

Mémoire de fin d'études



Institut Limousin de FOrmation aux MÉtiers de la Réadaptation Ergothérapie

Impact de l'arthrose sur les activités instrumentales de la vie quotidienne pour les personnes âgées vivant à domicile
Etat des lieux des limitations ressentis par les personnes âgées souffrant d'arthrose.

Mémoire présenté et soutenu par
HIRSCH Amélie

En juin 2025



Mémoire dirigé par
DANGLES Hugo
Ergothérapeute DE, EHPAD Chastaingt, CHU de Limoges

Membres du jury
Mr. Hugo DANGLES
Mr. Thierry SOMBARDIER
Mr. Stéphane MANDIGOU



Remerciements

Avant de clôturer ce mémoire, qui marque la fin de ces trois années d'étude, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de cette belle (et parfois chaotique) aventure.

Un grand merci aux professionnels passionnés qui m'ont transmis l'envie d'exercer ce métier, et qui m'ont guidée pour devenir la future ergothérapeute que je suis en train de devenir. Merci à **Monsieur Thierry SOMBARDIER**, **Monsieur Patrick TOFFIN**, **Madame Émilie BICHON**, et bien sûr à mes super tutrices de stage.

Je souhaite aussi remercier **Monsieur Stéphane MANDIGOUT** pour son accompagnement sur ce mémoire : pour les petits coups de pression bien dosés qui nous ont fait avancer, et pour avoir répondu un dimanche après-midi juste pour comprendre comment j'avais réussi à bloquer mon questionnaire.

Merci également à mon directeur de mémoire, **Hugo DANGLES**, pour ses conseils avisés et son accompagnement.

Je remercie **ma famille**, qui m'a soutenue dans ce choix d'études que, ni eux ni moi ne connaissions il y a trois ans. Mais ensemble, on a appris à aimer ce métier incroyable. Merci pour votre aide précieuse : diffuser le questionnaire aux quatre coins de la France, relire mes textes, ou tout simplement me dire « ça va le faire » quand j'en doutais.

Une mention très spéciale à ma grand-mère, qui a inspiré ce mémoire. Sa force et son courage face à la douleur m'ont donné envie d'approfondir ce sujet et de faire de ce projet quelque chose d'utile.

Merci à **mes amies d'enfance**, avec qui j'ai traversé les océans et les années : merci pour les fous rires, les discussions profondes (ou pas), et de m'avoir fait sortir de ma grotte quand je m'y enfermais. Je suis fière de chacun de vos parcours.

Enfin, merci à **mes amies de promo**, rencontrées au fil de ces trois années : on a ri, pleuré, galéré, construit des orthèses un peu bancales... mais surtout, on a grandi ensemble. Et ça, c'est le plus beau des souvenirs.

Droits d'auteurs

Mémoire de Master confidentiel.

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

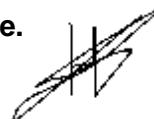
Je, soussigné Amélie HIRSCH

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le 28/05/2025

Suivi de la signature.



Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

Le plagitaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2025
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) Amélie HIRSCH

Étudiante de 3^e année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à Limoges

Le mercredi 28 mai 2025

Signature de l'étudiante



Glossaire

AFLAR : Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AIVQ : Activités Instrumentales de la Vie Qutidienne

APA : Activité Physique Adaptée

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EVA : Echelle Visuelle Analogique

GIR : Groupe Ido-Ressource

HAQ : Health Assessment Questionnaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IPD : Inter-Phalangienne Distale

IPP : Inter-Phalangienne Proximale

OA : OsteoArthritis

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PEOP : Personne -Environnement -Occupation -Performance

SSRG : Service de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique

Table des matières

Introduction	1
Personnes âgées	2
1. Définition personne âgée.....	2
2. Vieillissement	2
3. Lieu de vie	3
4. Impact du vieillissement.....	4
L'arthrose	5
1. Epidémiologie.....	5
2. Facteurs de risques	5
3. Diagnostic de l'arthrose	5
3.1. Caractéristiques symptomatiques	6
3.2. Caractéristiques rédiologiques.....	6
3.3. Les différents stades.....	7
3.4. Causes	8
3.5. Localisations.....	8
4. Retentissement de l'arthrose dans le quotidien.....	9
4.1. Impact sur la qualité de vie	9
4.1.1. Social.....	10
4.1.2. Activités domestiques	10
4.1.2.1. Activités de la vie quotidienne (AVQ)	10
4.1.2.2. Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)	11
Accompagnement des personnes âgées avec de l'arthrose	12
1. Recommandation de prise en charge	12
1.1. Traitements médicamenteux.....	12
1.2. Traitements chirurgicaux.....	12
1.3. Traitements non-médicamenteux.....	13
2. Ergothérapie en gériatrie	14
2.1. Définition	14
2.2. Accompagnement de l'arthrose en ergothérapie.....	14
3. Modèle conceptuel	14
4. Recommandations.....	15
De la théorie à la problématique	16
Méthode	17
1. Description de la population	17
2. Mode de diffusion et de sélection	17
3. L'outil méthogologique	17
4. L'analyse des résultats	18
Résultats	19
1. Généralités	19
2.1. Le genou	19
2.2. La hanche.....	19

2.3. La main.....	20
2. Résultats du questionnaire Health Assessment Questionnaire (HAQ)	20
2.1. Faire la toilette et s'habiller	20
2.2. Se (re)lever.....	21
2.3. Manger	21
2.4. Marcher	22
2.5. Hygiène	23
2.6. Atteindre et attraper un objet	23
2.7. Préhension	24
2.8. Autres activités	24
3. Résultats de la dernière partie	25
Discussion.....	26
1. Objectifs de l'étude	26
2. Réponse à la problématique	26
2.1. Rétentissement de l'arthrose sur les soins personnels.....	26
2.2. Impact de la localisation sur les limitations	27
2.1.1. Arthrose du genou (gonarthrose)	28
2.1.2. Arthrose de la hanche (coxarthrose)	28
2.1.3. Arthrose des mains.....	29
2.1.4. Activités sans distinction clair de localisation	29
2.3. Possibilité d'intervention en ergothérapie.....	29
3. Limites de l'étude.....	31
4. Perspectives.....	32
Conclusion	33
Bibliographie	34
Annexes	38
Annexe 1. Questionnaire	39

Table des illustrations

Figure 1: Schéma de l'évolution d'une articulation atteinte par l'arthrose.....	7
Figure 2: Localisation de l'arthrose (n =101).....	20
Figure 3: Evaluation de la capacité à réaliser les activités de toilette et d'habillage (n=101)	21
Figure 4: Evaluation de la capacité à réaliser les activités de se (re)lever (n = 101)	22
Figure 5: Evaluation de la capacité à réaliser les activités pour manger (n = 101)	23
Figure 6: Evaluation de la capacité à réaliser les activités de marche (n = 101)	23
Figure 7: Evaluation de la capacité à réaliser les activités d'hygiène (n = 101).....	24
Figure 8: Evaluation de la capacité à réaliser les activités nécessitant d'atteindre et d'attraper des objets (n = 101).....	25
Figure 9: Evaluation de la capacité à réaliser les activités de préhensions (n = 101)	25
Figure 10: Evaluation de la capacité à réaliser les courses, l'accès à la voiture et le ménage/jardinage (n = 101)	26

Introduction

Le vieillissement de la population française est une réalité démographique de plus en plus marquée. D'ici 2050, on estime qu'un tiers de la population pourrait être considéré comme âgé (1). Ce vieillissement s'accompagne d'une fragilisation progressive de l'organisme, rendant les individus plus sensibles aux pathologies chroniques (2). Dans ce contexte, l'indépendance devient un enjeu majeur, d'autant plus que la majorité des personnes âgées expriment le souhait de rester à domicile. Pourtant, cet environnement n'est pas toujours adapté à leurs capacités et à leurs besoins (2) (3).

