accompagnement fondé sur l'écoute, le respect et la reconnaissance mutuelle excluant tout domination. L'accompagnement est défini par cinq types de postures : « d'écoute », de « non-savoir », « éthique », de « dialogue », et « émancipatrice ». Elle se caractérise par un mouvement partagé avec un cheminement temporel et spatial où l'accompagnant s'ajuste au rythme de l'accompagné. Elle se définit également par l'étayage et la retenue avec une intervention qui soutient sans diriger, laissant à l'autre la place de « celui qui parle » et qui sait. L'accompagnement a une visée émancipatrice par l'activation du pouvoir d'agir pour que la personne devienne actrice de son propre changement. Enfin, l'accompagnement se base sur l'incertitude constructive avec un processus ouvert dont l'issue n'est pas connue d'avance centrée sur le sens et la rencontre.

1.10.2 Valeurs

Nous allons développer le concept de valeur qui est présent dans la question initiale de recherche. Ce concept s'inscrit dans le champ disciplinaire des sciences éthiques et philosophiques, humaines et sociales, et économiques.

Les trois dimensions de l'éthique : pôle de soi, de l'autre et de l'institution

Selon Philippe Svandra en citant Paul Ricoeur, le concept de valeur est fondé sur une éthique relationnelle et réflexive. Les valeurs sont liées à la visée éthique « d'une vie bonne, » avec et pour autrui, dans des institutions (44). En effet, Philippe Svandra en citant Ricoeur dans « Soi-même comme un autre » (44) nous propose bien une éthique pratique (sa « petite éthique ») constituée par trois moments à la fois différents et liés ensemble : « visée de la vie bonne (pôle « je »), avec et pour les autres (pôle « tu »), dans des institutions justes (pôle « il ») » (44). Ainsi, cette visée éthique repose sur trois pôles : le souci de soi (estime de soi), le souci de l'autre (sollicitude) et le souci de l'institution (justice). La valeur naît de la tension entre ces pôles dans une dialectique entre le particulier et l'universel et entre la proximité et la médiation. La sollicitude occupe une place importante dans cette éthique. Elle correspond à une « spontanéité bienveillante », intimement liée à l'estime de soi au sein de la visée de « la vie bonne » (44). De plus, Svandra en reprenant Ricoeur précise qu'« au plan éthique, la sollicitude, comme forme particulière de souci, est le rapport originaire de soi à l'autre que soi » (44). Ainsi, elle relie le souci de soi au souci de l'autre. La valeur

n'est pas seulement un principe mais une pratique incarnée dans la bienveillance et la reconnaissance mutuelle. Mais cette éthique de la proximité ne suffit pas à penser les enjeux collectifs. Svandra en citant Ricoeur introduit la justice comme troisième dimension nécessaire pour dépasser la sphère interpersonnelle et intégrer les médiations sociales. En effet, Svandra cite Ricoeur en disant « toutes les structures du vivre-ensemble d'une communauté historique, irréductibles aux relations interpersonnelles et pourtant reliées à elles » (44). La valeur prend alors la forme d'une médiation entre la sollicitude interpersonnelle et la justice institutionnelle. Elle implique des structures capables de garantir l'équité, la reconnaissance et la protection des droits. Ainsi, selon Svandra, Ricoeur propose une éthique où les valeurs sont mises à l'épreuve dans l'action.

La valeur comme responsabilité infinie

Francis Careau dans « La question des valeurs dans Totalité et infini de Lévinas » (45) radicalise la question de la valeur en la fondant sur la responsabilité infinie de l'agent d'autrui (45). Dans « Totalité et Infinité », Francis Careau en citant Lévinas affirme que « cette responsabilité agit comme une rupture par rapport à la totalité en dirigeant son regard vers l'infini » (45). De ce fait, Careau montre que Lévinas ne conçoit pas la valeur comme un principe abstrait mais plutôt comme une réalité éthique qui surgit dans la rencontre avec autrui. Elle se révèle dans l'expérience du visage de l'autre. De plus, il rajoute que la responsabilité infinie se manifeste dans le jugement, non comme une fin d'histoire, mais à travers l'engagement individuel et la parole (45). De ce fait, les responsabilités se révèlent également dans l'acte de dire. Ainsi, la valeur naît de l'altérité irréductible. Careau souligne que, pour Lévinas, la valeur est avant tout une responsabilité : elle précède la liberté individuelle et s'impose comme une obligation infinie.

La valeur d'usage et d'échange

Dans « La « valeur nouvellement créée » de Marx et la valeur ajoutée de la comptabilité nationale », Pierre Le Masne (46) en citant Karl Marx aborde le concept de valeur dans une perspective économique et critique. Selon Pierre Le Masne, Karl Marx part de la définition de la valeur de Le Trosne en disant que « la valeur consiste dans le rapport d'échange qui se trouve entre telle chose et telle autre, entre telle mesure d'une production et telle mesure des autres » (46). Ainsi, la valeur est un « rapport d'échange entre deux produits » (46). Selon Pierre Le Masne, Marx distingue la valeur d'usage et la valeur d'échange (46). Il écrit que la valeur d'échange est le « mode d'expression » ou la forme phénoménale » de la valeur (46). De plus, la valeur d'échange est la capacité à être échangé sur le marché tandis que la valeur d'usage est l'utilité d'un bien (46). Ainsi, selon Karl Marx (cité par Pierre Le Masne), la définition de valeurs a une double connotation mêlant utilité et échange.

Les valeurs privées et publiques

Nathalie Heinich définit les valeurs privées et les valeurs publiques (47). Dans son ouvrage, elle évoque que la hiérarchie des valeurs dépend de leur degré de « publicisation ». En effet, certaines sont des valeurs publiques dans le sens où elles peuvent être déclarées publiquement comme des valeurs de référence (47). Les valeurs publiques permettent de se conformer à un idéal collectif. En revanche, d'autres valeurs sont dites « privées » dans le sens où elles guident réellement l'action d'une manière qui est « difficilement revendicable » parce qu'elle n'est pas suffisamment alignée aux valeurs publiques. Nathalie Heinich parle de « valeurs invoquées » et de « valeurs convoquées » (47). La définition d'une valeur privée ou publique dépend du contexte et du domaine d'activité. Les valeurs privées orientent réellement l'action et l'attachement affectif (47). Or, les valeurs privées sont difficilement assumées publiquement car elles sont jugées superficielles ou inégalitaires.

Synthèse du concept de « valeurs »

Ainsi, la valeur est un concept multidimensionnel qui se définit à travers des enjeux éthiques, sociaux et économiques. Sur le plan éthique et relationnel, la valeur est une articulation entre l'estime de soi, la sollicitude envers l'autre et la justice institutionnelle. Puis, la valeur est une responsabilité qui s'impose face à l'autre et précède la liberté de choix. La valeur peut-être définie comme matérielle avec une dualité entre l'utilité d'usage (besoin) et la capacité d'échange (marché). La valeur est pragmatique puisqu'elle présente une distinction entre les valeurs publiques et les valeurs privées. Enfin, la valeur présente une capacité à adapter l'énonciation des valeurs selon l'auditoire et le domaine d'activité.

1.11 Problématisation théorique

Par rapport à l'ensemble du cadre de référence, nous pouvons mettre en tension les deux concepts entre eux avec des questionnements.

En effet, sur le plan éthique, comment l'accompagnement, en tant que posture relationnelle, peut-il être porteur de valeurs universelles ? De plus, la sollicitude et la responsabilité infinie peuvent-elles être considérées comme des fondements implicites de l'accompagnement ? Comment respecter la liberté de l'autre tout en restant responsable de lui ?

Ensuite, sur le plan humain et social, comment articuler l'éthique de proximité (relation interpersonnelle dans l'accompagnement) avec les médiations institutionnelles (justice, équité) ? De plus, l'accompagnement peut-il être pensé comme une valeur sociale en soi au même titre que la solidarité ou la dignité ? Quelles tensions apparaissent entre l'autonomie recherchée dans

l'accompagnement et les normes collectives portées par les institutions ? Que faire quand les valeurs privées de l'accompagné entrent en conflit avec les valeurs publiques ?

1.12 Recontextualisation

Dans la pratique ergothérapique, l'accompagnement des personnes démentes avec les nouvelles technologies peut bousculer les valeurs des personnes démentes et leur vécu au sein des SMR.

L'ergothérapeute doit « être avec » les personnes démentes dans l'appropriation de ces nouvelles technologies. Cependant, l'utilisation de ces dernières nécessite un certain temps d'adaptation. Ainsi, comment l'ergothérapeute peut-il maintenir une posture d'accompagnement lorsqu'il doit transmettre une expertise complexe avec l'utilisation des nouvelles technologies en SMR ? Les nouvelles technologies favorisent-elles réellement le cheminement des personnes démentes ou risquent-elles de devenir un mode de « guidage » qui dicte aux personnes comment agir ?

L'utilisation des nouvelles technologies peut toucher à l'intimité et aux valeurs privées des personnes démentes. Les valeurs ne sont pas toujours expliquées par la personne elle-même.

De ce fait, comment l'ergothérapeute peut-il identifier les attachements réels des personnes démentes envers les nouvelles technologies au-delà d'un discours sur l'utilité de ces dernières ?

Une étude sur le terrain pourrait nous permettre de récolter des éléments de réponse en raison de l'absence de réponse évidente.

1.13 Question et objet de recherche

Tous ces questionnements nous mènent à notre question de recherche : « Dans le cadre de l'intégration des nouvelles technologies auprès d'un public gériatrique, comment l'ergothérapeute perçoit-il son accompagnement des personnes démentes face à leurs valeurs implicites ? »

L'objet de recherche associé à notre question de recherche est le suivant : « La perception de l'ergothérapeute concernant son accompagnement des personnes démentes face à leurs valeurs implicites dans le cadre de l'intégration des nouvelles technologies auprès d'un public gériatrique. »

2. Matériel et Méthodes

À la suite de la question de recherche, nous allons poursuivre notre travail de recherche. L'objectif de cette partie va être de décrire les étapes qui nous ont menés à la construction du dispositif de recherche, à partir de la matrice conceptuelle et de disposer des éléments nécessaires pour pouvoir reprendre l'étude et en discuter les résultats.

2.1 Objectifs de la recherche

L'objectif principal de ce travail de recherche va être d'identifier la perception de l'ergothérapeute concernant son accompagnement des personnes atteintes de troubles démentiels, dans le cadre de l'intégration des nouvelles technologies auprès d'un public gériatrique, notamment au regard des valeurs implicites des personnes démentes en jeu.

2.2 Choix de la méthode de recherche

En lien avec notre question de recherche, il nous paraît adéquat de partir sur une recherche qualitative. En effet, la question de recherche interroge la perception de l'ergothérapeute quant à son accompagnement des personnes démentes face à leurs valeurs implicites dans le cadre de l'intégration des nouvelles technologies auprès d'un public gériatrique. De plus, ce que nous voulons chercher, ce sont les expériences, vécues et perceptions des ergothérapeutes de leurs expériences sur le terrain. Nous voulons prendre en compte la subjectivité de l'ergothérapeute.

De ce fait, l'utilisation de la méthode clinique casuistique nous paraît la plus pertinente au regard de notre question de recherche. Nous avons fait le choix d'écarter la méthode clinique de situation car il s'agit d'une observation de l'activité des ergothérapeutes. Or, notre recherche ne cherche pas à analyser les pratiques des ergothérapeutes mais à comprendre le sens que les professionnels attribuent à leur accompagnement et aux enjeux éthique liés à l'intégration des nouvelles technologies.

2.3 Population cible et sites d'exploration

Nous allons, maintenant, définir les critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible et des sites d'exploration.

Concernant les critères d'inclusion de la population cible, les personnes devront être des ergothérapeutes francophones (France, Suisse, Belgique, Canada) afin d'explorer l'intégration des nouvelles technologies dans différents contextes de pratique. Sont inclus également les ergothérapeutes en activité avec un minimum d'un an de pratique auprès de personnes présentant des troubles démentiels ayant déjà intégré des nouvelles technologies (exemples : table tactile, VR, serious games) dans l'accompagnement de ce public.

Les critères d'exclusion sont des ergothérapeutes retraités car leurs pratiques professionnelles ne sont plus en adéquation avec les recommandations actuelles et les réalités du terrain. Sont exclus aussi des ergothérapeutes n'ayant aucune expérience pratique des outils technologiques avec des patients déments.

Concernant les sites d'exploration, les critères d'inclusion les SMR, voire SMR gériatriques et EHPAD. Les critères d'exclusions seront des structures psychiatriques ou médico-sociaux (hors EHPAD).

2.4 Choix de l'outil théorisé de recueil des données (OTRD)

L'outil théorisé de recueil des données est l'entretien au regard des verbes de nos objectifs spécifiques. De plus, le choix de l'entretien nous paraît pertinent car nous souhaitons recueillir le point de vue subjectif des personnes interrogées.

De ce fait, au regard de notre question de recherche, nous avons pu élaborer trois thèmes : « accompagnement ergothérapique et nouvelles technologies », « valeurs implicites des personnes démentes et accompagnement ergothérapique » et « articulation technologies-valeurs-ergothérapeute ».

Le premier thème « accompagnement ergothérapique et nouvelles technologies » vise à comprendre la posture et le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes démentes avec l'intégration des nouvelles technologies. Ce thème est lié à notre question de recherche puisqu'il permet d'explorer les modalités concrètes d'utilisation des technologies, leurs objectifs, les bénéfices et les limites perçus par les professionnels. Il est pertinent car il permet de poser le cadre descriptif et de recueillir des éléments factuels.

Le deuxième thème « valeurs implicites des personnes démentes et accompagnement ergothérapique » cherche à explorer la perception et l'identification des valeurs implicites des personnes démentes par l'ergothérapeute. En effet, les valeurs ressenties par les personnes démentes ne sont pas toujours explicitement formulées. De ce fait, cela interroge la manière dont l'ergothérapeute les identifie et les intègre dans son accompagnement. Ce thème est pertinent car il permet d'aborder la dimension éthique et relationnelle de la pratique ergothérapique.

Le troisième thème « articulation technologies-valeurs- ergothérapeute » permet d'analyser la mise en tension et l'intégration des deux thèmes précédents. En effet, ce thème permet de comprendre comment l'ergothérapeute met en lien les nouvelles technologies et les valeurs de la personne démente dans sa démarche clinique. Il s'agit d'analyser les ajustements et les réflexions éthiques mobilisées par l'ergothérapeute. Il est pertinent car il permet d'articuler les deux dimensions précédentes.

Ces thèmes nous seront utiles dans la construction de la grille d'entretien afin d'élaborer des objectifs et des questions thématiques.

L'entretien choisi sera donc un entretien « semi-directif ». Cet entretien semi-directif nous permettra « d'aborder ou d'approfondir un ou plusieurs thèmes spécifiques » (22). Ce type d'entretien favorise l'exploration de la pensée dans un climat de confiance (22).

L'entretien semi-directif présente des avantages. En effet, ce dernier est plus « souple » qu'un entretien directif puisque nous disposerons d'une grille d'entretien structurée (22) avec des thèmes que nous souhaitons aborder. De plus, nous pourrions poser les questions dans l'ordre le plus adapté au discours de l'interviewé (22). Ensuite, l'avantage de ce type d'entretien c'est que « la part de directivité de l'enquêteur est moins forte que dans l'entretien directif, mais elle est plus présente que dans l'entretien libre (non-directif) » (22). Les autres types d'entretien comme l'entretien libre et l'entretien directif ne seront pas choisis ([Cf 1.4.5](#)). Ainsi, ce type d'entretien est le plus pertinent au regard de notre question de recherche.

Cependant, l'entretien semi-directif présente des limites. En effet, il faut du temps (22) afin de réaliser les entretiens et d'analyser les discours des ergothérapeutes. De ce fait, cela limite le nombre de participants et affecte la représentation des résultats. De plus, l'entretien semi-directif « est une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes » (22). Ainsi, si la relation de confiance n'est pas établie, cela peut avoir un impact dans le recueil du récit du participant.

2.5 Cadre réglementaire et éthique

Dans le cadre éthique de notre recherche, la loi Jardé (24) sera respectée car nous n'interrogeons pas les personnes démentes mais les ergothérapeutes qui accompagnent ces personnes. La loi Jardé concerne principalement les recherches cliniques qui ont pour but de « développer des connaissances biologiques ou médicales » (24). Ces recherches sont pratiquées sur des patients volontaires, saines ou malades, visant à tester l'efficacité ou la sécurité de nouvelles pratiques ou médicaments (24). Ainsi, cela ne relève pas du cadre de notre mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie puisque nous ne réalisons pas de tests directement auprès des personnes. Mais, le recueil de la non-opposition des participants et l'accord écrit des responsables de la structure encadrante sont nécessaires (24).

De plus, la loi de RGPD (25) sera respectée en garantissant la confidentialité des données recueillies des ergothérapeutes, l'anonymat des ergothérapeutes et la suppression des données récoltées une fois la recherche terminée. Cela se manifestera par un formulaire de consentement et d'information des droits qui sera envoyé en amont aux ergothérapeutes par mail. L'anonymat sera garanti par le chiffrement des données (antivirus sur le dossier) ou par un mot de passe d'authentification forte. Cela permettra d'éviter tout risque de divulgation non autorisée. Les données seront supprimées à l'issue de la recherche. Cette information sera communiquée aux ergothérapeutes participants par mail.

2.6 Biais

Les principaux biais du CEDIP (48) à anticiper lors de l'entretien sont le biais méthodologique. Selon le CEDIP, cela se manifeste par un recueil d'informations insuffisant, incomplet ou difficile, une mauvaise formulation des questions et un excès de questions ouvertes. Pour atténuer les effets de ce biais, nous pouvons formuler des questions ouvertes, neutres et non-suggestives, sécuriser le recueil des données (prendre des notes et distinguer les différents phénomènes qui ont lieu), adopter une posture d'écoute active neutre et reformuler pour vérifier la compréhension.

Ensuite, le biais de confirmation d'hypothèses peut apparaître. Selon le CEDIP, cela se traduit par une « tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues, leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de leurs conceptions » (48). Pour limiter les effets de ce biais, nous devons être capables de rechercher des éléments contraires à nos hypothèses initiales, de se remettre en question, de poser des questions ouvertes et non-suggestives.

Puis, l'effet de halo peut émerger au cours d'un entretien semi-directif. Selon le CEDIP, l'effet de halo désigne le phénomène par lequel une « caractéristique particulière de la personne qui détient l'information influe favorablement ou défavorablement la perception totale et globale de celui qui recueille l'information » (48). Pour atténuer cet effet, nous pouvons avoir des appréciations plus nuancées des différentes facettes de la personne, prendre des notes tout au long de l'entretien, poser des questions sur les points moins développés, demander des exemples précis et factuels, se concentrer uniquement sur les éléments liés à nos thématiques et noter des faits observables plutôt que des impressions.

De surcroît, le biais de désirabilité sociale peut se manifester. Selon le CEDIP, cela se décrit par « un comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé, observé » (48). Pour contrôler ce biais, nous pouvons instaurer un climat de confiance, garantir la confidentialité des données et l'anonymat, poser des questions sur des situations concrètes vécues, reformuler sans jugement et « multiplier les entretiens avec des personnes différentes pour avoir des points de vue variés » (48).

L'effet de primauté et de récence, c'est-à-dire « donner de l'importance exagérée à ce qui se passe entre le début et la fin du recueil d'informations » (48), peut arriver. Pour contrôler ce biais, il est important de prendre des notes structurées tout au long de l'entretien, revenir sur chaque thème avant la fin de l'entretien et surtout « ne pas sous-estimer ce qui se passe entre le début et la fin du recueil d'informations » (48).

Ces biais engendrent des effets autant pour les participants que par l'intervieweur lors d'un entretien. Vous trouverez en annexe un tableau des principaux biais, leurs effets et les moyens pour les atténuer faite par le CEDIP (48) ([Cf Annexe 10](#)).

2.7 Construction de l'OTRD

Après avoir expliqué le choix de l'OTRD et ses biais, nous pouvons passer à la réalisation du grille d'entretien semi-directif de l'étude ([Cf Annexe 11](#)). Le guide d'entretien comporte trois questions portant sur trois thématiques : « l'accompagnement ergothérapique et nouvelles technologies », « valeurs implicites des personnes démentes et accompagnement ergothérapique » et « articulation technologies-valeurs- ergothérapeute ». À chaque thématique est attribuée une question de relance thématique.

2.8 Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Pour le traitement des données, nous allons utiliser un logiciel de traitement de texte comme Word® afin de retranscrire les lignes du texte brut. Puis, nous allons réaliser un tableau intermédiaire d'analyse afin de catégoriser les idées principales issues du discours des ergothérapeutes. Ensuite, nous ferons une grille d'analyse d'entretien afin de comparer les discours des ergothérapeutes (analyse verticale) et de s'intéresser au discours de chaque ergothérapeute (analyse horizontale). De ce fait, l'analyse verticale consiste à identifier les points communs, différences et les tendances générales en comparant le discours des ergothérapeutes thème par thème mais aussi les attitudes, les contextes de communication, les postures et les caractéristiques socio-démographiques. L'analyse horizontale s'intéresse à ce qui est dit par l'ergothérapeute dans sa globalité (réurrences, omissions, incohérences) en analysant la cohérence interne et la singularité de son discours.

2.9 Phase de test

Une phase de test aura lieu avant de débiter la recherche. Cette phase de test va se manifester à travers un entretien semi-directif avec un/une ergothérapeute respectant les critères d'inclusion. Cet entretien va nous permettre de voir si nos questions sont pertinentes au regard de notre recherche. De plus, cela permettra de voir si les modalités méthodologiques sont efficaces.

Le test a été réalisé auprès d'une ergothérapeute française, âgée de 30 ans, travaillant en SMR, ayant 3 ans d'expérience avec les personnes démentes et a déjà utilisé les nouvelles technologies dans le cadre de sa prise en charge. L'entretien s'est déroulé en face-à-face durant 40 minutes. Nous avons pu vérifier que le dictaphone fonctionnait correctement. La prise de note a servi à écrire les

informations les plus importantes et a noté le comportement et le langage non-verbal de l'ergothérapeute.

À la suite du test, nous nous sommes rendu compte que la deuxième thématique n'a pas été totalement compris par l'ergothérapeute. Cela a légèrement perturbé l'entretien car il manquait la définition du terme « valeurs implicites » pour être plus explicite et comprise auprès de l'ergothérapeute. Pour la suite, une définition de ce terme aura lieu juste après avoir posé la deuxième question thématique. Cette phase de test a été utile afin d'être claire sur les questions thématiques posées.

2.10 Déroulement de la recherche

La recherche s'est déroulée par la recherche d'ergothérapeutes respectant les critères d'inclusion via un message sur les réseaux sociaux, le bouche-à-oreille, mes tuteurs de stage et mon référent professionnel. Une fois les contacts pris, nous avons envoyé un mail à ces ergothérapeutes avec un formulaire de consentement dans le cadre du respect de la loi Jardé et du RGPD ([Cf Annexe 12](#)). Le premier entretien réalisé était un entretien test afin de faire les modifications de la grille d'entretien ou des modalités organisationnelles. À la suite de cet entretien test, nous avons pu réaliser trois autres entretiens puis analyser les données issues de ces entretiens.

3. Résultats

Dans cette partie, nous ferons l'analyse des résultats en commençant par une analyse descriptive des participants, puis une analyse verticale et une analyse horizontale des entretiens semi-directifs, étapes issues de l'analyse qualitative.

3.1 Analyse descriptive des participants

Les ergothérapeutes ayant participé aux entretiens seront nommés « E n° ». L'ordre des numéros correspond à l'ordre chronologique dont ce sont déroulés les entretiens.

E1 est une femme âgée de 23 ans, diplômée d'état en ergothérapie depuis 2024. Cela fait un an et demi qu'elle travaille en EHPAD à 50% et à 50% en libéral en Haute Savoie. Elle utilise les nouvelles technologies (Tovertafel, activtab, casque virtuel) avec les personnes démentes dans le cadre de sa prise en charge ergothérapique. L'entretien s'est déroulé en visioconférence par Teams® et a duré 46 minutes.

E2 est une femme âgée de 28 ans, diplômée d'état en ergothérapie depuis juillet 2020. Elle a commencé par travailler en hôpital gériatrique, donc USLD et SSR, médecine, EHPAD et unité de vie protégée en Centre-Val de Loire. Cela fait trois ans qu'elle travaille avec les personnes démentes

en utilisant les nouvelles technologies dans sa pratique ergothérapique (activtab, tapis de marche avec écran, Blazepod). L'entretien s'est déroulé en visioconférence par Teams® et a duré 58 minutes.

E3 est une femme âgée de 55 ans, diplômée d'état en ergothérapie depuis 1993. Elle a toujours travaillé en maison de repos en Belgique. Elle est référente pour la démence depuis 2011. Elle utilise des nouvelles technologies dans sa pratique ergothérapique avec des personnes atteintes de démences comme ordimemo et la Wii. L'entretien s'est déroulé en visioconférence par Teams® et a duré 39 minutes.

3.2 Analyse verticale

L'analyse verticale consiste à comparer le discours des ergothérapeutes interrogés, thème par thème, afin de trouver des similitudes, des différences ou des tendances générales. Grâce à la réalisation de la grille d'analyse des entretiens ([Cf Annexe 13](#)), nous allons pouvoir analyser les données récoltées thème par thème. Les thèmes ciblés par mon entretien sont les suivants :

- Rôle et place de l'ergothérapeute dans l'utilisation des technologies
- Valeurs implicites et accompagnement ergothérapique
- Articulation technologies-valeurs-ergothérapeute

Un thème émergent a pu apparaître au cours de ma recherche : Enjeux, limites, valeurs et cadre éthique de l'utilisation des technologies.

Rôle et place de l'ergothérapeute dans l'utilisation des technologies

Tout d'abord, le rôle de l'ergothérapeute occupe une place et une posture centrale dans l'utilisation des technologies dans la prise en charge ergothérapique avec les personnes démentes (E1 L14-19 ; E2 L114-117). En effet, l'ergothérapeute va adapter la technologie au profil, au niveau cognitif et au vécu de la personne (E1 L14-19 ; E2 L366-373). Ces nouvelles technologies sont utilisées comme support thérapeutique et médiateur social (E2 L22-35 ; E2 L463-476). Afin d'évaluer si une technologie est adaptée, il est nécessaire de faire une évaluation des capacités, de l'appétence pour l'outil mais également de réaliser une évaluation informelle basée sur l'observation (E1 L27-30 ; E3 L68-71).

Les objectifs travaillés en ergothérapie avec les nouvelles technologies permettent de rééduquer, d'apaiser, de stimuler les fonctions cognitives, l'activité, la motivation, la motricité, le bien-être émotionnel et le lien social (E1 L44-51 ; E2 L55-61 ; E2 L366-373 ; E3 L111-123). De plus, les effets observés montrent une amélioration de l'éveil, de l'humeur, de l'engagement, l'autonomie

numérique, une meilleure communication avec l'entourage et une diminution des troubles du comportement (E1 L97-111 ; E1 L125-138 ; E1 L143-1550 ; E2 L49-40/L53-54 ; E2 L143-144).

Par ailleurs, les technologies favorisent le lien social et l'ouverture vers l'extérieur en facilitant les interactions entre les résidents et leur environnement (E3 L49-54 ; E3 L111-123 ; E2 L463-476). Cette ouverture sociale est d'autant plus marquée lorsqu'elles sont utilisées dans une prise en charge groupale permettant des échanges (E2 L132-143 ; L110-111). Toutefois, l'efficacité des nouvelles technologies en ergothérapie repose sur un accompagnement humain constant en adoptant une posture encourageante et valorisante (E2 L110-111 ; E3 L57-65).

Enfin, l'utilisation des technologies s'inscrit dans une logique de diversification. Cela permet aux ergothérapeutes de renouveler les activités proposées et d'éviter la routine institutionnelle (E2 L389-398 ; E3 L49-54). Le rôle de l'ergothérapeute est également de mettre en place des stratégies afin de favoriser l'adhésion des personnes à ces technologies (E2 L426-433). Ces technologies sont envisagées comme des outils complémentaires qui nécessitent des compétences spécifiques et une formation adaptée pour optimiser l'usage (E2 L212-213). Une distinction claire est parfois nécessaire pour ne pas confondre le rôle de l'ergothérapeute à celui des éducateurs en insistant sur la dimension fonctionnelle (E3 L41-49).

Valeurs implicites et accompagnement ergothérapique

L'accompagnement ergothérapique repose sur une individualisation prenant en compte les capacités cognitives, les intérêts et l'histoire de vie de la personne (E1 L54-63/L77-81 ; E1 L396-401 ; E2 L64-69 ; E3 L73-81 ; E3 L101-108). Cette individualisation s'appuie sur une évaluation continue et une observation des interactions. Cela permet d'ajuster les outils en fonction de l'engagement, de la compréhension de la consigne ou du refus (E2 L273-279 ; E2 L297-311 ; E3 L326-330). L'approche par essai-erreur est donc centrale pour éviter les situations d'échec et de maintenir une activité signifiante (E2 L92-97 ; E2 L120-130 ; E2 L229-231 ; E2 L243-250).

Les valeurs et préférences de la personne occupent une place essentielle dans cet accompagnement ergothérapique. Les différentes valeurs retrouvées chez les personnes démentes lors de l'utilisation des technologies sont la joie, la curiosité, la famille, le sentiment de liberté (E1 L176-184 ; E1 ; L311-318 ; E3 L131-134). L'identification de ces valeurs se fait par observation des comportements, par des feedbacks positifs, par le recueil des données, par l'importance du groupe (E1 L187-190 ; E1 L233-238 ; E1 L348-349 ; E2 L326-330 ; E3 L149-170).

Les technologies peuvent révéler des intérêts parfois inexprimés, favoriser l'expression émotionnelle et mettre en évidence une continuité de l'identité malgré l'évolution de la pathologie (E1 L244-258 ; E1 L213-218 ; E2 L281-286). Cette compréhension des valeurs est enrichie par la collaboration avec l'entourage, l'histoire de vie et une connaissance préalable du patient. Cela permet d'ajuster les interventions pour être au plus près des attentes, goûts, valeurs et habitudes de la personne (E1 L193-196 ; E1 L201-207 ; E2 L334-341 ; E2 L404-410 ; E2 L411-415 ; E3 L206-216).

La prise en compte du refus de la personne à l'utilisation d'une technologie est essentielle. Ce refus s'identifie par le non-verbal et par une compréhension du comportement (E2 L273-279 ; E3 L141-145). La répétition du refus est prise en compte par l'ergothérapeute (E2 L322-324). Ce refus est exploré par des stratégies de détournement s'il est sans danger (E2 L297-311). Les refus ou difficultés des résidents peuvent avoir des causes physiques ou contextuelles. Il est donc crucial de les observer, d'analyser leur état, de faire une évaluation continue, d'avoir des retours des patients avant d'adapter les activités (E1 L375-381 ; E2 L343-353).

Dans cette logique, l'ajustement peut aller jusqu'à l'abandon de la technologies si celle-ci ne correspond pas aux besoins ou aux valeurs du résident. De ce fait, la mise en place d'activités plus adaptées, technologies ou non, est envisagée (E1 L331-345 ; E1 L327-328 ; E3 L190-203 ; E3 L173-180 ; E3 L231-234). Ainsi, il est important que l'utilisation des outils repose sur des objectifs précis, adaptés aux capacités du patient et reposant sur des modules spéciaux (E2 L445-449 ; E2 L479-481). L'équilibre est basé sur le ressenti du patient et le moment opportun (E3 L257-270).

Enjeux, limites, valeurs et cadre éthique de l'utilisation des technologies

Les limites de l'utilisation des technologies sont multiples notamment en lien avec les capacités cognitives, l'attention ou encore les effets secondaires physiques (vertiges) (E1 L37-39/L67-72 ; E1 L157-162 ; E2 L104-108 ; E2 L169-174 ; E2 L419-424). De plus, il y a également des contraintes matérielles, économiques et des difficultés techniques qui peuvent freiner la mise en place de technologies (E2 L528-534 ; E3 L30-37 ; E3 L84-93 ; E3 L272-277). Ensuite, on retrouve des limites à l'utilisation du recueil de données ou de l'histoire de vie pour identifier les valeurs de la personne (E2 L314-321 ; E3 L149-154). La variabilité d'adhésion et de réactions des résidents face aux technologies souligne également la nécessité d'une adaptation constante (E2 L186-197 ; E3 L183-188).

Sur le plan éthique, un consensus se manifeste autour du respect de la dignité, de la liberté et de la vie privée des personnes. L'usage de certaines technologies (dispositif de surveillance) fait l'objet

d'une réflexion approfondie visant à trouver un équilibre entre sécurité et liberté d'aller venir (E1 L265-281 ; E1 L284-292 ; E1 L296-307). Le consentement est envisagé comme un processus continu reposant à la fois sur la verbalisation, la reformulation et l'observation du comportement (E1 L353-361 ; E1 L366-372). Il est important d'inclure les personnes dans la réflexion institutionnelle sur l'usage des technologies (E1 L385-392). Cela par un accompagnement individualisé basé sur le respect de l'autonomie du résident, sur une logique de persévérance et sur des principes de non-malfaisance (E1 L409-416 ; E2 L520-526).