Parmi les pathologies fréquentes dans cette tranche d'âge, **l'arthrose** occupe une place importante. Il s'agit d'une maladie rhumatologique chronique qui touche les articulations (4). L'arthrose est aujourd'hui l'une des pathologies les plus invalidantes chez les plus de 60 ans, avec près de **595 millions de personnes concernées dans le monde** (5). Le diagnostic repose à la fois sur des symptômes cliniques comme la douleur, les raideurs ou les limitations des amplitudes articulaires et sur des critères radiologiques, notamment la destruction progressive du cartilage (6) (7) (8).

Les articulations les plus touchées sont généralement les genoux, les hanches et les mains (9). En conséquence, l'arthrose a un impact significatif sur la qualité de vie, entraînant des répercussions dans la vie sociale et dans les gestes du quotidien (10). On estime que **près de 80 %** des personnes souffrant d'arthrose rencontrent des limitations fonctionnelles dans les **activités de la vie quotidienne (AVQ)** (11). En revanche, l'impact sur les **activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)**, plus complexes et pourtant tout aussi essentielles pour maintenir l'indépendance, est encore peu documenté.

C'est au cours de ma première année d'études en ergothérapie que cette problématique m'a particulièrement interpellée. Lors d'un stage dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (SSR G), j'ai été confrontée à de nombreux patients souffrant d'arthrose. Même si cette pathologie n'était pas le motif principal d'hospitalisation, elle était très fréquemment présente. Pourtant, les difficultés liées à l'arthrose étaient rarement prises en compte dans les projets de soins. À plusieurs reprises, j'ai entendu des phrases telles que : « C'est normal à votre âge » ou « On ne peut rien y faire » face à des douleurs handicapantes.

Ces constats m'ont amenée à m'interroger : **comment les personnes souffrant d'arthrose vivent-elles concrètement leur quotidien** ? Ressentent-elles des limitations dans leurs activités ? Et si oui, dans quelle mesure cela affecte-t-il leur indépendance ?

Pour tenter de répondre à ces questions, j'ai choisi de construire mon mémoire autour de **l'évaluation des répercussions de l'arthrose sur les activités instrumentales de la vie quotidienne**, à partir d'un questionnaire diffusé auprès de personnes concernées par cette pathologie. Mon objectif est de mieux comprendre leurs besoins et de réfléchir aux pistes d'accompagnement que l'ergothérapie peut proposer.

Personnes âgées

1. Définition personne âgée

Définir la notion de « personne âgée » est complexe. En effet, elle ne se limite pas à un âge d'entrée dans cette catégorie, mais davantage à un état d'incapacité fonctionnelle (12). L'hétérogénéité de la population gériatrique ne permet pas d'établir un âge d'entrée, dans la vieillesse. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) complète à de nombreuses reprises la notion de « **personnes âgées** » comme celles ayant 60 ans ou plus, mais ne définit pas pour autant la soixantaine comme étant le passage dans cette population (3). Pour les services de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (SSR G) la limite d'admission dans ses services est de 75 ans (12). Les aides et allocations destinées aux personnes âgées en France sont attribuées à partir de 60 ou 65 ans, leur mise en place nécessite toutefois l'évaluation de leur perte d'autonomie, d'indépendance et de leur revenu (13).

L'âge chronologique qui établit l'âge réel d'une personne ne reflète que partiellement l'état physiologique (2). Au-delà des changements biologiques que l'avancée en âge amène, des changements sociaux sont aussi présents, tels que le passage à la retraite ou le décès de personnes proches (3).

Les personnes âgées font partie d'une population dite (12):

- Spécifique en raison de la diversité de pathologies davantage présentes, un pourcentage plus important de fatigues physiques, psychiques ou socio-économiques et un risque majoré de perte d'autonomie et de dépendance.
- Hétérogène, car c'est la population la plus importante dans les hospitalisations de longues durées et les services des urgences.

2. Vieillissement

Des études montrent que d'ici 2050, un tiers de la population française serait considéré comme étant une personne âgée (1). Cette augmentation du nombre de personnes âgées s'explique par une population vieillissante conséquence du « baby-boom des années 1945 (3).

Le vieillissement n'est pas un processus continu et égal pour chacun ; il est hétérogène et dépend de l'état biologique de chaque personne (3).

Le vieillissement biologique est défini par l'accumulation de différentes lésions moléculaires et cellulaires qui entraîne une diminution progressive des capacités générales de la personne, une sensibilité au stress et une augmentation du risque d'apparition de maladies (2). Ces changements aboutissent au décès de la personne. Ce processus n'est pas hétérogène, pas constant et pas associé à l'âge chronologique.

Le concept de « **fragilité** » est aujourd'hui utilisé pour décrire une personne avec un mécanisme d'adaptation au stress réduit dû à une perte des capacités physiologiques (14). Cela peut entraîner des signes divers tels que : fatigue, perte de poids, isolement social, ... En France, la prévalence de la fragilité présente une augmentation exponentielle avec l'âge est davantage féminine (1). Nous dénombrons 10 à 13 % de plus de 55 ans dits « fragiles ».

L'HAS recommande depuis 2013 de repérer les personnes « fragiles » de plus de 70 ans pour mettre en place des actions de prévention à la dépendance et à la sécurité.

Les **pathologies chroniques** sont la cause d'incapacité et de dépendance, nous y retrouvons les cancers, les maladies neurodégénératives et les pathologies à risque cardio-vasculaire (1). Le risque d'apparition de maladie chronique augmente avec l'âge comme indiqué précédemment. De ce fait, la polypathologie est davantage présente dans la population âgée due à une accumulation de facteurs de risque.

Le vieillissement en bonne santé est influencé par les comportements de vie sains durant l'ensemble de la vie de la personne. Des comportements à risques tels que le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation non équilibrée ont une incidence sur le vieillissement (3). A l'inverse, un comportement sain avec une alimentation équilibrée, une pratique physique régulière et une faible consommation de tabac favorisent le vieillissement et retardent la dépendance aux soins. On estime que 24 % des personnes entre 75 et 84 ans présentent cinq ou plus pathologies simultanément (2).

L'environnement physique et social joue un rôle favorable dans le maintien des capacités (3). L'adaptation du lieu de vie fait partie des changements principaux dus au vieillissement, il peut se caractériser par une modification du logement actuel ou un déménagement dans un milieu plus favorable (2).

3. Lieu de vie

La grande majorité des personnes âgées souhaite rester à leur domicile le plus longtemps possible. Ils l'associent à un milieu sécurisant et familial dans lequel ils se sentent davantage autonomes (2).