Enfin, les technologies doivent rester des outils complémentaires et ne pas substituer à la relation humaine (E2 L374). Une vigilance particulière est portée au risque d'infantilisation ou d'un usage inadapté et passifs de certains dispositifs (E2 L143-144 ; E2 L206-208 ; E2 L356-360 ; E2 L501-518). L'usage des technologies peut avoir un impact sur la relation soignant-soigné (E2 L186-197). Leur intégration nécessite donc un cadre réfléchi, une mise en place progressive et une collaboration pluridisciplinaire. Cela permet de garantir une utilisation éthique, adaptée et centrée sur la personne (E1 L221-226 ; E2 L528-534). La collaboration pluridisciplinaire n'est pas toujours possible en fonction des équipes (E3 L243-253).

3.3 Analyse horizontale

L'analyse horizontale permet de s'intéresser à la perception de l'ergothérapeute. Les discours de chaque ergothérapeutes ont été analysés.

E1 : L'ergothérapeute E1 perçoit son rôle comme central dans l'accompagnement des personnes démentes avec les nouvelles technologies (E1 L14-17). Au préalable de l'intégration de la technologie, E1 réalise une évaluation individuelle basée sur l'histoire de vie, les capacités cognitives et l'intérêt du patient afin de proposer des activités significatives et adaptées (E1 L18-19 ; L27-34). De ce fait, elle adopte une approche centrée sur la personne. Elle sélectionne les personnes selon plusieurs critères tels que l'appétence, les capacités d'adaptations et les capacités cognitives de la personne (L31-37 ; L62-63). Les objectifs visés sont multiples : maintien des capacités cognitives, physiques, l'apaisement, socialisation, sentiment de plaisir (L44-51). E1 privilégie des prises en charge en groupe afin de favoriser les interactions entre les personnes (L51-54). Elle précise néanmoins que l'intérêt du résident reste le critère principal d'inclusion au-delà même de la pathologie (E1 L69-72). Puis, E1 décrit une utilisation complémentaire des technologies avec des approches plus traditionnelles intégrées dans une prise en charge globale (E1 L115-119). De plus, elle souligne plus globalement la difficulté d'adapter les outils au niveau des patients. Cela peut générer des situations d'échec (E1 L77-81). Enfin, elle observe également des effets positifs sur les troubles du comportement et l'éveil

notamment chez des résidents apathiques qui retrouvent des moments d'attention et d'interaction (E1 L125-128, 134-138). Elle nuance toutefois ces résultats en indiquant ne pas observer d'amélioration significative des capacités cognitives (E1 L129-132). Elle souligne également que les technologies peuvent favoriser une certaine autonomie numérique et faciliter la communication avec l'entourage (L143-150).

Concernant l'accompagnement ergothérapeutique et les valeurs implicites, l'ergothérapeute adapte la technologie en fonction de l'intérêt, des capacités cognitives et de la connaissance du résident. Elle évoque aussi l'importance de préparer le groupe pour un objectif commun (L54-63 ; L77-81). Elle identifie les valeurs implicites comme la curiosité et la joie à travers l'interaction technologique (L176-184). Elle repère ces valeurs grâce à l'observation des comportements et verbalisation positive (L187-190). De plus, elle s'appuie sur une connaissance préalable du résident pour faciliter cette identification (L193-196). Elle utilise également les projets personnalisés, l'histoire de vie et la famille pour comprendre les valeurs et préférences du résident (L201-207). Elle reconnaît la persistance des passions et l'identité fondamentale malgré l'évolution de la pathologie (L213-218). Elle prend en compte les feedbacks positifs même s'ils sont limités dans le temps en raison des troubles cognitifs (L233-238). Elle considère que la technologie peut révéler des intérêts inexprimés permettant d'ajuster le projet de vie global (L244-258). Elle veille à respecter les besoins fondamentaux et le désir de liberté du résident en adaptant ou en abandonnant lorsque la technologie n'est pas pertinente (L311-318 ; L327-328 ; L331-345). Elle évalue en continu l'adéquation des outils technologiques à travers l'observation et le recueil du consentement (L348-349). Enfin, E1 ajuste son accompagnement en fonction des retours des patients et des soignants (L375-381). Elle adapte également l'introduction des technologies selon les capacités cognitives du résident en s'appuyant sur l'observation des réactions (L396-401).

Sur le plan éthique, E1 identifie des limites à l'utilisation des technologies. En effet, l'utilisation des technologies peut entraîner des effets secondaires physiques comme des vertiges et des maux de tête (L37-39 ; L67-72). Elle identifie des limites de l'utilisation des technologies selon les capacités cognitives qui nécessite des adaptations pour réduire le stress (L157-162). Elle adapte sa prise en charge par concertation avec les professionnels et réévalue ses pratiques face à des situations complexes (L221-226). Elle se positionne face à des enjeux éthiques importants. Cela se manifeste par le refus de dispositifs de surveillance intrusifs au nom du respect de la vie privée (L265-281). Elle réalise des arbitrages entre sécurité et liberté en évaluant le rapport bénéfice/risque (L284-292) et en privilégiant la liberté d'aller et venir du résident (L296-307). Elle réalise ces arbitrages également

lors des situations de comportements d'errance ou de fuite (L421). Elle veille au respect du consentement en le vérifiant et en l'ajustant par la reformulation, la répétition et l'observation du comportement (L353-361). Elle garantit la possibilité pour le résident de refuser l'activité à tout moment (L366-372). E1 inclut également les résidents dans une réflexion institutionnelle sur l'usage des technologies (L385-392). Enfin, elle inscrit son accompagnement dans une démarche éthique fondée sur le respect de l'autonomie du résident, logique de persévérance et principes de non-malfaisance (L409-416). Elle arrête l'intervention lorsque celle-ci n'est plus adaptée.

E2 : L'ergothérapeute E2 perçoit son rôle comme celui d'un médiateur entre le patient et l'utilisation de l'outil technologique. Ces dernières permettent de donner du sens aux exercices (E2 L33-40). Elle explique que les patients déments ne comprennent pas les consignes sans médiation.

L'outil technologique facilite l'engagement dans l'activité lorsqu'ils sont utilisés comme médiateur (E2 L39-44). Elle se positionne elle-même comme médiatrice utilisant la technologie comme support thérapeutique (E2 L52-55). Elle mobilise ces technologies pour stimuler l'activité et la motivation notamment des personnes apathiques (L55-61). Elle insiste sur l'importance d'un accompagnement humain reposant sur la guidance verbale, mimétisme et guidance physique (L110-111). Elle perçoit son rôle comme central dans l'utilisation des technologies (L114-117). Elle organise des prises en charge groupale favorisant les interactions sociales (L132-143). Elle décrit des effets apaisants que procurent les technologies sur les personnes démentes (L143-144). Elle souligne l'importance de faire des formations pour développer des compétences (L212-213). Enfin, elle utilise les nouvelles technologies pour des objectifs de rééducation et d'apaisement tout en respectant leur niveau cognitif et en variant les activités (L366-373). Elle met en place des stratégies comme la diversion et la valorisation pour favoriser l'adhésion (L426-433). Pour finir, elle mobilise la technologie comme médiateur social afin de faciliter les interactions entre les résidents et l'entourage (L463-476).

Concernant l'accompagnement ergothérapique et les valeurs implicites, l'ergothérapeute individualise les objectifs thérapeutiques en fonction de chaque résident (L64-69). Elle ajuste les outils technologies par essai-erreur (L92-97). Elle veille à éviter toute mise en échec en adaptant les activités aux capacités du patient (L229-231). Elle prend en compte les activités signifiantes issues de son vécu (L243-250). E2 identifie les valeurs et préférences du résident à travers l'observation du langage non-verbal notamment pour le refus par exemple (L273-279). De plus, l'expression émotionnelle est facilitée par les technologies (L281-286). Elle explore le refus à l'aide de stratégie d'adaptation (L297-311). De plus, elle considère que l'adhésion dépend de la compréhension des consignes (L297-311). Elle respecte ce refus en le prenant en compte de manière répétée et en ajustant

son accompagnement (L322-324). Elle s'inscrit dans une démarche d'observation continue (L326-330). Elle mobilise l'entourage et la famille pour mieux comprendre les habitudes de vie et les valeurs du résident (L334-341). Elle analyse les causes des refus ou des difficultés, qu'elles soient physiques ou contextuelles, afin d'adapter les activités (L343-353). Elle adapte les outils aux préférences individuelles, aux goûts et aux valeurs de la personne (L404-410). E2 collabore également avec la famille et les autres professionnels pour identifier ces valeurs (L411-415 ; L435-443). Elle construit ainsi un accompagnement personnalisé fondé sur des objectifs précis et ajusté aux capacités du patient (L445-449). Elle peut également utiliser des modules spécifiques, comme la réminiscence, pour renforcer le caractère signifiant des activités (L479-481). Enfin, elle encadre l'utilisation des outils de manière individualisée afin d'apaiser les troubles du comportement sans générer d'agitation (L486-493).

Sur le plan éthique, E2 identifie des limites importantes liées aux capacités cognitives des patients. Cela rend parfois l'usage des technologies difficiles (L104-108 ; L419-424). Elle refuse un usage passif ou autonome des outils (L143-144). Elle privilégiant un accompagnement avec la personne de l'utilisation des technologies. Elle tient compte des limites attentionnelles en adaptant la durée des activités (L169-174). Puis, elle observe que les technologies impactent la relation soignant-soigné et que l'adhésion varie selon les patients (L186-197). Elle reste vigilante face au risque de dérive vers un usage passif ou substitutif du soin (L206-208 ; L374). Elle souligne également les limites du recueil initial de données pour identifier les valeurs des résidents (L314-321). Elle adopte une posture éthique en veillant à éviter toute infantilisation (L356-360) et en promouvant l'autonomie et la dignité des personnes (L452-458). Elle encadre l'utilisation de certains outils, comme les objets interactifs, avec transparence afin d'éviter toute confusion ou frustration (L501-518). Elle privilégie une utilisation ponctuelle et individualisée comme dans la gestion des troubles du comportement (L520-526).

Enfin, elle met en place les technologies de manière prudente et progressive en tenant compte de leur complexité et de leur coût avant leur adoption dans la pratique (L528-534). Ainsi, elle inscrit son accompagnement dans un cadre éthique visant à garantir le respect, la sécurité et le bien-être du résident.

E3 : L'ergothérapeute E3 définit son rôle en distinction avec celui des éducateurs en mettant l'accent sur une approche davantage fonctionnelle et cognitive (L41-49). Elle vise, notamment, à favoriser une ouverture vers le monde extérieur et à éviter le cloisonnement des résidents (L49-54). Elle adopte une posture encourageante et valorisante en soutenant l'engagement des patients dans les activités

(L58-65). Au préalable, elle réalise une évaluation informelle basée sur l'observation en situation (L68-71). Cela lui permet d'ajuster ses interventions. Elle mobilise les technologies comme levier pour renforcer le lien social entre les résidents (L111-123). Ainsi, elle s'inscrit dans une démarche d'accompagnement dynamique. Cet accompagnement est centré sur l'observation et l'interaction où la technologie constitue un outil au service du lien et de la participation.

Concernant les valeurs implicites et l'accompagnement ergothérapique, l'ergothérapeute adapte les activités en fonction de l'intérêt, de la participation et des capacités de mémorisation observées chez le patient (L73-81). Elle s'appuie également sur l'histoire de vie et les intérêts du groupe pour ajuster ses propositions (L101-108). Elle identifie les valeurs implicites comme l'attachement à la famille ou le sentiment de liberté à travers l'observation des comportements (L131-134). Elle distingue le refus lié à la pathologie du refus en lien avec les valeurs du résident en analysant le sens du comportement (L141-145). Elle accorde une importance particulière au groupe qui constitue un support afin d'identifier les valeurs et de favoriser l'expression des résidents (L149-170). Elle adapte ou abandonne une activité lorsque celle-ci n'est pas en accord avec les valeurs ou l'intérêts du patient (L173-180). Elle ajuste la prise en charge lorsque la technologie ne convient pas à la personne (L190-203). Elle mobilise la famille comme partenaire essentiel notamment dans le recueil de l'histoire de vie (L206-216). Elle alterne entre outils traditionnels et technologies (L231-234). Elle recherche un équilibre dans l'accompagnement basé sur le ressenti du patient et le moment opportun (L257-270).

Sur le plan éthique, E3 identifie des limites économiques. Certaines technologies comme les tables tactiles ou murs interactifs sont coûteuses et peu accessibles (L30-37 ; L272-277). Elle relève également des limites techniques comme les problèmes de connexion internet (L84-93). Elle souligne les difficultés liées à une connaissance incomplète de l'histoire de vie. Cela renforce l'importance de l'observation (L149-154). Elle observe une hétérogénéité des réactions face aux technologies qui nécessite des adaptations constantes (L183-188). Elle ajuste la durée des séances en fonction des capacités attentionnelles des résidents (L220-228). Elle met également en évidence des limites organisationnelles comme l'implication de l'équipe soignante (L243-253). Ainsi, elle inscrit l'utilisation des technologies dans une démarche prudente et contextualisée. Elle prend en compte les contraintes matérielles, humaines et les capacités des résidents.

3.4 Cas clinique

Le cas clinique consiste à faire une synthèse de ce qui a été dit par les ergothérapeutes interrogées de notre étude.

Dans le cadre de l'intégration des nouvelles technologies auprès des personnes démentes, l'ergothérapeute a un rôle central et médiateur entre l'outil technologique et le patient. Son intervention s'inscrit dans une démarche d'accompagnement des personnes aux nouvelles technologies. Ces dernières constituent un support complémentaire de médiation aux approches traditionnelles.

L'ergothérapeute adopte une approche centrée sur la personne en s'appuyant sur l'histoire de vie, les centres d'intérêts et les capacités préservées afin de proposer des activités significatives. L'utilisation des nouvelles technologies dans la pratique ergothérapique permet de travailler différents objectifs : stimulation cognitive, maintien des capacités, éveil, diminution des troubles du comportement et renforcement du lien social. De plus, les nouvelles technologies sont perçues comme un outil d'ouverture sur le monde extérieur. Cela permet de limiter l'isolement institutionnel et de favoriser la participation sociale.

L'ergothérapeute réalise des évaluations continues basées sur les capacités du patient, les activités significatives, son histoire de vie et l'observation des réactions du patient. Cela lui permet d'ajuster ses interventions et d'éviter les situations de mise en échec. Les prises en charge sont faites en groupe afin de favoriser les interactions même si les objectifs ne sont pas les mêmes pour tous.

L'identification des valeurs implicites est essentielle dans l'accompagnement ergothérapique. Ces dernières sont repérées à travers les comportements des patients comme le plaisir, l'engagement, le retrait ou le refus. Cela est complété par l'histoire de vie et les échanges avec l'entourage et l'équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute distingue les refus liés à la pathologie de ceux ancrés dans les valeurs personnelles. Ces valeurs personnelles doivent être respectées. Face à ces valeurs, l'ergothérapeute ajuste constamment son accompagnement avec les personnes démentes. Cela se manifeste par l'adaptation des technologies ou le renoncement de celles-ci lorsqu'elles ne correspondent pas aux valeurs ou aux besoins de la personne. L'ergothérapeute adopte une posture éthique centrée sur le respect de l'autonomie, du rythme et de la dignité.

Enfin, les nouvelles technologies présentent des bénéfices notamment en termes de sociabilisation, de plaisir, de réminiscence et d'apaisement. En revanche, elles comportent des limites comme le risque de mise en échec, les difficultés d'adaptation aux capacités cognitives ou des contraintes techniques et institutionnelles. Leur utilisation nécessite un cadre réfléchi, éthique et adapté.

Revenons à la question de recherche : « Dans le cadre de l'intégration des nouvelles technologies auprès d'un public gériatrique, comment l'ergothérapeute perçoit-il son accompagnement des personnes démentes face à leurs valeurs implicites ? ».

L'ergothérapeute perçoit donc son accompagnement dans une démarche d'ajustement individualisée. Les nouvelles technologies sont utilisées comme des médiateurs thérapeutiques au service des valeurs et des capacités préservées de la personne. Cet accompagnement repose sur l'identification et le respect des valeurs implicites. Cela permet de guider les choix d'intervention dans une posture éthique centrée sur l'autonomie, la dignité et le bien-être du patient. Cependant, cette approche ne se fait pas sans difficultés. L'ergothérapeute est parfois confronté à des tensions notamment entre le respect des valeurs de la personne et les contraintes du terrain. Des dilemmes peuvent également apparaître, par exemple entre liberté et sécurité ou entre respect du refus et volonté d'encourager la participation.

4. Discussion des données

À présent, nous pouvons discuter des données récoltées lors du travail d'initiation à la recherche avec les étapes antérieures du mémoire. Ensuite, nous ferons une critique du dispositif de recherche et donnerons les apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle. Enfin, nous proposerons des éléments de transférabilités pour la pratique professionnelle et des perspectives possibles de recherche.

4.1 Discussion selon la revue de littérature

Tout d'abord, nous diviserons cette partie en trois : effets des nouvelles technologies sur les fonctions cognitives et fonctionnelles des personnes démentes ; adhésion des personnes démentes aux nouvelles technologies ; enjeux éthiques, sociaux et économiques de l'utilisation des nouvelles technologies pour les personnes démentes.

De ce fait, selon la revue de littérature (RL), les nouvelles technologies abordées sont les exergames (28), les seriousgames (32), les robots compagnons (34), les technologies de surveillance (SafeHome) (35), la télémédecine (37) et les technologies assistives (38). Tandis que dans les résultats qualitatifs de la recherche, les nouvelles technologies abordées sont la Tovertafel, l'activtab, le casque virtuel, tapis de marche avec écran, Blazepod, l'ordimemo et la Wii. Les résultats qualitatifs et la RL (31) corroborent sur les effets des nouvelles technologies sur les fonctions cognitives et fonctionnelles des personnes démentes. En effet, tous deux évoquent un impact positif sur les fonctions cognitives et une diminution des troubles du comportement et de l'apathie. Néanmoins, les données qualitatives de notre étude ont mis en évidence d'autres effets tels qu'une amélioration de la sociabilisation, un sentiment de plaisir, des moments de réminiscence et un apaisement accru.

Ensuite, concernant l'adhésion des personnes démentes aux nouvelles technologies, la RL (30) et les données qualitatives de notre étude se rejoignent sur le fait que les personnes démentes prennent du

plaisir à jouer et qu'il y a plus d'engagement. Les données qualitatives de notre étude complètent que ces nouvelles technologies provoquent de la joie, de la curiosité et donnent lieu à des feedbacks positifs. Cependant, les données qualitatives de notre étude s'opposent aussi à cela en montrant que certaines personnes refusent ou abandonnent si cela les met en situation d'échec. La RL (33) et les données qualitatives se corroborent aussi sur le fait que certains réduisent, abandonnent, maintiennent et/ou adoptent ces technologies. En effet, selon les données qualitatives de notre étude, certains patients peuvent rester en retrait quand la nouvelle technologie ne leur correspondait pas. De plus, selon les données qualitatives de notre étude, certaines nouvelles technologies comme la réalité virtuelle limite l'adhésion car elle peut générer du stress et des vertiges. Cela vient nuancer les résultats globalement positifs retrouvés dans la RL. Les données qualitatives complètent que l'adhésion des patients à une technologie est possible si l'activité est signifiante, significative, familière et adaptée aux capacités de la personne (compréhension, imitation...). En effet, en cas d'échec répété, l'arrêt de l'utilisation de la technologie est conseillé. Le refus et le retrait de la personne à une nouvelles technologies sont à prendre en compte notamment si ces dernières s'opposent aux valeurs de la personne. Puis, concernant les robots compagnons comme les bébés reborn, la RL (34) et les données qualitatives se corroborent sur le fait que l'accompagnement ergothérapique est essentiel pour une meilleure adhésion. Leur intégration nécessite un suivi, une adaptation par rapport à l'histoire de vie du patient et une prudence éthique (expliquer que ce sont des objets et non des êtres vivants pour éviter toute tromperie) (34). Pour finir, la RL a montré des craintes liées à la sécurité, coûts et compétences numériques (38). Les données qualitatives complètent que les technologies ne sont pas innées pour eux et donc, il est nécessaire d'ajuster ces dernières afin de ne pas les mettre en échec. De plus, les ergothérapeutes interrogées font face à des craintes liées à la sécurité et à des obstacles techniques liées à la connexion internet et à la sécurité informatique.

Pour finir, concernant les enjeux éthiques, limites et cadre éthique de l'utilisation des technologies, la RL (38) et les données qualitatives se corroborent sur le fait qu'il y ait des limites économiques quant à l'adoption des technologies en termes de coût et d'accessibilité. Toutefois, les données qualitatives de notre étude apportent une vision plus ancrée dans la pratique avec des limites techniques (problèmes de connexion internet) et des limites organisationnelles (manque d'implication de l'équipe soignante). La RL (37) et les données qualitatives de notre étude corroborent sur l'importance d'une démarche éthique fondée sur le respect du patient, sur le consentement et sur la transparence de l'utilisation des nouvelles technologies. De plus, ils se rejoignent sur le fait de l'importance d'individualiser et d'ajuster les séances en fonction des besoins et capacités du patient

(cognitives, attentionnelles). Enfin, la RL et les données qualitatives se complètent sur l'impact que peut avoir les technologies sur la relation soignant-soigné. Cela peut présenter un risque d'instrumentalisation de la personne âgée si la dimension relationnelle et subjective est négligée (39).

4.2 Discussion selon l'enquête exploratoire

Concernant les critères d'inclusion, il y a des différences entre l'enquête exploratoire et la recherche. En effet, dans l'enquête exploratoire, il y avait seulement les ergothérapeutes français actifs, avec au moins un an d'expérience avec des personnes démentes et ayant déjà utilisé les nouvelles technologies dans leur pratique avec les personnes démentes qui étaient inclus. Tandis que, dans la recherche, les personnes incluses étaient des ergothérapeutes francophones, en activité avec un minimum d'un an de pratique auprès de personnes démentes et ayant intégré les nouvelles technologies avec cette population. Concernant les critères d'exclusion, ils sont presque similaires pour l'enquête exploratoire et la recherche (ergothérapeutes retraités ou n'ayant aucune expérience des nouvelles technologies avec cette population).

Concernant les résultats, les ergothérapeutes interrogés se rejoignent sur le fait que l'intégration des nouvelles technologies permet de stimuler les capacités cognitives, motrices et attentionnelles. Les ergothérapeutes de la recherche ajoutent que cela permet de favoriser l'apaisement, l'activité, la motivation et le bien-être. De plus, les ergothérapeutes utilisent ces nouvelles technologies en alternant avec des séances classiques. Certains ergothérapeutes utilisent les outils technologiques de manière hebdomadaire alors que d'autres l'utilisent quotidiennement. De plus, la durée des séances consacrées aux nouvelles technologies varie de 10-15 minutes à 1 heure, en fonction des ergothérapeutes.

Ensuite, les ergothérapeutes interrogés de l'enquête exploratoire font face à des contraintes matérielles, organisationnelles, humaines et des conflits sensoriels pour le patient tandis que les ergothérapeutes de la recherche font face à des contraintes économiques, matérielles, liées au patient, éthiques, relationnelles et liées à l'usage thérapeutique.

Concernant les valeurs implicites et l'accompagnement ergothérapique et du rôle de l'ergothérapeute, elles n'ont été demandées qu'aux participants de la recherche.

Enfin, tous se mettent d'accord sur le fait qu'ils veulent acquérir d'autres outils technologiques et qu'il y aura une meilleure adhésion des futures générations.

4.3 Discussion selon le cadre conceptuel

Concernant la discussion selon le cadre conceptuel, nous la diviserons en deux parties : accompagnement et valeurs.

Les résultats s'inscrivent dans la conception de l'accompagnement développée par Maela Paul (40). En effet, « être avec » et « aller vers » constituent les fondements de la relation. En effet, l'utilisation des nouvelles technologies repose sur un accompagnement humain constant. Cet accompagnement est marqué par une adaptation continue aux capacités, aux besoins et à l'engagement de la personne. L'observation des comportements témoigne d'une posture d'écoute active. Cela dépasse la simple transmission d'informations pour soutenir le cheminement de la personne. L'approche par essai-erreur mise en évidence dans les résultats illustre également la posture de non-savoir décrite par Maela Paul (40). Les ergothérapeutes acceptent l'incertitude et s'inscrivent dans une dynamique de co-construction. Cependant, les résultats montrent que cette co-construction se heurte à certaines limites. Dans certaines situations, l'engagement de la personne reste faible ou fluctuant. Cela rend la co-construction partielle voire difficile à mettre en œuvre. De plus, l'asymétrie entre les objectifs de l'ergothérapeute et ceux de la personne ne se limite pas à une complémentarité comme l'évoque Michel Vial (42). Mais, cela peut parfois générer des décalages persistants voire des tensions non résolues. Ainsi, la rencontre ne produit pas un espace partagé stabilisé mais peut rester marquée par des ajustements continus et incertains.

Par ailleurs, si les nouvelles technologies deviennent donc des supports relationnels favorisant l'expression, l'engagement et le lien social, les résultats montrent que leurs usages ne correspondent pas toujours aux intentions thérapeutiques. Elles peuvent susciter un désengagement, un usage passif ou des détournements. Cela révèle ainsi des limites à leur fonction de médiation. Leur pertinence apparaît alors moins liée à leurs caractéristiques intrinsèques qu'à leur inscription dans une relation parfois fragile.

Enfin, la tension entre accompagnement et guidage, décrite par François Fourcade et Marlis Krichewsky (43), apparaît dans les pratiques. Si les ergothérapeutes cherchent à privilégier une posture d'étayage et respectueuse de l'autonomie, certaines contraintes ou objectifs thérapeutiques peuvent orienter les interventions. Dans ces contextes, le « faire avec » n'est pas toujours pleinement réalisable et peut laisser place à des formes plus directives voire à des compromis difficilement conciliables. Ces situations mettent en évidence que l'éthique ne se résout pas mais se négocie dans l'action.

Les résultats mettent en évidence que l'accompagnement ergothérapique est ancré dans des valeurs. Cela rejoint la « petite éthique » de Paul Ricoeur reprise par Svandra (44). Le souci de soi se traduit par la recherche du bien-être, de l'engagement et du maintien de l'identité de la personne. Le souci de l'autre se manifeste dans la bienveillance, l'écoute et la prise en compte des préférences et valeurs de la personne. Enfin, le souci de l'institution apparaît à travers la prise en compte des contraintes organisationnelles et des enjeux de sécurité.

Néanmoins, ces trois pôles ne s'articulent pas toujours de manière équilibrée. Les situations observées montrent des tensions parfois difficile à arbitrer notamment dans l'usage de certaines technologies de surveillance. Dans ces cas, les décisions prises relèvent moins d'une application de principes que d'ajustements parfois incertains. Cela illustre une éthique confrontée à ses propres limites.

La responsabilité envers autrui, développée par Lévinas et reprise par Francis Careau (45), est également centrale. Elle se traduit par une attention constante à la singularité de la personne, à ses réactions, à ses refus et à ses limites. Le consentement est envisagé comme un processus continu à travers l'observation et l'ajustement. Cela renforce cette responsabilité éthique. Toutefois, les résultats montrent que cette attention se construit dans des contextes contraints où le consentement ne peut pas toujours être recueilli de manière explicite. Cela repose souvent sur une interprétation des comportements. Cela souligne la dimension interprétative et parfois fragile de cette responsabilité.

Par ailleurs, la distinction entre valeurs publiques et privées, développée par Nathalie Heinich (47), permet d'éclairer certains écarts entre les principes affichés (autonomie, dignité) et les réalités du terrain. Les contraintes matérielles, institutionnelles ou organisationnelles peuvent limiter leur mise en œuvre même si les ergothérapeutes cherchent à les respecter à travers une adaptation individuelle. Enfin, la distinction entre valeur d'usage et valeur d'échange issue de Karl Marx, mobilisé par Pierre Le Masne (46), permet de comprendre la place des nouvelles technologies. Si leur valeur d'usage est clairement identifiée (stimulation, communication, bien-être), les résultats montrent qu'elles acquièrent surtout une valeur relationnelle. Elles deviennent des médiateurs de lien social et d'expression. Leur pertinence dépend avant tout de leur intégration dans une relation d'accompagnement éthique et centrée sur la personne.

4.4 Critique du dispositif de recherche

Il est important de réaliser une critique du dispositif de recherche et de ses biais. De ce fait, lors de la réalisation des entretiens, nous avons pu faire face à des biais, des imprévus et des erreurs méthodiques. En effet, des imprévus ont eu lieu comme la difficulté à recruter des ergothérapeutes et des contraintes de disponibilité. Cela a réduit le nombre de participants et la diversité des points de vue. Puis, un biais méthodologique lié à un recueil de données insuffisant est à souligner. Cet entretien

a été écourté en raison d'un manque de disponibilité de la chercheuse. Puis, la compréhension du terme « valeurs implicites » a nécessité d'être réexpliquée lors des entretiens même si une définition a déjà été transmise en amont. Un biais de confirmation peut également être présent. En effet, certaines interprétations peuvent avoir été influencées par les attentes ou les hypothèses de la recherche. Étant donné que nous avons choisi la méthode clinique casuistique, les hypothèses de recherche n'ont pas eu lieu d'exister. De plus, un biais d'interprétation est apparu notamment dans l'analyse des valeurs implicites avec une lecture subjective des propos.

4.5 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Cette initiation à la recherche apporte des intérêts pour la pratique professionnelle. Elle permet de mieux comprendre comment les nouvelles technologies ne constituent pas uniquement des outils mais s'inscrivent comme de véritables médiateurs dans la relation thérapeutique avec les personnes atteintes de troubles cognitifs.

Les résultats soulignent que leur utilisation pertinente repose sur la capacité de l'ergothérapeute à les intégrer dans une démarche d'accompagnement centrée sur la personne. Ainsi, le travail d'initiation à la recherche met en lumière le rôle central du professionnel dans l'adaptation, la contextualisation et la mise en sens de ces outils. Cela permet de renforcer l'idée que les nouvelles technologies ne remplacent pas la relation mais la soutient.

De plus, ce travail apporte un éclairage sur les tensions auxquelles les ergothérapeutes sont confrontés notamment entre innovation technologique et respect des valeurs éthiques fondamentales (autonomie, consentement, dignité). Il contribue ainsi à nourrir une réflexion professionnelle sur les conditions d'un usage raisonné et éthique des nouvelles technologies.

Enfin, cette initiation à la recherche ouvre des perspectives en soulignant la nécessité de développer des compétences spécifiques, tant sur le plan technique que réflexif, chez les ergothérapeutes. Cela permettra de favoriser une intégration adaptée et critique de ces outils dans la pratique ergothérapique future.

4.6 Propositions d'éléments de transférabilité pour la pratique professionnelle

Cette initiation à la recherche a permis à la chercheuse d'avoir une meilleure connaissance sur la population étudiée (personnes démentes) et de connaître toutes les nouvelles technologies qui existent en théorie et en pratique. Ces connaissances seront utiles dans la future pratique professionnelle de la chercheuse si cette dernière souhaite travailler auprès de cette population.

Ce travail a permis également d'acquérir des compétences organisationnelles et de méthodologie. En effet, l'utilisation de bases de données probantes permet d'envisager une veille professionnelle continue. Cela permet de remettre en question sa pratique, l'améliorer et la conformer aux recommandations actuelles.

Enfin, cette démarche de recherche offre des perspectives concrètes pour la pratique comme la capacité à concevoir des projets, d'argumenter à l'aide de données probantes et de chercher des financements. Cela pourra notamment faciliter l'intégration de nouvelles technologies au sein de structures qui n'en disposent pas encore.

4.7 Perspectives de recherche

Cette initiation à la recherche ouvre plusieurs perspectives. Tout d'abord, il aurait été pertinent d'interroger plus d'ergothérapeutes travaillant en SMR afin d'enrichir les données. Ensuite, une étude plus approfondie sur certains types de technologies aurait pu être utile afin d'analyser leurs effets à long terme sur les fonctions cognitives, le bien-être et le lien social. Enfin, il aurait été pertinent d'intégrer directement le point de vue des personnes démentes et de leurs proches afin de connaître leurs valeurs implicites et leur vécu face aux nouvelles technologies.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. La démence [Internet]. [cité 25 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Meyer S. Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*. 5 oct 2018;4(2):13-28.
3. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Neurosciences : Définition de neurosciences [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/neurosciences>
4. Léger L. Chapitre 1. Définition de la psychologie cognitive. *Mini Manuel*. 2012;1-18.
5. Mialaret G. Introduction. *Que sais-je ?* 5 mars 2010;10(1645):3-8.
6. L'encyclopédie Canadienne. Sciences sociales [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/sciences-sociales>
7. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Informatique : Définition de informatique [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/informatique>
8. ANFE A nationale F des ergothérapeutes. La profession d'ergothérapeute [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://anfe.fr/la-profession/>
9. Chéneau V. CyberInstitut. 2024 [cité 27 févr 2025]. Les Nouvelles Technologies : Définition et Impact sur la Société. Disponible sur: <https://cyberinstitut.fr/nouvelles-technologies-definition-impact-societe/>
10. Organisation Mondiale de la Santé. La démence [Internet]. [cité 12 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
11. Birmelé B. Accompagner. La relation soignante comme cheminement. *Éthique & Santé*. 1 mars 2018;15(1):48-54.
12. Robert P, Albregues C, Fabre R, Derreumaux A, Pancrazi MP, Luporsi I, et al. Efficacy of serious exergames in improving neuropsychiatric symptoms in neurocognitive disorders: Results of the X-TORP cluster randomized trial. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*. 2021;7(1):e12149.