En France, 16,7 millions de personnes de plus de 60 ans vivent à domicile, selon la grille isoressources (GIR) 3 à 8 % d'entre elles sont estimées en perte d'autonomie (1). On estime jusqu'à 1,3 million de personnes pouvant être considérées comme dépendantes à leur domicile (2). 41 % des personnes de 60 ans ou plus vivant à leur domicile sont exposées à de sévères limitations fonctionnelles et 26 % à des limitations importantes dans les activités quotidiennes. Les femmes sont davantage exposées à ses limitations que les hommes.

De 2015 à 2022, l'espérance de vie sans perte d'autonomie a augmenté de 0,8 % pour les femmes et de 0,5 % pour les hommes (15). Cela a permis de baisser la proportion de personnes institutionnalisées.

Afin de favoriser le vieillissement de la population, la politique « **vieillir chez soi** » encourage le maintien à domicile des personnes âgées (2). Elle est basée sur l'adaptation du logement, le développement des services d'aide à domicile et favorise l'autonomie et la qualité de vie. Cette politique a également des avantages financiers pour les dépenses de santé, en effectuant de la prévention et réduisant le nombre d'hospitalisation.

Cependant, cette politique n'est pas adaptée à tous (2). Pour les personnes isolées, avec des besoins de soins ou d'accompagnement importants, ou encore celle avec un logement inadapté le maintien à domicile n'est pas forcément la solution adéquate.

Les personnes âgées vivant à domicile constituent une population spécifique : elles évoluent dans un environnement souvent inadapté à leurs besoins, tout en voyant leurs capacités fonctionnelles se dégrader (3). Elles bénéficient de moins d'accompagnement dans la réalisation de leurs Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) que les personnes institutionnalisées. Cela les pousse à être davantage autonomes et indépendantes dans leur quotidien.

Le lieu de vie adéquate pour une personne âgée dépend de plusieurs facteurs : de son environnement et de ses capacités cognitives et fonctionnelles. Une limitation dans les capacités cognitives et fonctionnelles engendrera des répercussions dans le quotidien de la personne.

4. Impact du vieillissement

Le vieillissement biologique réduit les capacités physiologiques globales entraînant la vulnérabilité de la personne. L'individu est alors plus sensible au stress et augmente le risque de « **maladies chroniques**, de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et de décès » (1). Certaines maladies sont de ce fait plus répandues à un âge plus élevé dû au vieillissement biologique. Nous retrouvons (4) :

- Les maladies rhumatologiques, qui touchent les articulations et les os
- Les maladies neurologiques, impactant le système nerveux
- Les maladies bucco-dentaires, affectant les gencives et les dents
- Les maladies urologiques, liées aux voies urinaires et à la fonction rénale
- Les maladies touchant les yeux et les oreilles

En ce qui concerne les maladies rhumatologiques, certaines sont très fréquentes dans la population âgée telles que l'ostéoporose, **l'arthrose de la hanche et du genou** et la polyarthrite rhumatoïde (4). Par ailleurs, la plus courante de ces maladies reste l'arthrose (16).

L'arthrose

1. Epidémiologie

D'après l'OMS, pour les personnes de plus de 60 ans **l'arthrose** fait partie des pathologies les plus invalidantes (5). En effet, l'arthrose est la pathologie articulaire la plus répandue. A l'échelle mondiale, 7,6 % de la population souffrait d'arthrose en 2020, cela équivaut à 595 millions de personnes. Nous notons une augmentation de 113,25 % des cas d'arthrose entre 1990 et 2019 (17). De nos jours, dix millions de Français sont concernés soit 65 % des plus de 65 ans avec une prévalence qui augmente avec l'âge (18). Nous y retrouvons une majorité féminine.

L'arthrose est la cause d'importantes dépenses de santé. On estime jusqu'à 80 milliards de dollars dépensés aux Etats-Unis en 2016 dû à l'arthrose (5). Ces dépenses s'expliquent par un grand nombre d'hospitalisations, on dénombre environ un million d'hospitalisation aux Etats-Unis, ce qui amène à ce qu'elle soit la deuxième pathologie la plus onéreuse aux Etats-Unis (6).

L'avancée dans l'âge est l'un des principaux facteurs de risque d'arthrose (5). La population étant vieillissante, cette pathologie risque de devenir au cours des prochaines années un **fardeau sanitaire et économique**.

2. Facteurs de risques

L'âge moyen d'apparition de l'arthrose est de 45-55 ans. Il est possible de la retrouver chez des sujets plus jeunes tels que des athlètes ou des personnes ayant subi des traumatismes ou des lésions articulaires, mais cela reste une minorité (9).

L'avancée dans l'âge est un des principaux **facteurs de risque**. Nous retrouvons 65 % des personnes de plus de 65 ans et 80 % des plus de 80 ans qui présentent de l'arthrose (19). Nous pouvons retrouver d'autres facteurs pouvant influencer la présence d'arthrose tels que des antécédents familiaux, une pression articulaire importante (métier avec un port de charge important, sport intensif), des désordres métaboliques (diabète, obésité), des maladies articulaires (chondrocalcinose ou polyarthrite rhumatoïde), des maladies osseuses ou encore des anomalies anatomiques (valgum...) (5).

Ces facteurs impactent l'apparition mais aussi la progression de la pathologie (20). Ils jouent un rôle dans l'évolution de la maladie, ainsi que dans son diagnostic.

3. Diagnostic de l'arthrose

Le diagnostic est établi par un médecin en fonction de **caractéristiques symptomatiques** et **radiologiques**.

En parallèle, un diagnostic différentiel doit être réalisé afin d'exclure d'autres pathologies ainsi qu'une symptomatologie similaire tels que la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique et la bursite (6). Pour ce faire, des analyses sanguines doivent être effectuées et leurs résultats doivent être normaux pour établir un diagnostic d'arthrose.

Dans la moitié des cas, les patients présentent uniquement des caractéristiques symptomatiques et inversement, aussi appelé la dissociation « radio-clinique » (6) (20). Il est alors nécessaire de prendre en compte l'ensemble des signes de l'arthrose.

3.1. Caractéristiques symptomatiques

La douleur est le principal symptôme de l'arthrose (7). Elle est définie comme étant profonde et s'aggravant lors d'efforts, la douleur doit être signalée durant minimum un mois pendant les 12 derniers mois (5).

En complément des douleurs, des **raideurs articulaires** peuvent apparaître. Les raideurs surviennent principalement après une période de repos (sommeil ou inactivité) ou le soir et disparaissent généralement dans la demi-heure qui suit (7). Pour l'arthrose de genou, 72,8 % des patients souffrent d'une raideur matinale. Cette raideur est « intense » pour 64 % d'entre eux (21). **Des limitations d'amplitude** articulaire sont aussi fréquentes (6).

Ces symptômes évoluent constamment de façon cyclique avec (19) :

- Des phases chroniques, caractérisées par une gêne variable au quotidien et des douleurs modérées
- Des phases de douleur aiguës et d'inflammation de l'articulation durant plusieurs semaines

3.2. Caractéristiques radiologiques

La destruction chronique du cartilage est un signe caractéristique de l'arthrose. En effet, pour une personne saine, il existe un renouvellement du cartilage constant empêchant l'atteinte articulaire (8).