13. Fondation Médéric Alzheimer. Technologies pour l'entraînement cognitif chez les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs : un jeu sérieux [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Disponible sur: https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/documentary_base/technologies-pour-lentrainement-cognitif-chez-les-personnes-agees-atteintes-de-troubles-neurocognitifs-un-jeu-serieux/
14. Vossius C, Larsen JP, Janvin C, Aarsland D. The economic impact of cognitive impairment in Parkinson's disease. *Mov Disord.* juill 2011;26(8):1541-4.
15. Gierczynska E. Adopter les nouvelles technologies : connecter les personnes âgées à leur communauté locale [Internet]. 2023 [cité 27 févr 2025]. Disponible sur: <https://epale.ec.europa.eu/fr/blog/adopter-les-nouvelles-technologies-connecter-les-personnes-agees-leur-communaute-locale>
16. Bobillier-Chaumon M.-E., Oprea Ciobanu R. Les nouvelles technologies au service des personnes âgées : Entre promesses et interrogations : une revue de questions. *Psychologie Française*, 2009, 54 (3), pp.271-285. halshs-01562049
17. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. 2024 [cité 27 févr 2025]. Effets des écrans sur la santé mentale et physique | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/ecrans-hyperconnectivite/effets-mentale-physique>
18. Info.gouv.fr [Internet]. [cité 27 févr 2025]. La santé numérique. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/la-sante-numerique>
19. Fondation Médéric Alzheimer. Épidémiologie des démences en France [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/documentary_base/epidemiologie-des-demences-en-france/
20. Santé Publique France. Maladie d'Alzheimer et autres démences [Internet]. [cité 4 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences>
21. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 15 mai 2025]. L'IA en santé, un enjeu majeur pour la HAS et l'ensemble du système de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3599637/fr/l-ia-en-sante-un-enjeu-majeur-pour-la-has-et-l-ensemble-du-systeme-de-sante

22. Sauvayre R. Chapitre 2. Choisir un type d'entretien. Cursus. 2021;2:17-28.
23. République Française. Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
24. ANFE. Nouvelle réglementation encadrant les recherches en ergothérapie [Internet]. [cité 10 juin 2025]. Disponible sur : https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Nouvelle-reglementation-encadrant-les-recherches-en-ergotherapie_Dec2018_40.pdf
25. CNIL. Le règlement général sur la protection des données - RGPD [Internet]. [cité 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>
26. Eymard, C., Vial, M., & Thuilier, O. (2004). Le travail de fin d'études : S'initier à la recherche en soins et santé ? Rueil-Malmaison: Lamarre.
27. Abrial S, Louvel S. Chapitre 4. Analyser les entretiens. In: Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives [Internet]. Presses universitaires de Grenoble; 2011 [cité 16 mai 2025]. p. 65-81. Disponible sur: <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/enquetes-qualitatives-enquetes-quantitatives-9782706122934-page-65>
28. Anderson-Hanley C, Arciero PJ, Brickman AM, Nimon JP, Okuma N, Westen SC, et al. Exergaming and Older Adult Cognition: A Cluster Randomized Clinical Trial. American Journal of Preventive Medicine. 1 févr 2012;42(2):109-19.
29. Wu S, Ji H, Won J, Jo EA, Kim YS, Park JJ. The Effects of Exergaming on Executive and Physical Functions in Older Adults With Dementia: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 7 mars 2023;25:e39993.
30. Bami C, Trivalle C, Maillot P. Faisabilité et intérêt de l'entraînement en exergames pour des patients Alzheimer en SLD. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 août 2018;18(106):235-44.
31. Robert P, Albregues C, Fabre R, Derreumaux A, Pancrazi MP, Luporsi I, et al. Efficacy of serious exergames in improving neuropsychiatric symptoms in neurocognitive disorders: Results of the X-TORP cluster randomized trial. Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions. 2021;7(1):e12149.

32. Saragih ID, Everard G, Lee BO. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on the effect of serious games on people with dementia. *Ageing Research Reviews*. 1 déc 2022;82:101740.
33. Hedman A, Lindqvist E, Nygård L. How older adults with mild cognitive impairment relate to technology as part of present and future everyday life: a qualitative study. *BMC Geriatrics*. 31 mars 2016;16(1):73.
34. Stenger S. Maintien à domicile des personnes âgées isolées : préconisation de robots « compagnons » par les ergothérapeutes [mémoire]. Mulhouse : Institut interrégional de formation en ergothérapie; 2015. Disponible à : <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/Stephane-STENGER-c644f204.pdf>
35. Appel L, Peisachovich E, Sinclair D, Jokel R, Da Silva C. SafeHome: A Serious Game to Promote Safe Environments for Persons Living with Dementia. *Cureus*. 11 févr 2020;12(2):e6949.1-10
36. Mordier B. L'accès des seniors aux technologies de l'information et de la communication (TIC) : vers une plus grande démocratisation. *Retraite et société*. 2016;75(3):99-114.
37. Rialle V, Rumeau P, Ollivet C, Sabliera J, Hervé C. Chapitre 8. Télémédecine et gérontechnologie pour la maladie d'Alzheimer : nécessité d'un pilotage international par l'éthique. *Journal International de Bioéthique*. 29 oct 2014;25(3):127-145.
38. Knapp M, Barlow J, Comas-Herrera A, Damant J, Freddolino P, Hamblin K, Hu B, Lorenz K, Perkins M, Rehill A, Wittenberg R, Woolham J. The case for investment in technology to manage the global costs of dementia. London: Policy Innovation Research Unit; 2016. Disponible à : https://eprints.lse.ac.uk/66482/1/_lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_LSEE_The%20case%20for%20investment%20in%20technology.pdf
39. Yatim F. Usage des technologies de santé pour le maintien à domicile des personnes âgées. Entre individualisation et personnalisation. *Management & Avenir - Santé*. 2020;7(2):37-55.
40. Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique: L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*. 2012;110(3):13-20.
- 41 Paul M. Penser la relation d'accompagnement. *Cahiers pédagogiques*. 2018;545(4):12-14.

42. Vial M, Caparros-Mencacci N. Chapitre 1. Distinguer l'accompagnement professionnel. *Pédagogies en développement*. 2007;19-71.
43. Fourcade F, Krichewsky M. Accompagner, une pratique qui s'apprend: L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative. Michel Vial et Nicole Caparros-Mencacci, (préface de Jean-Marie De Ketele). De Boeck, collection *Pédagogies en développement*, Bruxelles, 2007. *Entreprendre & Innover*. 20 août 2014;2122(2):47-52.
44. Svandra P. Repenser l'éthique avec Paul Ricœur: Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice. *Recherche en soins infirmiers*. 19 avr 2016;124(1):19-27.
45. Careau F. La question des valeurs dans Totalité et infini de Lévinas. *Horizons philosophiques*. 2002;p12(2):33.
46. Masne PL. 4. La « valeur nouvellement créée » de Marx et la valeur ajoutée de la comptabilité nationale. *Cahiers d'économie politique*. 24 mai 2024;84(1):119-46.
47. Heinich N. 9. Valeurs-principes : au nom de quoi l'on valorise. *Bibliothèque des sciences humaines*. 2017;195-224.
48. Secrétariat Général - DRH - Centre ministériel de valorisation des ressources humaines. 2014 [cité 10 févr 2026]. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Disponible sur: <https://www.cmvrh.developpement-durable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaître-en-matiere-de-a3313.html>

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement vierge et rempli par les ergothérapeutes	57
Annexe 2 : Grille d’entretien semi-directif de l’enquête exploratoire	60
Annexe 3 : Tableau intermédiaire d’analyse d’E1	61
Annexe 4 : Tableau intermédiaire d’analyse d’E2	64
Annexe 5 : Grille d’analyse d’entretien	73
Annexe 6 : Tableau des résultats des bases de données	74
Annexe 7 : Tableau de synthèse d’analyse critique de la revue de littérature.....	75
Annexe 8 : Matrice conceptuelle du concept d’ « accompagnement »	78
Annexe 9 : Matrice conceptuelle du concept de « valeur »	80
Annexe 10 : Tableau des principaux biais, leurs effets et les moyens pour les atténuer.....	81
Annexe 11 : Grille d’entretien semi-directif de l’étude	83
Annexe 12 : Formulaire de consentement dans le cadre du respect de la loi Jardé et du RGPD	84
Annexe 13 : Grille d’analyse d’entretiens.....	86

Annexe 1 : Formulaire de consentement vierge et rempli par les ergothérapeutes

Formulaire de consentement

Dans le cadre de mon travail de mémoire,

Titre du projet:

“L'utilisation des Nouvelles technologies dans l'accompagnement des personnes démentes”

Étudiant(e) responsable:

Blaireau Paris

Établissement de formation en ergothérapie: IFE Marseille

Année d'étude: 2e année

Encadrant pédagogique:

Pavé Julien

Fonction: Enseignant / Référent pédagogique de mémoire

Objectif du mémoire:

Ce travail s'inscrit dans le cadre de ma formation en ergothérapie et vise à développer une réflexion professionnelle autour de l'utilisation des Nouvelles technologies dans l'accompagnement des personnes démentes”. Il ne s'agit pas d'une recherche scientifique validée par un comité d'éthique, mais d'un projet pédagogique.

Déroulement de la participation :

Vous êtes invité(e) à participer à un entretien d'une durée approximative de 15 minutes.

Les données recueillies seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire. Elles ne feront l'objet d'aucune diffusion publique nominative.

Droits des participants :

- Votre participation est libre et volontaire.
- Vous pouvez refuser de participer ou retirer votre consentement à tout moment, sans justification ni conséquence.
- Les données recueillies resteront strictement confidentielles et anonymes.

Contact :

Pour toute question, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :

parisblaireau@gmail.com

Ou mon référent pédagogique: julien.pavé@univ-amu.fr

Consentement:

- ☐ Je déclare avoir été informé(e) des objectifs et du déroulement de ce travail.
- ☐ Je comprends que ma participation est libre et que je peux me retirer à tout moment.
- ☐ Je consens à participer à ce travail de mémoire dans les conditions mentionnées.

Nom, prénom :

Date :

Signature:

Consentement :

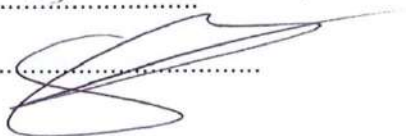
- ☒ Je déclare avoir été informé(e) des objectifs et du déroulement de ce travail.
- ☒ Je comprends que ma participation est libre et que je peux me retirer à tout moment.
- ☒ Je consens à participer à ce travail de mémoire dans les conditions mentionnées.

Nom, prénom : E1

Date :

09/06/2025

Signature :

**Consentement :**

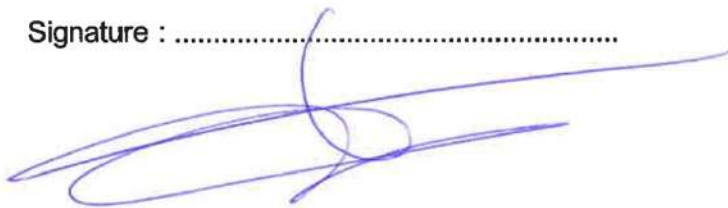
- ☒ Je déclare avoir été informé(e) des objectifs et du déroulement de ce travail.
- ☒ Je comprends que ma participation est libre et que je peux me retirer à tout moment.
- ☒ Je consens à participer à ce travail de mémoire dans les conditions mentionnées.

Nom, prénom : E2

Date :

10/06/2025

Signature :



Annexe 2 : Grille d'entretien semi-directif de l'enquête exploratoire

N° de question	Sous-thématiques	Objectifs	Questions thématiques
1	Perception de l'utilisation des nouvelles technologies dans la démence/ attitude de l'ergothérapeute envers l'utilisation des nouvelles technologies	Explorer la perception des ergothérapeutes concernant l'utilisation des nouvelles technologies dans leur pratique ergothérapique avec des personnes démentes	Comment percevez-vous l'utilisation des nouvelles technologies dans votre pratique professionnelle pour l'accompagnement des personnes démentes ?
2	Manière d'utiliser les nouvelles technologies/ Intervention ergothérapique	Découvrir la manière dont l'ergothérapeute utilise les nouvelles technologies dans le cadre de leur intervention avec les personnes démentes.	Comment utilisez-vous les nouvelles technologies dans le cadre de leur intervention avec les personnes démentes ?
3	Avantages et Inconvénients/ Nouvelles technologies	Découvrir les avantages et inconvénients rencontrés par l'ergothérapeute dans l'adoption de ces technologies.	Quelles sont les avantages et les inconvénients rencontrés dans l'adoption de ces technologies dans votre pratique ?

Annexe 3 : Tableau intermédiaire d'analyse d'E1

Texte brut	Extraction synthétique de sens	Thème 2 ^{ndr}	Thème principal
E1 : « C'est une plus-value dans la prise en charge des personnes démentes. Ça leur permet de découvrir des nouvelles choses qu'ils ne connaissent pas, qu'ils ne connaissent absolument pas en fait. Découvrir de nouvelles chose ça engendre des nouvelles connexions au niveau du cerveau. Ça peut être très intéressant. »	Les nouvelles technologies sont perçues comme bénéfiques pour stimuler la découverte et les connexions cérébrales. (Lignes 4-7)	Stimulation cognitive	Intérêt thérapeutique des technologies
E1 : « Mais j'en utilise des nouvelles technologies puisqu'on a une table. Une table connectée. Ouais donc ouais on en utilise. »	Présence d'une technologie concrète utilisée dans la pratique professionnelle. (L7-8)	Outils utilisés	Usage des technologies
E1 : « C'est un rétroprojecteur qui est au plafond et ça renvoie sur une table qui est tactile. Ça rend tactile. En fait c'est des jeux. »	Description technique de la Tovertafel : un outil interactif sous forme de jeux projetés. (L10-11)	Description matérielle	Dispositif technologique
E1 : « Oui ça leur plait. Après voilà tout ce qui est motricité, concentration, balayage visuel. Tout ça. Ça les sollicite donc c'est intéressant en fait. »	L'outil stimule plusieurs fonctions : motricité, attention, perception visuelle. (L13-15)	Bénéfices sur les capacités	Impact thérapeutique
E1 : « Là actuellement on est à 1 fois par semaine donc c'est la tovertafel avec mes collègues. y'a l'aide médicopsychologique. On y va 1 fois par semaine pendant 1h à la Tovertafel. C'est un	Détail sur le rythme d'utilisation (1 fois/semaine), en collaboration interdisciplinaire, dans un cadre institutionnel	Organisation de l'intervention	Cadre d'utilisation

créneau d'1h. C'est l'hôpital qui nous met ça à disposition à l'EHPAD et moi je suis en SMR et UCC et voilà et pendant 1h on a ça à disposition »	(hôpital/EHPAD). (L18-21)		
E1 : « Avantages. Toujours commencer par le positif. Avantage. C'est assez interactif. Ça permet de leur faire découvrir cette technologie. Ce sont des bons moyens de réadaptation et de sollicitation des capacités restantes. On peut être aussi surpris de leur réaction. »	L'outil favorise la réadaptation, la stimulation, la curiosité et les interactions. (Lignes 24-26)	Perception positive	Bénéfices de l'innovation
E1: « En tout cas, de ce que j'utilise, actuellement. Après, voilà, nous, on peut faire en groupe. Après, l'inconvénient ça peut être que un point par exemple c'est ça aussi l'inconvénient. C'est que de l'individuel. »	Usage parfois collectif mais aussi limité par le format individuel. Ambivalence dans les modalités d'utilisation. (L26-28)	Travail en groupe / Limite individuelle	Modalités d'usage
E1 : « L'avantage comme c'est une table voilà on peut l'utiliser souvent ils sont 3/4 avec nous. Donc c'est intéressant. L'inconvénient c'est que ce soit une personne après ça demande aussi de la logistique, de l'organisation. Ça peut être l'inconvénient. S'il y a plusieurs professionnels qui l'utilisent en même temps. Voilà comme c'est	Nécessite une organisation rigoureuse ; problèmes d'accessibilité et de coordination interprofessionnelle. (Lignes 29-33)	Obstacles organisationnels	Freins à l'intégration technologique

assez sollicité. Voilà, des fois, tu peux ne pas avoir d'autres créneaux pour l'utiliser. »			
---	--	--	--