Cependant, une personne arthrosique présente un déficit dans les mécanismes de réparations naturelles du cartilage, entraînant un déséquilibre entre l'usure du cartilage et le mécanisme de réparation (8). Cela entraîne des dysfonctionnements dans l'ensemble des composants de l'articulation (voir Figure 1). Nous y retrouvons un amincissement du cartilage, s'il est trop important cela peut conduire à un **pincement** dû au contact entre les os. Nous pouvons retrouver une **ostéocondensation** désignant une densification de l'os collé, ainsi que la création de petites cavités dans l'os appelées **géodes** dues à l'usure de celui-ci. De plus, nous retrouvons des **ostéophytes** désignant des excroissances osseuses. Pour finir, nous pouvons observer une **déformation articulaire** apparente (22).

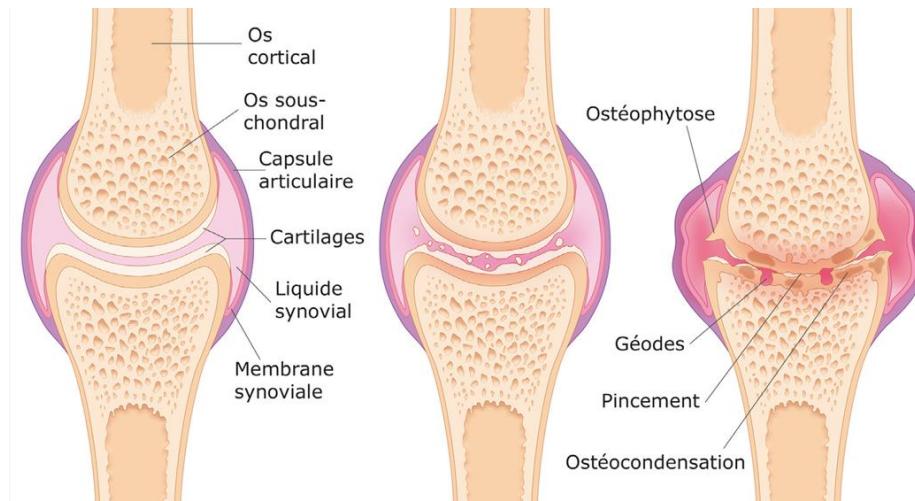


Figure 1 : Schéma de l'évolution d'une articulation atteinte par l'arthrose

L'arthrose est une pathologie évolutive due à la dégradation progressive de l'articulation et à l'aggravation des douleurs. De ce fait, nous retrouvons différents stades de la maladie permettant un meilleur diagnostic de son évolution (20).

3.3. Les différents stades

L'arthrose est une pathologie **chronique et progressive**. Kellgren et Lawrence définissent 4 stades d'évolution de l'arthrose permettant un diagnostic suite à un examen clinique ainsi qu'une radiographie (23) :

- **Stade 1** : désigne une **arthrose débutante et symptomatique**, où la radiographie est normale. Elle est caractérisée principalement par des douleurs mécaniques, qui apparaissent lors de mouvements et cessent au repos. Ainsi que par une raideur articulaire qui disparaît dans les minutes qui suivent (5).
- **Le stade 2** : correspond à l'arthrose dite « **minime** ». Elle est définie par la présence d'ostéophytes douteux, ainsi que l'apparition de poussées aiguës de courte durée, entraînant une douleur intense et un handicap fonctionnel s'accentuant au quotidien. Cela correspond à une atteinte totale de l'articulation touchée.
- **Stade 3** : désigne la présence de plusieurs ostéophytes ainsi qu'une diminution de l'espace articulaire visible. Il reprend les symptômes évoqués au stade précédent.
- **Stade 4** : reprend les signes du stade trois, mais des déformations osseuses sont observables en complément.

De nos jours, nous ne pouvons pas prédire l'évolution de l'arthrose, la progression n'est pas linéaire. Certaines personnes évolueront rapidement vers un stade sévère, tandis que d'autres s'arrêtent à des stades plus légers (6). En complément de la classification des stades de l'arthrose, il est possible de distinguer les différentes origines de la pathologie, qui influencent son développement et sa progression.

3.4. Causes

A ce jour, nous différencions deux origines d'arthrose : l'arthrose primaire et l'arthrose secondaire.

Pour **l'arthrose primaire** ou dite idiopathique, nous ne retrouvons pas de cause connue ce qui représente une majorité des cas d'arthrose (6).

A l'inverse, **l'arthrose secondaire** apparaît à la suite d'une maladie ou affection telle qu'une anomalie articulaire congénitale, une infection, une lésion, un trouble métabolique ou une maladie dégradant le cartilage articulaire (6) (7).

Cependant, dans la littérature, rares sont les études qui font une distinction entre les deux origines de l'arthrose. La majorité se contentent de différencier les articulations touchées par celle-ci.

3.5. Localisation

Les pourcentages des articulations les plus touchées par l'arthrose sont fluctuants en fonction des études menées et de leurs localisations géographiques (5). Cependant, une estimation a toutefois été réalisée pour évaluer le nombre de cas d'arthrose en 2050. On estime près de 642 millions de personnes touchées par l'arthrose de genou, 279 millions de personnes pour l'arthrose de main, 62,6 millions de personnes pour l'arthrose de hanche et environ 118 millions pour le reste des localisations de l'arthrose. Dans la majorité, **le genou** est l'articulation la plus touchée, suivi par **la hanche et la main**, puis le rachis (9). Nous retrouvons cette pathologie de façon moins importante dans d'autres articulations telle que les épaules, les chevilles, les poignets, les orteils et les coudes.

Pour l'arthrose du genou aussi appelée **gonarthrose**, elle regroupe les articulations entre le fémur, le tibia et la patella. L'arthrose peut toucher de façon simultanée ou décalée l'un des genoux ou les deux (22).

Dans la majorité des cas, la gonarthrose est une pathologie invalidante car c'est une articulation porteuse du corps soumise à de nombreux efforts / contraintes (24).

L'arthrose du genou peut toucher deux articulations distinctes : l'articulation fémoro-patellaire et l'articulation fémoro-tibiale. Dans 45 à 50 % des cas, c'est l'articulation entre le fémur et le tibia qui est touchée. L'articulation fémoro-patellaire est davantage présente chez les sujets jeunes suite à un traumatisme de l'articulation (22). Les deux articulations sont tout de même associées dans 15 à 20 % des cas de gonarthrose (25).

La coxarthrose désigne l'arthrose de la hanche, elle est située sur l'articulation coxo-fémorale (26). Cela se manifeste par des douleurs progressives le plus souvent au niveau du pli de l'aine et dans la fesse. Les douleurs peuvent entraîner une boiterie.

L'arthrose de la main regroupe elle aussi un ensemble d'articulations pouvant être touchées par cette pathologie (16). Notamment, l'arthrose nodale, l'arthrose érosive, et l'arthrose de la base du pouce nommée rhizarthrose touchant l'articulation trapézo-métacarpienne (27).