Annexe 4 : Tableau intermédiaire d'analyse d'E2

Texte brut	Extraction synthétique de sens	Thème 2 ^{ndr}	Thème principal
« Je ne sais pas comment ça fonctionne dans les autres centres ici on a on a un service qui est dédié aux nouvelles technologies. Où on accueille la totalité des patients de notre établissement, que ce soit l'hôpital ou ou que ce soit en hospitalisation complète. On a des services assez polyvalents, donc qui accueillent beaucoup de pathologies différentes. Cela dit, c'est vrai que les patients déments c'est pas très souvent, c'est plutôt des pathologies apparentées... Enfin voilà une autre patho quoi, le patient est hospitalisé parce qu'il y a une fracture du hanche par exemple et il a démence donc on essaie de traiter un petit peu ça en parallèle. Ou de diagnostiquer si on perçoit les premiers symptômes, mais c'est vrai que les gens ne sont pas hospitalisés chez nous	L'établissement prend en charge des patients ayant des troubles démentiels associés à d'autres pathologies, mais ne les accueille pas spécifiquement pour la démence. (L3–11)	Contexte institutionnel	Public ciblé par la prise en charge

strictement pour cette raison. »			
« Mais on est équipé de plusieurs dispositifs. Le service est amené à s'agrandir, mais pour l'instant on est équipé de l'IVS 3, un tapis d'analyse de la marche, d'une table tactile, d'un Armeo Power et d'un simulateur de conduite. »	Description de l'équipement technologique existant dans le service. (L11–14)	Ressources matérielles	Dispositifs technologiques
« L'utilisation des nouvelles technologies, elle s'intègre dans une prise en charge globale. Donc il y a déjà de base une prise en charge pluridisciplinaire. Donc on a des neuropsyches, des psy, des orthophonistes, des kinés, des ergos bien évidemment des APA... Et donc voilà, déjà l'ergothérapie en tant que telle fait partie d'une prise en charge pluridisciplinaire. Et au sein de la prise en charge en ergothérapie, on intègre parfois s'il y a une indication des séances sur ces dispositifs de nouvelles technologies. »	Les nouvelles technologies sont intégrées de manière raisonnée dans une approche pluridisciplinaire et individualisée. (L14–19)	Approche pluridisciplinaire	Intégration thérapeutique
« On essaie de faire en sorte en fait bien souvent que ça	La technologie est intégrée en complément	Méthodologie d'intervention	Intégration thérapeutique

fasse vraiment partie de la séance d'ergothérapie. Tu vois ici, on fait des séances d'une heure une heure par jour, l'ergothérapie de façon globale et très souvent on partage la séance en deux : une demi-heure d'exercice en salle d'ergo avec des exercices un peu plus classiques et une demi-heure en service de nouvelles technologies. On essaye bien c'est souvent de réaliser d'abord la séance dans nos services de nouvelles technologies, et ensuite en salle pour mettre en application, tu vois tout ce qu'on a fait ».	de méthodes classiques, dans un enchaînement structuré. (L-20-26)		
« Typiquement voilà les patients qui auraient ce type de pathologie, c'est des gens qu'on mettrait plutôt sur IVS3. Je pense par exemple à la maladie de Parkinson ou syndrome parkinsonien avec des démences associées. On peut utiliser l'IVS pour faire de la reprogrammation motrice pour entretenir le schéma corporel. »	Ciblage des dispositifs selon les pathologies : Parkinson avec démence → reprogrammation motrice via IVS. (L26–29)	Usage pathologie-spécifique	Ciblage thérapeutique

« En tout cas voilà ce qu'on sait, c'est que parce qu'ils fonctionnent dans toutes les dans la rééducation de toutes les patho, et notamment des démences. C'est le fait de multiplier en fait les outils pour rééduquer le patient plus on utilise d'outils et plus c'est efficace pour rééduquer la personne »	L'efficacité de la rééducation repose sur la diversité des outils, y compris pour les troubles démentiels. (L33-35)	Diversité des supports	Efficacité thérapeutique
« On utilise plutôt l'IVS 3, la table tactile c'est un outil qu'on a suite à la conception d'un serious game. »	Le serious game est un outil développé localement pour compléter les dispositifs existants. (L36-37)	Serious game	Innovation thérapeutique
« On est en train de développer. Enfin, le service va se développer dans ce sens-là aussi. Je pense qu'on est vraiment aux balbutiements de ce que c'est qu'un serious game. Tu vois ici, on a réussi à créer un serious game pour traiter avant tout tout ce qui est fonction exécutive. Et l'étude est en train de se terminer... montrer l'impact de cette thérapie-là dans la rééducation des fonctions exécutives. »	Le service expérimente le serious game ciblant les fonctions exécutives, avec étude clinique en cours. (L41-46)	Développement et recherche	Rééducation cognitive

« À partir du moment où on objective une atteinte exécutive, on peut utiliser ce genre d'outil-là. Nous on l'a abordé dans ce sens-là, c'est vrai que les études qu'on retrouve aujourd'hui vont surtout dans ce sens-là. »	L'utilisation des outils repose sur une évaluation fonctionnelle préalable, centrée sur les fonctions exécutives. (L49–51)	Personnalisation des soins	Critères d'utilisation
« Après de plus en plus, je sais qu'on utilise la réalité virtuelle et les serious games pour essayer d'ancrer la personne dans des situations de vie quotidienne. Donc on essaie de reproduire les lieux de vie, les magasins, pour rendre la rééducation plus accessible. »	Usage croissant de la VR pour simuler des environnements réels et faciliter la généralisation. (L51–54)	Immersion / simulation	Ancrage dans le quotidien
« C'est un vrai souci. Nous, on y est clairement exposé : ne pas pouvoir aller à l'extérieur avec le patient pour le mettre en situation ou même dans son lieu de vie... Aller au supermarché du coin, on s'en fout complètement puisqu'on lui demande un autre niveau d'adaptation. »	Problème d'accès au réel en rééducation : manque de transposition au contexte de vie habituel du patient. (L54–58)	Accessibilité environnementale	Transfert des apprentissages
« Pour l'instant, en tout cas, nous on n'arrive pas à trouver des outils qui nous permettent de faire ça. Ça	Le service souhaite intégrer des outils de réalité virtuelle mais n'est pas encore équipé.	Freins matériels	Émergence technologique

existe de plus en plus. Il y a des casques de réalité virtuelle, on n'est pas encore équipé, on essaye d'intégrer une étude pour pouvoir être équipé de ce genre de matos. Mais je pense qu'on est vraiment aux balbutiements, je ne sais pas si toi t'as trouvé déjà des choses en ce sens... »	Il s'agit d'un projet en phase exploratoire. (L60–64)		
« Oui c'est un vrai sujet ça parce que ça touche des personnes âgées. Cette génération-là n'a jamais eu accès à ça et c'est ça qui met en difficulté. »	Difficultés d'adhésion des personnes âgées aux technologies, liées à un manque de familiarité. (L69–70)	Barrière générationnelle	Résistance au changement
« Après, je sais tu vois qu'on se heurte à des limites aussi de conflit sensoriel. T'as des gens que ça perturbe énormément au niveau de l'équilibre. Ouais de voir l'environnement bouger, mais ne pas bouger eux-mêmes à la hauteur, ou alors ça voudrait dire être équipé de salles absolument immenses qui leur permettent d'évoluer aussi. Enfin physiquement pour un peu shunter ce... enfin voilà ce problème de conflit	La réalité virtuelle peut perturber les usagers (conflit sensoriel, déséquilibre), ce qui exige des conditions matérielles particulières pour limiter les effets indésirables. (L75–80)	Limites sensorielles	Contraintes technologiques

sensoriel, donc voilà je ne sais pas si ça existe en France. »			
« Ce que je sais c'est que c'est par la répétition que ça fonctionne et notamment chez une personne démente. C'est le fait de répéter plusieurs fois par jour des tâches quotidiennes qui leur permettent d'ancrer des automatismes permettant de reproduire ça chez eux, mais nous ici en tout cas on n'est pas encore en mesure de le mettre en pratique. Et le serious game qu'on a finalement, je pense trop éloigné de la vie quotidienne pour pouvoir permettre un transfert des acquis, tu vois. Le scénario, c'est un voyage dans un monde complètement virtuel... tu es en interaction avec les gens, tu dois prendre des décisions, organiser des tâches, et c'est OK. Mais ça ne représente pas le quotidien de la personne quoi... »	Le transfert des acquis vers la vie réelle est difficile car le serious game actuel est trop fictif. La répétition est essentielle mais pas encore exploitée dans un contexte proche du quotidien. (L83-91)	Répétition / écart au réel	Conditions de réussite
« Comme je t'ai dit, ça intègre une globalité de la prise en charge. On n'utilise	L'outil technologique est toujours intégré à une stratégie	Cohérence des soins	Intégration raisonnée

jamais uniquement cet outil dans la prise en charge. C'est toujours mêlé à d'autres outils et d'autres systèmes de prise en charge d'intervention tout ça. Voilà dans la mesure du possible, une fois par jour. »	thérapeutique globale et pluridisciplinaire. (L94–97)		
« Les avantages c'est qu'on sait que c'est efficace en termes de prise en charge donc c'est un réel avantage, ça permet aussi de multiplier les outils donc multiplier les outils, c'est aussi permettre aux patients d'adhérer à la prise en charge sur du plus long terme. Quand on leur propose des séances d'ergothérapie sur table tous les jours en fait à un moment donné ça saoule. Donc, ça permet de rendre la prise en charge un peu plus attractive, c'est un point bénéfique autant pour le patient que pour le thérapeute. La multiplication d'outil ».	Les technologies permettent de diversifier la rééducation, de renforcer l'adhésion des patients et de rendre le travail plus stimulant pour les professionnels. (L100–105)	Motivation et variété	Bénéfices de l'innovation
« Après, dans les inconvénients, je dirais que ça demande une formation pointue quand même et tu vois par exemple ici on	Les rotations de personnel entraînent des pertes de savoir-faire, rendant la montée en compétence plus	Problèmes de transmission	Freins à la continuité

change de service tous les 6 mois donc tous les 6 mois t'as un ergo un peu novice qui arrive dans le service, puisqu'on est huit. Et donc t'as des gens qui n'ont jamais côtoyé les nouvelles technologies, qui doivent se former sur le terrain. Et donc t'as de la perte d'infos et de connaissance à chaque fois qu'on tourne ou quoi. Donc ça demande une veille professionnelle super active, ça peut être un inconvénient. »	difficile. Formation continue et veille sont indispensables. (L106–111)		
« Tu vois, on a pallié ça en mettant quelqu'un dans ce service. »	Une organisation spécifique a été mise en place pour assurer la continuité de l'expertise technologique. (L111-112)	Structuration interne	Solutions organisationnelles

Annexe 5 : Grille d'analyse d'entretien

Ergothérapeutes	Thème 1 : intégration des nouvelles technologies	Thème 2 : Intérêt thérapeutique	Thème 3 : Contrainte/Limites	Thème 4 : Perspective/évolution
E1	Utilisation ponctuelle (Tovertafel 1x/semaine) intégrée dans la séance d'ergothérapie	Stimulation cognitive, motricité, attention ; effet positif sur les capacités restantes	Accès limité, logistique contraignante, usage parfois individuel, disponibilité du matériel	Volonté de maintenir l'usage, mais sans mention d'élargissement futur clair
E2	Intégration dans un parcours pluridisciplinaire, usage combiné (1x/jour) avec exercices classiques	Serious game ciblant fonctions exécutives, IVS3 pour reprogrammation motrice ; ancrage dans le quotidien recherché	Formation insuffisante, roulement du personnel, conflit sensoriel, outils encore éloignés de la vie réelle	Projets de recherche en cours, développement attendu des outils VR, amélioration des générations futures face à la tech

Annexe 6 : Tableau des résultats des bases de données

Total à partir des mots clés	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre
	PubMed	35 868	34 969	367
	OTseeker,	10	10	10
	Google scholar	176 000	81 000	33 500
	Cairn	705	585	
	IEEE Xplore	2 815	177	6

Annexe 7 : Tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature

Sources	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique	s) disciplinaire(s)	Principaux résultats	Dimension qui n'est pas abordée sur la p	Niveau de scientificité
Journal of medical internet research, 2023, Corée du sud (étude scientifique)	Les effets de l'exergame sur les fonctions exécutives et physiques chez les personnes âgées atteintes de démence : essai contrôlé randomisé	Quantitative Essai contrôlé randomisé : comparaison entre un groupe exergame et un groupe contrôle recevant des activités traditionnelles.	24 personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence légère à modérée, réparties aléatoirement en groupe expérimental et groupe contrôle.	Approche neurocognitive et motrice : stimulation simultanée de la cognition (fonctions exécutives) et du corps par le mouvement ludique.	Gérontologie Neurosciences cognitives Sciences de l'informatique	Le groupe exergame a montré une amélioration significative des fonctions exécutives par rapport au groupe contrôle. Les performances physiques (équilibre, mobilité, vitesse de marche) se sont également améliorées. Bonne adhésion et tolérance à l'intervention.	Pas d'analyse sur le transfert vers les AVQ (habillage, alimentation, autonomie quotidienne). - Personnalisation des jeux selon les préférences, habitudes et intérêts des patients non explorée. - Pas d'évaluation de l'impact occupationnel : participation sociale, bien-être subjectif, rôle des proches aidants. - Intégration dans la pratique ergothérapeutique quotidienne (organisation, formation du personnel, accessibilité du matériel) reste non étudiée.	essai contrôlé randomisé (ECR), méthodologie quantitative rigoureuse, résultats mesurables et validés (+++)
American journal of preventive medicine, 2012, Etats Unis (étude scientifique)	Exergame et démence des personnes âgées : un essai clinique randomisé en grappe	Quantitatif Essai clinique randomisé de l'impact de 3 mois de l'exergame par rapport aux exercices traditionnels sur les fonctions cognitives chez les personnes âgées	102 personnes âgées de huit communautés de retraités se sont inscrites ; 79 ont été randomisées et 63 ont terminé	Lien entre activité physique, stimulation cognitive et prévention du déclin cognitive	Gérontologie Neurosciences cognitives Sciences de l'informatique Santé publique	Groupe exergaming a montré une amélioration cognitive supérieure au vélo seul (tests neuropsychologiques : Stroop, Trail Making, etc.). (d=0,50) - Réduction significative du risque de déclin cognitif : environ 23 % de risque en moins. - Effet protecteur équivalent à 3 à 5 ans de prévention du déclin lié à l'âge.	Peu d'éléments sur la transposabilité en ergothérapie (ex. comment intégrer l'exergaming dans les activités de vie quotidienne). - Ne mesure pas l'impact sur l'autonomie fonctionnelle ni sur la participation sociale. - Manque d'analyse qualitative de l'expérience subjective des participants (motivation, plaisir, obstacles).	essai clinique randomisé en grappe, bonne taille d'échantillon, résultats statistiques solides (+++)
NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 2018, France (étude scientifique)	Faisabilité et intérêt de l'entraînement en exergames pour des patients Alzheimer en SLD	Etude interventionnelle (phase de pré-test, post-test, stimulation via l'exergame et stimulation dansée) Observation, évaluation et autoévaluation	Patients Alzheimer institutionnalisés en soins de longue durée (SLD) MMS 21/30, capacité de marche sans AT, absence de troubles cognitifs /auditifs et aucune contradiction de la pratique d'une act. physique	Approche neurocognitive et psychomotrice : stimulation cognitive et motrice par les « exergames » Maladie neurodégénérative (Alzheimer).	Gérontologie Neurosciences Cognitives Sciences de l'informatique	Bon niveau d'adhésion et de tolérance des patients. Groupe entraîné = + performants concernant la mémoire de travail, et état fonctionnel (tâche d'équilibre) Amélioration des capacités cognitives et capacités fonctionnelles	Peu d'analyse sur la durabilité des effets (long terme). - Impact sur les AVQ et la participation occupationnelle non exploré. - Intégration concrète de ces outils dans la pratique quotidienne des ergothérapeutes reste à préciser (adaptation, accessibilité, évaluation fonctionnelle).	étude interventionnelle pré-post avec observation, mais sans randomisation. Bonne pertinence clinique, mais moins robuste méthodologiquement qu'un ECR. (+++)