- L'arthrose nodale touche principalement les articulations interphalangiennes distales (IPD) et interphalangiennes proximale (IPP) (19). Elle est caractérisée par la présence des nodules, qui sont des protubérances visibles ou palpables se formant autour des articulations, appelées nodosités de Bouchard sur le IPP et nodosités d'Heberden sur les IPD. Ces nodules sont dus à une ossification et une hypertrophie des tissus de l'articulation. L'arthrose nodale entraîne sur le long terme une déformation articulaire pouvant impact le quotidien.
- L'arthrose érosive se distingue par une rapide dégradation des lésions articulaires et une dégradation osseuse visible. Cette forme entraîne davantage de perte fonctionnelle (27).
- La rhizarthrose se manifeste par des douleurs à la base du pouce. L'arthrose va entraîner au cours des années une déformation du pouce engendrant des douleurs et une invalidité fonctionnelle.

Le diagnostic d'arthrose sur deux ou plusieurs sites est associé à une polyarthrose (27). En fonction du diagnostic de l'arthrose, qui intègre le site, le stade et les symptômes, l'impact sur le quotidien ne sera pas le même.

4. Retentissement de l'arthrose dans le quotidien

L'arthrose impacte dans 25 % des cas les **capacités fonctionnelles** et, par conséquent, entraîne une diminution de la qualité de vie des personnes touchées (28). De plus, la présence de douleurs chroniques plus importantes lors des activités engendre un évitement de ces douleurs via une diminution de participation à celles-ci. La douleur impacte considérablement la **qualité de vie** et engendre des conséquences négatives sur l'humeur, les activités sociales, les loisirs, ainsi que le sommeil. Ainsi, nous retrouvons une diminution de participation aux **activités domestiques, professionnelles et sociales** (9).

4.1. Impact sur la qualité de vie

La **qualité de vie** est un concept abstrait, qui réunit deux concepts différents : la subjectivité et la multidimensionnalité (29).

- La subjectivité évoque le fait que la qualité de vie dépend de chacun et diffère d'une personne à l'autre.
- La multidimensionnalité fait référence à l'ensemble des éléments qui entrent en jeu, tels que le bien-être physique, fonctionnel, émotionnel et social.

En France, une première enquête de l'impact de l'arthrose sur la qualité de vie a été menée en 2013 par la ligue « Stop OA (OsteoArthritis) » (10). Cette enquête a été répétée entre 2019 et 2020 en France et en Belgique. Il a été constaté qu'aucune amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant d'arthrose n'a été observée entre ces deux enquêtes.

Il a toutefois été évalué que la qualité de vie des patients est fortement impactée par les limitations fonctionnelles présentes dans l'arthrose. Nous retrouvons de ce fait des répercussions sociales et quotidiennes.

4.1.1. Social

Les douleurs causées par l'arthrose du genou et de la hanche entraînent une diminution de la mobilité, ayant un incident direct sur la **participation sociale** (30). En effet, on observe une diminution des sorties en dehors du domicile.

Nous retrouvons une diminution des loisirs dans 78,1 %, de la vie familiale dans 61,9 % et de 58 % des activités sociales (10). Pour les patients travaillants toujours, nous constatons que 43,7 % d'entre eux déclarent rencontrer des difficultés sur le lieu de travail dues à leur pathologie.

4.1.2. Activités domestiques

Les activités domestiques désignent l'ensemble des tâches effectuées sans rémunération par une personne à son domicile (31). Elles incluent à la fois les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne.

4.1.2.1. Activités de la vie quotidienne (AVQ)

Les activités de la vie quotidienne (AVQ) regroupent les activités primaires de la vie, elles sont nécessaires pour vivre. Nous pouvons retrouver par exemple : se nourrir, aller aux toilettes, s'habiller et se laver (32).

En effet, plus de 80 % des personnes arthrosiques déclarent avoir une limitation fonctionnelle dans certaines activités de vie quotidienne (11). Nous retrouvons une limitation deux fois plus importante que dans la population générale dans la réalisation des tâches ménagères et une difficulté 1,6 fois plus significative dans l'habillage. Cela a un impact sur les relations sociales, le sommeil, la santé mentale et la qualité de vie (28). 25 % des patients atteint arthrose ne peuvent pas réaliser les activités quotidiennes principales (30).

41,7 % des personnes âgées avec arthrose rencontrent des difficultés, principalement en raison d'activités quotidiennes en position debout. Une moitié des patients nécessite une aide lors des activités de vie quotidienne (21). Une grande partie des patients (98,1%) rencontre des douleurs au genou lors d'activité de vie quotidienne. Ils présentent une vitesse de marche plus lente qu'une personne non arthrosique (30). La marche et le sommeil sont impactés pour plus de la moitié des patients dû aux douleurs causées par la pathologie (10). Nous retrouvons alors 47,9% des patients décrivant une fatigue impactant le quotidien.

Les patients atteints d'arthrose des mains présentent des limitations fonctionnelles significatives, en grande partie dues à une diminution de la force de préhension par rapport à des individus du même âge en bonne santé (30) (33). Ces difficultés se traduisent concrètement par une gêne dans la réalisation de nombreuses activités du quotidien. Ainsi, des études ont mis en évidence des limitations dans l'exécution de tâches telles que le ménage, l'habillage, l'utilisation d'appareils électroniques, l'écriture, les soins personnels et la conduite automobile (34).

Ces restrictions sont principalement attribuées à la douleur et à une faiblesse de la préhension, affectant la précision et la force nécessaires pour manipuler des objets.

4.1.2.2. Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Les **Activités instrumentales de la vie quotidienne** (AIVQ) regroupent l'ensemble des tâches permettant l'accès à une meilleure qualité de vie (35). Elles exigent des fonctions cognitives et physiques plus importantes que lors des AVQ (36). Nous retrouvons des activités telles que le ménage, la réalisation de courses, la préparation de repas, l'utilisation des transports publics ou de la voiture, etc (37).

L'arthrose de genou cause une diminution de la mobilité, notamment chez les femmes. Cela entraîne des difficultés à réaliser les courses, les travaux ménagers lourds, se promener ou encore prendre des escaliers (21).

Dans l'arthrose de la main, manipuler les petits objets, l'écriture et le transport de paquet (4,5 kg) ont été affectés, car elle impacte la force de préhension et la motricité fine (33).

Différentes activités de la vie quotidienne (AIVQ) nécessitent une aide en raison de l'arthrose, telles que le jardinage et le bricolage (28,7 %), la prise ou l'ouverture d'objets (22,9%) et les courses ainsi que les tâches ménagères (17,7 %) (10).

Après avoir abordé l'arthrose, ses différents types de diagnostic, ses localisations variées et son impact significatif sur les AVQ et AIVQ des patients, il est essentiel de se pencher sur les options de prise en charge. En effet, face à cette pathologie chronique, une prise en charge appropriée, qu'elle soit médicamenteuse ou non médicamenteuse, est primordiale pour limiter l'impact au quotidien des personnes touchées (1). Ces traitements visent à soulager les symptômes, à ralentir l'évolution de la maladie et à restaurer autant que possible les capacités fonctionnelles des patients (3) (7).

Accompagnement des personnes âgées avec de l'arthrose

1. Recommandation de prise en charge

A la suite de ce diagnostic, une **prise en charge** adaptée pourra être mise en place en fonction des caractéristiques personnelles, notamment l'âge, les activités, les douleurs et les degrés d'atteinte, ainsi que des besoins personnels des patients (24). Elle vise à réduire les douleurs et raideurs, tout en améliorant les capacités fonctionnelles (20).

Nous retrouvons trois types de traitements : médicamenteux, chirurgical et non-médicamenteux.

1.1. Traitements médicamenteux

Un suivi médicamenteux est mis en place pour réduire les douleurs et les raideurs. Tout d'abord, la prescription d'**antalgique** (paracétamol) est recommandée pour les poussées douloureuses, en raison de l'absence d'effets secondaires graves. Toutefois, son efficacité diminue rapidement en raison des douleurs croissante (20).

En cas de d'inefficacité du paracétamol et de présence de poussées inflammatoires, des **anti-inflammatoires non stéroïdiens** (AINS) sont préconisés, soit en supplément, soit en remplacement.

Des **infiltrations de corticoïdes** peuvent être recommandées en remplacement lorsque le médecin le juge utile, en cas d'inefficacité ou de contre-indication des AINS (20). Le traitement par opioïdes peut être envisagé, cependant son efficacité n'est démontrée qu'avec des opioïdes puissants. Ces derniers engendrent de nombreux effets secondaires tels que des vomissements, des constipations ou encore des étourdissements, ce qui amène à un taux élevé d'abandon du traitement (plus de 30 %).

Cependant, les médicaments préconisés peuvent donner lieu à des effets secondaires gastro-intestinaux et cardiovasculaire (17). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens augmentent de 50 à 100% le risque de problématiques cardiovasculaires, pouvant aboutir à un infarctus du myocarde, ou même au décès. Des risques d'addiction et de dépendance aux opiacés sont également présents (20).

D'autres traitements, comme la thérapie par cellules souches, ayant pour but d'améliorer la réparation du cartilage, n'ont pas encore de preuves scientifiques solides de leur réelle efficacité (38) (39).

Dans le cas où l'atteinte articulaire devient trop importante, engendrant un handicap au quotidien et des douleurs intenses, des traitements chirurgicaux sont envisageables.

1.2. Traitements chirurgicaux

Pour finir, dans le cas où l'arthrose engendre un handicap important pour la personne, le médecin peut proposer, si cela est possible, une **arthroplastie** ce qui correspond à la mise en place d'une prothèse partielle ou totale au niveau de l'articulation défaillante (39). Cette intervention est majoritairement utilisée pour l'arthrose de hanche et du genou, et présente une durée de vie de la prothèse de 15 à 20 ans en moyenne.

Cela permet de réduire les douleurs, favoriser le mouvement articulaire et d'améliorer la qualité de vie pour des personnes dont l'articulation est sévèrement touchée.

La prise en charge de l'arthrose, qu'elle soit médicamenteuse, physique ou chirurgicale, vise à soulager la douleur et à améliorer la fonction articulaire (39). Cela permet de limiter les conséquences de cette pathologie sur les activités de la vie quotidienne et d'améliorer ainsi la qualité de vie des patients.

1.3. Traitements non-médicamenteux

Les traitements non-médicamenteux de l'arthrose sont essentiels pour soulager les symptômes, améliorer la qualité de vie et ralentir la progression de la pathologie (18). Ces interventions visent à gérer la douleur, à réduire la raideur articulaire et à préserver la fonction physique (20).

- **La gestion du poids** est un élément fondamental du traitement non-médicamenteux, notamment pour l'arthrose du genou (20). La perte de poids réduit la pression sur les articulations, ce qui entraîne une diminution de la douleur et une amélioration de la fonction articulaire (7).

- **L'activité physique** est également primordiale. La pratique régulière de la kinésithérapie ou de l'activité physique adaptée (APA) aide à renforcer les muscles, à améliorer la mobilité articulaire et à réduire la douleur (39).

- **Les interventions environnementales**, telles que l'adaptation du domicile, sont également cruciales (5) (28). Cela inclut des adaptations pour améliorer l'accessibilité. De plus, l'équipement fonctionnel tel que les cannes, les bâquilles, ou les déambulateurs sont recommandés lors de la période de douleur aiguë pour soulager la pression sur les articulations (7).

- **Les orthèses et les appareils fonctionnels** (comme les semelles orthopédiques, les chaussures adaptées, ou les orthèses) offrent un soutien supplémentaire aux articulations touchées (20) (39).

- **L'éducation et l'autogestion** permettent aux patients de devenir acteurs de leur prise en charge en apprenant à mettre en place des stratégies pour vivre avec la pathologie (20). Ces programmes ont montré leur efficacité dans la réduction des symptômes et l'amélioration du bien-être général des patients.

Il est important de souligner que ces traitements peuvent être combinés avec des traitements médicamenteux pour optimiser les résultats (20). Cependant, de nombreux patients trouvent que les approches non-médicamenteuses peuvent offrir un soulagement significatif et contribuer à maintenir leur autonomie et leur qualité de vie.

En conclusion, une prise en charge combinant exercices physiques, gestion du poids et adaptation de l'environnement est essentielle pour gérer l'arthrose efficacement.

L'ergothérapie s'intègre parfaitement à la prise en charge car l'ergothérapeute joue un rôle important dans l'accompagnement des patients pour favoriser leur qualité de vie et préserver leur indépendance et autonomie face aux limitations causées par les pathologies (40).

2. Ergothérapie en gériatrie

2.1. Définition

L'ergothérapeute intervient auprès de personnes rencontrant des difficultés pour accomplir leurs activités quotidiennes, en raison du vieillissement, des effets d'une maladie ou d'un handicap (40).

L'ergothérapeute travaille dans différents environnements, que ce soit en structure, en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes) ou à domicile. Il collabore avec différents professionnels (kinésithérapeute, orthophonistes, médecins, ...) afin d'apporter une prise en charge adaptée.

Son objectif principal est de préserver ou de restaurer un niveau optimal d'autonomie dans les activités quotidiennes des personnes.

Pour les interventions à domicile, il réalisera une évaluation globale via des mises en situation mettant en lumière les difficultés rencontrées sur lesquelles il proposera des solutions (40). L'ergothérapeute peut alors proposer des adaptations de certaines activités, des prises en charge spécifiques, des moyens de compensation ou des aménagements du logement.

2.2. Accompagnement de l'arthrose en ergothérapie

Des interventions en ergothérapie sont principalement recommandées lors d'un diagnostic d'arthrose de la main (41). Les lignes directives internationales recommandent pour les patients souffrant d'arthrose de la main une intervention en ergothérapie via la mise en place de différentes techniques, telles que **l'éducation**, les **exercices fonctionnels**, l'utilisation **d'appareils fonctionnels** et **la formation à des principes ergonomiques**. Ces interventions ont pour objectif de réduire les douleurs et favoriser la force de préhension et la fonction de la main (42).

Cependant, d'autres interventions de l'ergothérapeute ont été jugées pertinentes pour l'ensemble des localisations de l'arthrose en complément de celles recommandées pour l'arthrose de main (39). Nous retrouvons **l'adaptation de l'environnement** et **l'autogestion**.