Translational Research and Clinical Interventions, 2021, France (étude scientifique)	Efficacité des jeux vidéo d'exercice physique intensifs (serious exergames) dans l'amélioration des symptômes neuropsychiatriques liés aux troubles neurocognitifs : résultats de l'essai randomisé en grappes X-TORP	Quantitatif Essai randomisé par grappes (cluster RCT), centres (memory centers, maisons de retraite, day-care) répartis entre groupe intervention (X-Torp) et groupe contrôle (soins habituels). Évaluations aux temps : base (BL), après 12 semaines (W12), puis 12 semaines après la fin de l'intervention (W24). Analyse mixte (modèles linéaires mixtes), contrôlant âges, sexe, niveau d'éducation, type	91 sujets finaux analysés (initialement 125 inclus, 34 exclus dû aux évaluations avant le début de l'intervention). Moyenne d'âge = 81.7 ans, MMSE moyen ~18.3 (trouble cognitif léger à modéré / névrosant majeur / mineur NCD). Trente-cinq sujets (39 %) ont été inclus dans des centres de jour, 30 (33 %) dans des centres de mémoire et 26 (29 %) dans des maisons de retraite médicalisées.	symptômes neuropsychiatrique (apathie, symptômes comportementaux) dans les troubles neurocognitifs. Stimulation cognitive, activité motrice et serious game pour agir sur ces symptômes	gériatologie, neuropsychiatrie, sciences de l'informatique, neurosciences cognitives	Le groupe intervention (X-Torp) a montré une diminution de l'apathie entre BL et W12. - Le score global des symptômes neuropsychiatriques (NPI) a augmenté significativement dans le groupe contrôle entre BL et W24 (dégradation), alors qu'il est resté stable dans le groupe intervention. - Pour l'inventaire d'apathie (AI), le groupe intervention a montré une baisse significative à W12, mais pas un maintien à W24. - Corrélations positives : plus de temps de jeu, plus de mini-jeux cognitifs joués, plus de pas effectués → meilleure réduction des symptômes neuropsychiatriques (score NPI).	1. Transfert vers les AVQ / autonomie fonctionnelle : l'étude ne mesure pas si la diminution des symptômes neuropsychiatriques s'accompagne d'une amélioration concrète dans les tâches de la vie quotidienne. 2. Participation sociale / qualité de vie subjective : ressenti des patients, implication sociale, bien-être psychologique non évalués ou peu détaillés. 3. Adaptation individuelle : bien que le jeu permette de moduler la difficulté, peu d'informations sur comment l'ergothérapeute ajuste le jeu selon les capacités motrices, cognitives et motivationnelles spécifiques des patients. 4. Durabilité et suivi long terme : bien que l'étude a un suivi jusqu'à 12 semaines après l'intervention, on ne sait pas si les effets se maintiennent au-delà. 5. Précisions sur la tolérance, sécurité (risque de chute, fatigue, effets adverses) dans divers profils (maisons de retraite, centres de jour, etc.)	essai randomisé par grappes (cluster RCT), design robuste, suivi longitudinal (W12 et W24), analyses statistiques poussées (+++)
BMC Geriatrics, 2016, Suède (littérature grise)	Comment les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs légers appréhendent la technologie dans leur vie quotidienne actuelle et future	qualitative entretiens semi-directifs répétés à domicile, analyse inspirée de la Grounded Theory.	6 participants (61-86 ans) diagnostiqués avec MCI (mild cognitive impairment), vivant en zone urbaine suédoise.	Approche qualitative ancrée dans la Grounded Theory.	Gérontologie, sciences de la réadaptation, ergothérapie, santé publique.	Trois modes de rapport aux technologies identifiés : downsizing (réduction, abandon), retaining (maintien des usages), updating (adoption/mise à jour). Les participants valorisent les outils familiers (smartphone, tablette) mais sont réticents à la surveillance intrusive. Importance de compromis entre utilité, complexité, coûts et apprentissage.	L'étude n'aborde pas directement le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement à l'appropriation des technologies, ni les modalités concrètes d'intervention ergo pour soutenir l'apprentissage, la médiation ou l'adaptation des outils	étude qualitative avec entretiens semi-directifs, faible effectif (n=6). Pertinent pour explorer les vécus, mais pas généralisable.

Stenger, S. (2015). Mémoire d'ergothérapie, Mémoire Online. France (littérature grise)	Intérêt et place des robots compagnons dans le maintien à domicile des personnes âgées isolées, et rôle des ergothérapeutes dans leur préconisation.	Mémoire basé sur une étude exploratoire : revue de littérature + enquête qualitative auprès de professionnels (ergothérapeutes) -	Personnes âgées isolées (bénéficiaires potentiels) + ergothérapeutes interrogés (population indirecte).	Approche exploratoire, centrée sur la gérontechnologie et la pratique ergothérapique.	Ergothérapie, gérontologie, nouvelles technologies (robots d'assistance/co-compagnons).	Les robots compagnons pourraient contribuer à rompre l'isolement, stimuler les capacités cognitives et affectives, et sécuriser le maintien à domicile. Toutefois, la préconisation par l'ergothérapeute doit être prudente : limites éthiques, acceptabilité variable, risque de substitution au lien humain. Le rôle de l'ergo est de médiatiser et adapter la recommandation.	Ne traite pas en profondeur des modalités pratiques d'évaluation de l'acceptabilité des robots par les personnes âgées, ni de protocoles précis d'accompagnement ergo pour l'intégration effective de ces technologies au quotidien.	mémoire exploratoire basé sur une revue de littérature et une enquête qualitative auprès de quelques professionnels. Pertinent comme piste, mais pas validé par une méthodologie scientifique stricte.
Rialle, V., Rumeau, P., Olivet, C., Sablier, J., & Hervé, C. (2014) Journal International de Bioéthique, France (littérature professionnelle)	Télémédecine et gérontechnologie pour la maladie d'Alzheimer : nécessité d'un pilotage international par l'éthique	Revue de littérature / synthèse / argumentation bioéthique ; analyse de travaux scientifiques nationaux et internationaux.	personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, des praticiens, chercheurs, décideurs.	Théorie éthique / bioéthique appliquée, cadre éthique international, principes de justice, respect, bienfaisance, autonomie,	Bioéthique, télémédecine, gérontologie, technologie de santé, politique de santé	Il y a un « immobilisme hyperactif » : beaucoup d'expérimentations mais peu de produits réellement utiles, durables et acceptés. • Besoin d'ancrage éthique des expérimentations : transparence, consentement, respect des personnes, respect de la vie privée, équité d'accès. • Nécessité d'une coopération internationale pour harmoniser les normes, partager les bonnes pratiques, éviter les dérives.	Ne donne pas de détails sur comment l'ergothérapeute pourrait intervenir concrètement dans l'éthique de la télémédecine / gérontechnologie (par exemple dans la sélection, l'adaptation, l'évaluation, la formation des patients). • Peu ou pas de données empiriques sur l'usage effectif par les personnes Alzheimer (leurs perceptions concrètes, leurs capacités d'appropriation, leurs ressources / obstacles au niveau individuel). • Ne traite pas spécifiquement des questions pratiques d'ergothérapie (aménagement, aides techniques, approche occupationnelle) mais plutôt du cadre macro (politiques, normes, réglementation, éthique).	niveau de preuve scientifique faible

Yatim, F. (2012) Vieillesse et vieillissement : Regards sociologiques. Paris (littérature professionnelle)	Analyse de l'usage des technologies de santé au domicile des personnes âgées, et réflexion sur la tension entre approche individualisée (adaptée aux besoins spécifiques) et personnalisée (respectant la personne dans son identité).	Étude sociologique / analyse conceptuelle et critique, fondée sur revue de littérature et exemples.	Personnes âgées vivant à domicile, utilisateurs potentiels des technologies de santé.	Approche sociologique et critique, centrée sur les notions d'autonomie, d'individualisation, de personnalisation et de rapport aux technologies.	Sociologie, gérontologie, santé publique, technologies de santé.	Les technologies peuvent favoriser le maintien à domicile, mais risquent aussi d'imposer des normes standardisées. - Importance de distinguer « individualiser » (adapter aux besoins fonctionnels) et « personnaliser » (respecter la singularité de la personne). - Risque d'instrumentaliser la personne âgée si la dimension relationnelle et subjective est négligée	Le rôle concret de l'ergothérapeute dans l'accompagnement à l'usage de ces technologies n'est pas détaillé. - Pas d'analyse pratique des modalités d'évaluation des besoins ni d'adaptation environnementale par les ergo. - Peu d'éléments sur la manière dont les personnes âgées perçoivent elles-mêmes ces outils.	niveau de preuve scientifique faible
Ageing Research Reviews, 2022, Irlande	Effets des serious games sur les personnes atteintes de démence	Revue systématique et méta-analyse d'essais contrôlés randomisés (RCT)	Personnes atteintes de démence (participants des RCT incluses)	Approche fondée sur les preuves (evidence-based practice)	Gériatrie, neurosciences, psychologie, réhabilitation cognitive	Les serious games ont montré des effets positifs significatifs sur la cognition, la motivation et certaines capacités fonctionnelles ; amélioration modérée mais robuste par rapport aux soins usuels.	L'intégration concrète dans la pratique ergothérapique (adaptation des jeux aux contextes individuels, accessibilité, formation des thérapeutes) n'est pas abordée.	méta-analyse d'essais contrôlés randomisés + revue systématique --> niveau de preuve scientifique élevé (+++)
Cureus, 2020, Canada	Développement et évaluation d'un serious game visant à améliorer la sécurité domestique des personnes vivant avec la	Étude pilote / développement d'un jeu sérieux + évaluation exploratoire auprès d'experts et aidants	Professionnels de santé, aidants et/ou personnes vivant avec la démence (selon phase d'étude)	Approche centrée sur la personne + conception participative (user-centered design)	Gériatrie, ergothérapie, sciences infirmières, sciences du jeu, technologies de santé	Le jeu SafeHome est perçu comme utile pour sensibiliser à la sécurité à domicile et promouvoir de meilleures pratiques de soins. Retour positif sur la faisabilité et l'acceptabilité.	L'impact réel du jeu sur la sécurité effective des personnes à domicile ou sur les résultats cliniques (réduction des accidents, autonomie) n'est pas mesuré.	Niveau de preuve faible à intermédiaire (étude pilote, validation exploratoire)
PIRU, 2015, Angleterre (littérature grise)	Impact économique et potentiel d'investissement dans les technologies pour la prise en charge de la démence	Revue rapide de la littérature, entretiens avec experts, modélisation économique	Principalement le Royaume-Uni (adults atteints de démence et système de soins)	Approche économique	Santé publique, économie de la santé, technologies d'assistance	Peu de preuves solides sur l'efficacité des technologies pour les personnes démentes - Certaines technologies (assistives, surveillance passive) montrent des retours positifs - Modélisation : retarder l'admission en établissement de quelques mois via technologie pourrait générer des économies (à condition que coût < gain) - Identification de barrières nombreuses : coût, conception, adoption, compétences, acceptabilité, cadre réglementaire	Ne donne pas de détails sur l'application concrète en ergothérapie (activités, protocole, adaptation aux patients)	Moyenne : littérature grise
Retraite et Société, France, 2026 (avis d'expert, littérature pro)	Accès et usage des TIC par les seniors, inégalités et démocratisation	Analyse quantitative des données de l'enquête « TIC ménages » (INSEE) et revue de littérature	Seniors en France (principalement 55 ans et plus)	Inclusion numérique, démocratisation de l'accès aux technologies	Sociologie, sciences du vieillissement, études des TIC	équipement internet : 20 % des 80 ans et plus craintes liées à la sécurité (36 % des 60-64 ans n'ont pas commandé de produits ou services en ligne en raison de leurs craintes en matière de sécurité.) - Freins : compétences numériques limitées, coût, sécurité	Pas d'étude pratique sur l'adaptation des outils TIC aux besoins ergonomiques des seniors (facilité d'usage, interface adaptée, accessibilité physique et cognitive)	moyenne : publication scientifique, données fiables issues de l'INSEE, revue de littérature argumentée

Annexe 8 : Matrice conceptuelle du concept d' « accompagnement »

Concept	Modalités	Critères	Indicateurs (Éléments observables et pratiques)
Accompagnement	Dimension Relationnelle	L'Écoute (Posture & Technique)	- Dépasser l'attention passive pour dynamiser le questionnement de l'autre sur sa réalité. - Mobiliser la reformulation et l'interpellation pour soutenir le cheminement.
		Le Dialogue & La Rencontre	- Instaurer un espace « instituant » de sujet à sujet, au-delà des rôles prescrits. - Mobiliser la double compétence du professionnel et de l'accompagné.
	Dimension Éthique	Le Non-Savoir & L'Incertitude	- Suspendre ses certitudes théoriques et refuser de comprendre « trop vite ». - Accepter un processus ouvert dont l'aboutissement n'est pas garanti.
		La Non-Substitution (Éthique Derridienne)	- Pratiquer une réflexivité critique : « Pour qui je me prends ? ». - Refuser de penser, dire ou faire à la place de l'autre pour éviter toute ingérence.
	Dimension Temporelle	Le Mouvement & Le Rythme	- S'accorder au rythme de l'autre (« aller vers » et « en même temps »). - Prioriser la direction choisie par l'accompagné plutôt qu'un résultat technique imposé.
	Dimension Émancipatrice	L'Étayage vs Le Guidage	- Adopter une posture de retenue et de respect de la volonté de l'accompagné. - Refuser les rapports de domination, de séduction ou de contrôle.
		L'Empowerment & L'Humanité	- Favoriser la capacité de la personne à être actrice (« dire et faire »). - Créer un espace pour le travail de l'imaginaire et la construction de soi.
	Dimension Relationnelle	L'Écoute (Posture & Technique)	- Dépasser l'attention passive pour dynamiser le questionnement de l'autre sur sa réalité. - Mobiliser la reformulation et l'interpellation pour soutenir le cheminement.
		Le Dialogue & La Rencontre	- Instaurer un espace « instituant » de sujet à sujet, au-delà des rôles prescrits.

			- Mobiliser la double compétence du professionnel et de l'accompagné.
	Dimension Éthique	Le Non-Savoir & L'Incertitude	- Suspendre ses certitudes théoriques et refuser de comprendre « trop vite ». - Accepter un processus ouvert dont l'aboutissement n'est pas garanti.
		La Non- Substitution (Éthique Derridienne)	- Pratiquer une réflexivité critique : « Pour qui je me prends ? ». - Refuser de penser, dire ou faire à la place de l'autre pour éviter toute ingérence.



Annexe 9 : Matrice conceptuelle du concept de « valeur »

Concept	Modalités	Critères	Indicateurs
Valeur	La visée éthique et relationnelle	Estime de soi (Pôle « je »)	Recherche d'une « vie bonne » et souci de soi
		Sollicitude (Pôle « tu »)	Spontanéité bienveillante et rapport originaire à l'autre
		Justice (Pôle « il »)	Garantie de l'équité et protection des droits dans le vivre-ensemble
	La rencontre et la responsabilité	Altérité	Surgissement de la valeur dans l'expérience du visage de l'autre
		Obligation	Responsabilité infinie qui précède la liberté individuelle
		Engagement	Manifestation de la valeur à travers l'acte de dire et la parole
	La double dimension économique	Utilité	Valeur d'usage : utilité concrète d'un bien pour le sujet
		Échange	Valeur d'échange : rapport de proportion entre deux produits sur le marché
	Le degré de publicisation	Légitimité collective	Valeurs publiques « invoquées » comme références sociales idéales
		Attachement réel	Valeurs privées « convoquées » qui guident l'action et l'affectif
		Contextualisation	Variation de l'énonçabilité selon le domaine d'activité et l'auditoire

Annexe 10 : Tableau des principaux biais, leurs effets et les moyens pour les atténuer

Biais	Effets	Moyens pour les atténuer
Biais méthodologique	- Un recueil d'information insuffisant, incomplet ou difficile. - Mauvaise formulation des questions. - Excès de questions ouvertes dans un questionnaire : lassitude des sondés, comportement d'évitement et exploitation plus difficile. - Les personnes sondées ne sont pas représentatives des caractéristiques de la population-mère que l'on est censée étudier (biais de sélection).	- Prendre du temps et mobiliser des moyens pour organiser le travail de collecte, d'analyse et de traitement de l'information. - Ne pas poser de questions orientées, trop sensibles ou agressives. Ne pas orienter les réponses, ni influencer. Poser des questions précises, simples, courtes, neutres, sans ambiguïté et reformuler les réponses données dans le cadre d'entretiens et soigner les réponses proposées dans le cadre d'un questionnaire. - Réaliser un questionnaire dans l'esprit qu'il faut pouvoir y répondre vite, sans trop de réflexion, car le risque est de passer la question ou de n'y mettre que quelques mots. Si questions ouvertes, faire une analyse de contenu et créer des catégories. - Avoir des informations sur la population-mère, avant de bâtir un échantillon d'enquête.
Biais affectif	- Déformation du jugement entraînée par l'influence des états affectifs sur les processus de raisonnement ou d'évaluation. Les émotions interfèrent avec le jugement moral. Par exemple, être d'humeur positive ou négative peut influencer un recueil d'information. - Impact sur l'écoute ou l'observation lié à la séduction, à la répulsion, ...	- Prendre conscience que nos états d'âme du moment peuvent interférer sur la qualité du recueil de l'information. Tenter de se mettre en recul par rapport à cela, afin de garder une vision la plus objective possible. - En prendre conscience et faire en sorte que les états affectifs aient le moins de conséquences possibles sur la qualité du recueil de l'information.
Biais de désirabilité sociale	- Comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé, observé, etc - Mise en confiance, motivation provoquée par la valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt (effet Hawthorne).	Multiplier les entretiens avec des personnes différentes pour avoir des points de vue variés.
Biais de confirmation (d'hypothèses)	Tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues, leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de leurs conceptions.	Prendre en considération les informations, les signes qui vont à l'encontre de nos présupposés, de nos hypothèses initiales. Capacité d'interrogation et de remise en question. Poser des questions autres que celles qui confortent nos points de vue initiaux. Interroger le collectif pour la phase de préparation du recueil (trame de questionnaire, d'entretien).