Selon HAS, seulement 1,4% des patients avec arthrose ont consulté un ergothérapeute au cours des 12 derniers mois (43). Des propositions ont alors été suggérées pour améliorer l'état général des patients arthrosiques en France. Parmi ces propositions, 35,8% des patients arthrosiques ont considéré qu'il était important d'« améliorer l'accès aux ergothérapeutes » et 34,4 % pour « adapter l'ergonomie des produits du quotidien ».

3. Modèle conceptuel

Le **modèle PEOP** (Person-Environnement-Occupation-Performance) est l'idéal pour garantir une prise en charge adaptée de l'arthrose au domicile (44).

En effet, ce modèle place au centre les caractéristiques personnelles et environnementaux, ainsi que l'influence de ses deux caractéristiques sur la réalisation des performances occupationnelles.

Le modèle PEOP regroupe trois notions et une jonction entre les trois (44) :

- Les facteurs personnels : caractéristiques de la personne donnant des informations sur ses capacités et ses déficiences
- Les facteurs environnementaux : incluent l'ensemble des facteurs externes qui influencent la performance. Ils peuvent être physiques (domicile, lieu de travail), sociaux (famille, amis), ainsi que culturels, politiques ou techniques.
- Les occupations font référence aux activités, tâches et rôles que la personne souhaite ou doit réaliser dans son quotidien.

La réalisation de ces occupations est influencée par les facteurs personnels et environnementaux, nous parlons alors de performance occupationnelle (44). La performance reflète les capacités d'une personne à réaliser ses occupations, incluant alors la capacité à effectuer les AVQ et AIVQ.

Pour le modèle PEOP, les personnes **auto-évaluent** leur performance occupationnelle, seuls eux peuvent juger les activités réellement impactées ou non.

Pour une prise en charge de l'arthrose ce modèle permet une approche holistique et personnalisée, en se concentrant sur les performances occupationnelles (44). Il prend en compte les dimensions physiques et sociales souvent impactées par l'arthrose en raison des douleurs et raideurs au quotidien. De plus, il intègre l'environnement comme élément pouvant être facilitateur ou obstacle à la réalisation d'activités.

4. Recommandations

Pour répondre à l'impact de cette pathologie sur la société des objectifs d'intervention ont été décrits dans la loi du 9 août 2004 (45). Le premier objectif est de « réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites » et le second est d'« améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose ». De plus, l'OMS a établi un plan d'action mondial pour le « **vieillissement et santé** » (3). Le plan consiste à garantir le plus possible les capacités fonctionnelles de personnes âgées afin de maintenir le bien-être du patient et de son entourage. Cependant, les recommandations restent vastes ce qui ne permet pas d'envisager une prise en charge homogène des patients (46). De plus, la compréhension de l'impact de l'arthrose sur les activités est limitée.

De la théorie à la problématique

Comme mentionné précédemment, l'arthrose est une pathologie qui touche une large part de la population mondiale (19). Elle se caractérise par des douleurs et des raideurs qui peuvent devenir invalidantes au quotidien. Bien que de nombreuses études aient évalué l'impact de l'arthrose sur la qualité de vie des patients, peu se sont spécifiquement intéressées aux conséquences de cette pathologie sur les activités quotidiennes (18). De plus, ces études n'ont pour la majorité pas distingué les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) des Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ). À ce jour, nous n'avons trouvé aucun article traitant exclusivement de l'impact de l'arthrose sur les AIVQ.

En France, les répercussions de cette pathologie sur le quotidien des personnes âgées n'ont pas encore fait l'objet d'une étude approfondie (47). Il est donc crucial de mener une recherche spécifiquement axée sur l'impact de l'arthrose sur les AIVQ. Cela permettra par la suite de développer des stratégies de prévention adaptées et des recommandations de bonnes pratiques pour accompagner les patients dans la gestion de ces difficultés (18). De plus, cela favorisera le plan d'action mondial « vieillissement en santé » (3).

Il est donc intéressant d'étudier les activités durant lesquelles les patients arthrosiques rencontrent des difficultés. Une telle analyse permettra de proposer des recommandations adaptées à cette pathologie et aux obstacles qu'elle crée.

Cela m'amène à ma question suivante : **Chez les personnes âgées vivant à domicile, les activités instrumentales de la vie quotidienne sont-elles impactées par l'arthrose ?**

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux des ressentis des personnes âgées souffrant d'arthrose, en mettant l'accent sur les limitations qu'elles rencontrent pour réaliser les Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne. Pour répondre à la problématique, nous avons réalisé un auto-questionnaire à destination des personnes arthrosiques.

Cette étude nous permettra de répondre à des objectifs secondaires tels que :

- Evaluer si les activités impactées dépendent de la localisation de l'arthrose
- Analyser au vu des difficultés rencontrées au quotidien si une prise en charge en ergothérapie pourrait être bénéfique pour réduire ces limitations

A partir de cette problématique et des objectifs, nous formulons trois hypothèses :

Hypothèse 1 : Les personnes âgées ayant de l'arthrose connaissent une diminution de leur autonomie plus importante dans les activités de soins personnels (comme l'hygiène, s'habiller, se coiffer).

Hypothèse 2 : Les activités instrumentales de la vie quotidienne impactées varient en fonction de la localisation de l'arthrose (genoux, hanches, mains)

Hypothèse 3 : Une prise en charge en ergothérapie pour les personnes atteintes d'arthrose permettra de réduire les limitations au quotidien.

Méthode

1. Description de la population

La population ciblée par cette étude était les personnes âgées atteintes d'arthrose de genou, de hanche ou de main vivant à domicile. La population ciblée étant importante en France, il a fallu établir des critères d'inclusion et d'exclusion afin d'homogénéiser les réponses.

Les critères d'inclusion sont :

- Avoir plus de 60 ans
- Vivre à son domicile (maison ou appartement)
- Avoir un diagnostic d'arthrose établi par un médecin sur l'une des localisations suivantes : genou, hanche ou main.

Les critères d'exclusion sont :

- Avoir moins de 60 ans
- Résider en EHPAD
- Ne pas avoir de diagnostic médical d'arthrose sur l'un des sites suivants : genou, hanche ou main

Le questionnaire préserve l'anonymat des participants.

2. Mode de diffusion et de sélection

Nous avons fait le choix d'utiliser des modes de diffusion à trois échelles différentes. Nous avons transmis le lien du questionnaire à nos proches, les encourageant eux aussi à le transmettre à leur entourage. De plus, nous avons diffusé le questionnaire à l'échelle régionale via de grands centres locaux tels que la municipalité, le Gérontopole et le pôle senior de Limoges. Enfin, nous avons diffusé via des organismes nationaux comme la Fondation Arthrose ou encore l'AFLAR (Association Française de Lutte AntiRhumatisme), ainsi que par le biais de groupes Facebook afin de toucher un maximum de personnes.

Le mode de diffusion principal était l'envoi du lien internet. L'utilisation de QR Code a uniquement été utilisée pour la diffusion régionale. Cependant, ces modes de diffusion pouvaient restreindre l'accès de certaines personnes n'ayant pas les connaissances ou les outils nécessaires pour ouvrir le lien. Malgré une augmentation de l'utilisation d'internet dans la population, les plus de 70 ans présentent une augmentation nettement moins importante (48). De ce fait, nous avons fait le choix d'imprimer une trentaine d'exemplaires qui ont été distribués uniquement par le biais de proches afin de faciliter leurs retours.