Effet de primauté Effet de récence	• Il donne une importance exagérée à ce qui se passe au début du recueil d'information. • Il donne une importance exagérée à ce qui se passe à la fin du recueil d'information.	• Ne pas sous-estimer ce qui se passe entre le début et la fin du recueil d'information.
Effet de halo	• Une des caractéristiques de la personne qui détient l'information influe favorablement ou défavorablement la perception totale et globale de celui qui recueille l'information.	• Avoir des appréciations plus nuancées des différentes facettes de la personne.
Fixation sur l'objectif	• Rester focalisé sur la motivation du moment (prendre des notes, poser une question, observer quelque chose en particulier) et ne pas voir tout le reste.	• Recueillir l'information à deux afin de limiter les biais de fixation sur l'objectif.
Biais de similarité Biais de différence	• Considérer plus favorablement les personnes qui nous ressemblent. • Considérer plus défavorablement les personnes qui ne nous ressemblent pas.	• Ne pas considérer une personne seulement parce qu'elle nous ressemble ou qu'elle est différente.

Annexe 11 : Grille d'entretien semi-directif de l'étude

N° de questions	Sous-thématiques	Objectifs	Questions thématiques
1	Accompagnement ergothérapique et Nouvelles Technologies	Comprendre la posture et le rôle de l'ergothérapeute	Comment percevez-vous votre rôle d'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes démentes lors de l'intégration des nouvelles technologies ?
2	Valeurs implicites des personnes démentes/ Accompagnement ergothérapique	Explorer la perception de l'ergothérapeute et l'identification des valeurs implicites	Quelles valeurs implicites pensez-vous retrouver chez les personnes démentes que vous accompagnez et comment parvenez-vous à les repérer ?
3	Articulation technologies-valeurs-ergothérapeute	Analyser les ajustements et questionnements professionnels de l'ergothérapeute	Comment adaptez-vous votre accompagnement lorsque l'usage des nouvelles technologies semble en décalage avec les valeurs implicites du patient ?

Annexe 12 : Formulaire de consentement dans le cadre du respect de la loi Jardé et du RGPD

Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)**« L'accompagnement des personnes démentes par les nouvelles technologies en ergothérapie »**

Blaireau Paris (paris.blaireau@etu.univ-amu.fr), investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « L'accompagnement des personnes démentes par les nouvelles technologies en ergothérapie » en collaboration avec l'investigateur secondaire **Pavé Julien** (julien.pave@univ-amu.fr)

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec le consentement déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont ~~précisées~~ ^{Articles} 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de NOM + COORDONNEES.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « L'accompagnement des personnes démentes par les nouvelles technologies en ergothérapie ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Nom Prénoms

Signature :

(Précédée de la mention : lu, compris et approuvé)

Investigateur principal

Blaireau Paris

Signature :

Annexe 13 : Grille d'analyse d'entretiens

Interviewés	Caractéristiques des interviewés	Rôle et place de l'ergothérapeute dans l'utilisation des technologies	Valeurs implicites et accompagnement ergothérapique	Enjeux, limites, valeurs et cadre éthique de l'utilisation des technologies
E1	E1 est une femme âgée de 23 ans, diplômée d'état en ergothérapie depuis 2024. Cela fait un an et demi qu'elle travaille en EHPAD à 50% et à 50% en libéral en Haute Savoie. Elle utilise les nouvelles technologies (Tovertafel, activtab, casque virtuel) avec les personnes démentes dans le cadre de sa prise en	L14-19 : L'ergothérapeute occupe une place centrale en adaptant la technologie au profil et au vécu du résident. L27-30 : La sélection des participants repose sur une évaluation des capacités et de l'appétence pour l'outil L44-51 : Les objectifs visent la globalité de la personne : fonctions cognitives, motricité, bien être émotionnel et lien social L97-111 : Impact positif sur l'éveil et la diminution des troubles du comportement L125-138 : Effet des technologies sur le comportement et l'éveil plutôt que sur les capacités	L54-63/77-81 : Sélection et adaptation de la technologies selon l'intérêt, les capacités cognitives et la connaissance du résident ; importance de préparer le groupe pour un objectif commun L176-184 : Identification de valeurs comme la curiosité et la joie à travers l'interaction technologique. L187-190 : Observation des comportements et verbalisation positive pour identifier les valeurs du résident L193-196 : Identifier les valeurs est facile grâce à une connaissance préalable du résident L201-207 : Utilisation des projets personnalisés, de l'histoire de vie et de la famille pour comprendre les valeurs et préférences du résident	L37-39/67-72 : Limites liées aux effets secondaires physiques comme les vertiges ou maux de tête L157-162 : Limites de l'utilisation de la technologie selon les capacités cognitives et adaptation pour réduire le stress avec un accompagnement personnalisé L221-226 : Ajustement de la prise en charge par concertation entre professionnels et réévaluation des pratiques face à une situation complexe L265-281 : Refus des dispositifs de surveillance intrusifs au nom du respect de la vie privée. L284-292 : Arbitrage entre utilisation de la technologie de surveillance et respect de la liberté du résident en fonction du rapport bénéfice/risque

	charge ergothérapique.	cognitives ; amélioration de l'humeur et de l'interaction L143-150 : La technologie peut favoriser l'autonomie numérique et faciliter la communication avec l'entourage	L213-218 : Persistance des passions et de l'identité fondamentale malgré l'évolution de la pathologie. L233-238 : Feedback positif mais limité dans le temps en raison des troubles cognitifs L244-258 : La technologie révèle des intérêts cachés, permettant d'ajuster le projet de vie global. L311-318 : Prise en compte des besoins fondamentaux et du désir de liberté du résident malgré les risques L327-328 : Abandon de la technologie au profit d'activités plus traditionnelles adaptées au résident L331-345 : Abandon d'une technologie inadaptée au profit d'une solution respectant les besoins et comportements du résident	L296-307 : Arbitrage éthique privilégiant la liberté d'aller et venir sur la sécurité absolue. L353-361 : Vérification et ajustement du consentement par reformulation, répétition et observation du comportement L366-372 : Garantie du consentement par la possibilité physique et immédiate de refuser l'activité. L385-392 : Inclusion des résidents dans la réflexion institutionnelle sur l'usage des technologies L409-416 : Démarche d'accompagnement basée sur le respect de l'autonomie du résident, logique de persévérance et principes de non-malfaisance L421 : Comportement moteurs d'errance et de fuite
--	------------------------	---	--	--

			L348-349 : Identification de l'adéquation par observation et recueil du consentement L375-381 : Ajustement de l'accompagnement fondé sur une évaluation continue avec les retours des patients et des soignants permettant d'apprécier l'acceptabilité et d'orienter la poursuite ou l'arrêt de l'intervention L396-401 : Adaptation de l'information et de l'introduction de la technologie selon les capacités cognitives avec recours à l'observation des réactions	
E2	E2 est une femme âgée de 28 ans, diplômée d'état en ergothérapie depuis juillet 2020. Elle a commencé par travailler en hôpital gériatrique, donc	L22-35 : Utilisation des technologies comme support thérapeutique L37-39 : Difficulté sans médiation, efficacité avec technologie L39-40/L53-54 : La technologie, utilisée comme médiateur, facilite la compréhension et l'engagement	L64-69 : Individualisation des objectifs thérapeutiques L92-97 : Ajustement par essai-erreur des outils L120-130 : Nécessité d'éviter la mise en échec L229-213 : Importance du sens pour la personne	L104-108 : Difficulté d'usage liée aux capacités cognitives L143-144 : Refus d'un usage passif ou autonome L169-174 : Limitation temporelle liée à l'attention L186-197 : Impact des technologies sur la relation soignant-soigné

	USLD et SSR, médecine, EHPAD et unité de vie protégée au Centre-Val de Loire. Cela fait 3 ans qu'elle travaille avec les personnes démentes en utilisant les nouvelles technologies dans sa pratique ergothérapique (activtab, tapis de marche avec écran, Blazepod).	L55-61 : La technologie stimule l'activité et la motivation notamment pour des personnes apathiques L110-111 : Importance de l'accompagnement humain (mimétisme, guidance verbale, guidance physique) L114-117 : Position centrale du thérapeute dans l'usage des technologies L132-143 : Prise en charge groupale des séances L143-144 : Effet apaisant des technologies L212-213 : Nécessité de formation L366-373 : Les nouvelles technologies sont utilisées pour la rééducation et l'apaisement des résidents tout en respectant leur	L243-250 : Prise en compte des activités significantes de la personne L273-279 : Identification du refus par le non verbal L281-286 : Expression émotionnelle facilitée par les nouvelles technologies L297-311 : Le refus du patient est exploré par des stratégies de détournement ; l'adhésion dépend de la compréhension de la consigne et guide de poursuite ou l'arrêt de l'activité L322-324 : Prise en compte répétée du refus L326-330 : Importance de l'observation continue L334-341 : L'entourage et la famille permettent d'identifier les valeurs et les habitudes de vie influençant l'adhésion aux activités L343-353 : Les refus ou difficultés des résidents peuvent avoir des causes	L186-197 : Variabilité d'adhésion selon les patients L206-208 : Risque de dérive vers un usage passif L314-321 : Limites du recueil de données initiales pour identifier les valeurs de la personne L356-360 : Vigilance face à l'infantilisation L374 : Refus d'un usage substitutif du soin L419-424 : Certaines technologies sont inadaptées par rapport aux capacités cognitives du patient L452-458 : Promotion de l'autonomie et dignité L501-518 : Les outils (chats interactifs, bébé reborn, peluche) doivent être utilisés avec transparence et encadrement pour éviter toute confusion ou frustration L520-526 : Utilisation ponctuelle de l'outil et accompagnement individualisé
--	--	---	---	--

		niveau cognitif et en variant les activités L389-398 : Les nouvelles technologies sont des outils intéressants en plus afin de varier les activités, éviter la routine et stimuler les résidents tout en respectant leurs limites L426-433 : Stratégies (diversion et valorisation) pour favoriser l'adhésion L463-476 : Technologie comme médiateur social	physiques ou contextuelles ; il est crucial de les observer et d'analyser leur état avant d'adapter les activités L404-410 : Adaptation aux préférences individuelles, goûts et valeurs de la personne (musique douce, quelque chose de doux) L411-415 : L'adaptation des outils repose sur les goûts du patient et sur la collaboration avec la famille et la psychologue L435-443 : Importance du travail pluridisciplinaire L445-449 : L'utilisation des outils repose sur des objectifs précis et s'adapte aux capacités du patient L479-481 : Modules spéciaux de réminiscence L486-493 : Outil utilisé de manière encadré et individualisé afin d'apaiser les	en cas de troubles du comportements sur des temps courts L528-534 : Mise en place prudente et progressive des technologies avant leurs adoptions en raison de sa complexité et de son coût
--	--	---	--	--

			troubles du comportement sans provoquer d'agitation	
E3	E3 est une femme âgée de 55 ans, diplômée d'état en ergothérapie depuis 1993. Elle a toujours travaillé en maison de repos en Belgique. Elle est référente pour la démence depuis 2011. Elle utilise des nouvelles technologies dans sa pratique ergothérapique avec des personnes atteintes de démences comme ordimemo et la WII.	L41-49 : Rôle de l'ergothérapeute parfois confondu avec celui des éducateurs, distinction sur le plan fonctionnel que cognitif L49-54 : Rôle : ouverture vers le monde extérieur et éviter le cloisonnement L57-65 : Posture encourageante et valorisation L68-71 : Évaluation informelle basée sur l'observation L111-123 : Renforcement du lien social grâce aux technologies	L73-81 : Adaptation de l'activité évaluée à partir de l'intérêt, de la participation et des capacités de mémorisation du patient observées en situation L101-108 : Adaptation basée sur l'histoire de vie et intérêts du groupe L131-134 : Identification des valeurs implicites (famille et sentiment de liberté) par l'observation de leur comportement L141-145 : Distinction refus pathologique et du refus lié aux valeurs par compréhension du comportement L149-170 : Importance du groupe pour identification des valeurs L173-180 : L'ergothérapeute abandonne ou adapte une activité lorsqu'elle n'est pas en accord avec les valeurs ou l'intérêt du patient	L30-37 : Technologies coûteuses (table tactile, mur interactif) non accessibles L84-93 : Pas de difficultés majeures sauf techniques (connexion internet) L149-154 : Histoire de vie insuffisante, importance de l'observation L183-188 : Hétérogénéité des réactions face à une nouvelle technologie L220-228 : Durée des séances variable selon attention L243-253 : Difficulté d'impliquer l'équipe soignante L272-277 : Technologies en développement mais coûteuses

			L190-203 : Ajustement de la prise en charge si la technologie ne convient pas à la personne L206-216 : La famille est un partenaire de la prise en charge de la personne surtout lors du recueil de l’histoire de vie L231-234 : Alternance outils classiques et technologies L257-270 : Équilibre basé sur le ressenti du patient et le moment opportun	
--	--	--	--	--

Résumé

Introduction – Une évolution démographique et une augmentation des troubles cognitifs est constatée dans un contexte où les nouvelles technologies émergent dans les pratiques ergothérapeutiques. L'objectif de la recherche est d'identifier comment l'ergothérapeute perçoit son accompagnement avec des personnes atteintes de troubles démentiels, dans le cadre de l'intégration des nouvelles technologies, notamment au regard des valeurs implicites des personnes démentes en jeu. *Méthode* – La méthode clinique casuistique est choisie avec la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes francophones. Les données ont été analysées de manière descriptive, verticale et horizontale. *Résultats* – Trois ergothérapeutes ont participé à la recherche. Les résultats mettent en évidence le rôle central de l'ergothérapeute dans l'adaptation et l'utilisation de ces technologies, ainsi que, l'importance accordée au respect des valeurs implicites des personnes atteinte de démence. Cependant, cette approche génère parfois des tensions entre idéaux éthiques et contraintes pratiques. *Conclusion* – Ainsi, l'ergothérapeute apparaît comme un médiateur dans l'utilisation des nouvelles technologies et le respect des valeurs de la personne atteinte de démence. L'intégration de ces outils nécessitent une réflexion éthique constante afin de garantir un accompagnement centré sur la personne, favorisant son autonomie, sa participation et sa qualité de vie.

Mots clés : Ergothérapie, Nouvelles technologies, Démence, Accompagnement, Valeurs

Abstract

Introduction - Demographic changes and an increase in cognitive impairments are being observed at a time when new technologies are emerging in occupational therapy practice. The objective of this research is to identify how occupational therapists perceive their work with people living with dementia, particularly in the context of integrating new technologies, with a focus on the implicit values of people with dementia that are at stake. *Method* – The casuistic clinical method was chosen, involving semi-structured interviews with French-speaking occupational therapists. The data were analyzed using descriptive, vertical, and horizontal approaches. *Results* – Three occupational therapists participated in the study. The results highlight the central role of occupational therapists in adapting and using these technologies, as well as the importance placed on respecting the implicit values of people with dementia. However, this approach sometimes creates tension between ethical ideals and practical constraints. *Conclusion* – The occupational therapist acts as a mediator in the use of new technologies and in upholding the values of people with dementia. The integration of these tools requires ongoing ethical consideration to ensure person-centered care that promotes independence, participation, and quality of life.

Key words : Occupational Therapy, New Technologies, Dementia, Support, Values