3. L'outil méthodologique

Pour répondre à notre problématique, nous avons construit un questionnaire auto-administré à destination des personnes âgées. Ils pouvaient répondre de façon autonome au questionnaire grâce au lien. Le questionnaire a été réalisé à l'aide du site SphinxOnline (voir Annexe 1).

Le questionnaire contient 19 questions /catégories divisées en trois grandes parties. Parmi les questions, trois d'entre elles apparaissent uniquement en fonction des réponses de la question 3 de la première partie. Lorsqu'une personne indique qu'elle dispose d'un diagnostic d'arthrose de genou, de hanche ou de main, des questions spécifiques apparaissent alors pour évaluer la douleur sur chaque localisation précédemment cochée.

Les questions sont pour la majorité rendues obligatoires, à l'exception de l'avant-dernière. Nous avons fait le choix de ne pas la rendre obligatoire, afin d'éviter les réponses par défaut, car certains participants peuvent ne pas savoir précisément ce dont ils ont besoin. De ce fait, les réponses seront uniquement de réels besoins et non une réponse par défaut car la question est obligatoire.

Ce questionnaire se divise en trois grandes parties :

La première partie contient l'ensemble des questions portant sur les caractéristiques des personnes répondant au questionnaire et permettant par la suite d'effectuer des catégories par âge, localisation, évolution de la douleur, ... Ces informations sont primordiales pour analyser les résultats et pouvoir émettre différentes hypothèses sur de possibles liaisons entre ces caractéristiques et l'impact au quotidien. Les questions permettant d'évaluer la douleur sont basées sur l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) cotant la douleur de 1 à 10 (49).

La deuxième partie du questionnaire s'appuie sur le questionnaire Health Assessment Questionnaire (HAQ) (50). Ce questionnaire est une auto-évaluation permettant d'étudier l'état fonctionnel. Il est utilisé dans le monde entier auprès d'un grand nombre de maladies rhumatismales, telles que l'arthrose.

La troisième partie a été construite pour répondre à l'objectif secondaire :

- Analyser au vu des difficultés rencontrées au quotidien si une prise en charge en ergothérapie pourrait être bénéfique pour réduire ces limitations

Ainsi que pour envisager une possible ouverture de mon questionnaire sur d'autres aspects rentrant en jeu.

4. L'analyse des résultats

Nous avons distribué le questionnaire à partir du 5 mars 2025 à un maximum de personnes âgées, comme indiqué précédemment, et effectué la distribution au format papier.

Une fois le questionnaire complété par les participants, les réponses ont été stockées et analysées à l'aide du logiciel SphinxOnline. Grâce à l'outil DATAVIV', disponible sur SphinxOnline, nous avons construit des graphiques en barres simples, en barres empilées 100%, ainsi que des tableaux nécessaires à l'analyse des résultats.

Nous avons relancé une seule fois les différents organismes et proches, par mail ou en présentiel. Le dernier questionnaire a été reçu le 29 avril 2025. Cette clôture des résultats a permis de consacrer le mois restant avant le rendu du mémoire à la rédaction des résultats et de la discussion.

Résultats

1. Généralités

Nous avons récolté un total de 102 réponses au questionnaire. Une seule réponse ne correspondait pas aux critères d'inclusion ; les autres ont été gardées pour l'analyse. Environ vingt questionnaires ont été complétés au format papier, puis retranscrits dans le logiciel SphinxOnline. Le reste des réponses a été directement saisis en ligne.

La majorité des répondants sont des femmes, avec 83 réponses féminines (82 %) contre 18 masculines (18 %). Parmi les participants, 47 % ont entre 60 et 70 ans, dont 23 % entre 60 et 65 ans (23/102) et 26 % entre 65 et 70 ans. Les autres tranches d'âge sont réparties comme suit : 14 % entre 70 et 75 ans, 20 % entre 75 et 80 ans, et 18 % ont plus de 80 ans. 68,6 % des participants vivent en milieu urbain, contre 31,4 % en milieu rural.

Les participants présentent un diagnostic d'arthrose sur au moins l'une des localisations suivantes : genou, hanche ou mains (voir Figure 2). Par ailleurs, 57 participants présentent également une arthrose sur une autre localisation, en plus d'une des trois précédentes, notamment au niveau des épaules et de la colonne vertébrale (cervicale et lombaire).

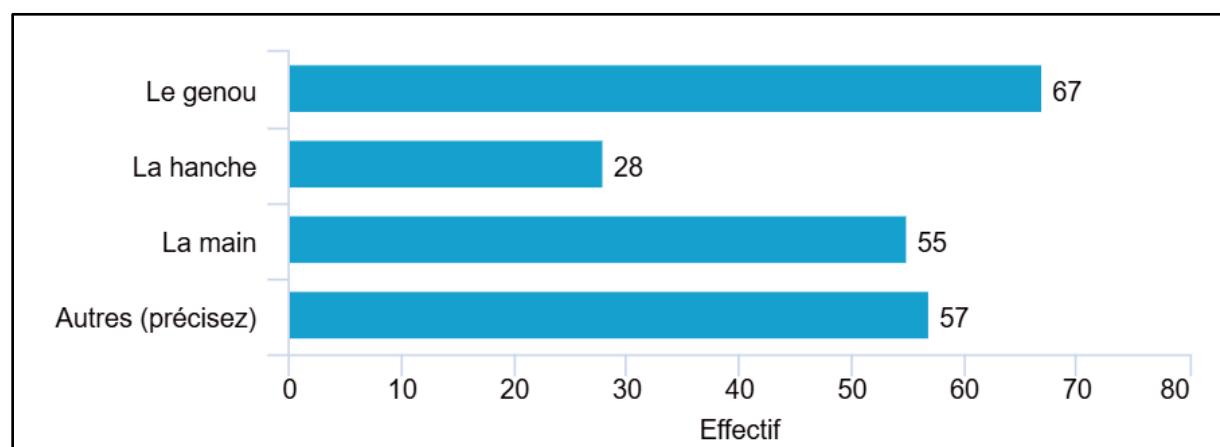


Figure 2 : Localisation de l'arthrose (n = 101)

1.1. Le genou

Les personnes âgées atteintes de gonarthrose (**n = 67**) évaluent en moyenne leur douleur à 6,2/10. Parmi elles, 50 déclarent ressentir des douleurs articulaires quotidiennes survenant par poussées. Des raideurs matinales au niveau du genou sont rapportées par 40 participants, et des limitations de mouvement par 42.

1.2. La hanche

La douleur liée à la coxarthrose (**n = 28**) est évaluée en moyenne à 5,9/10. Parmi les répondants, 20 indiquent des limitations de mouvement, 19 rapportent des douleurs par poussées, et 15 mentionnent des douleurs matinales.

1.3. La main

La douleur ressentie au niveau de la main chez les personnes atteintes ($n = 55$) est en moyenne évaluée à 7/10. Parmi ces participants, 46 (84 %) indiquent souffrir de douleurs articulaires par poussées, et 39 (71 %) déclarent des limitations de mouvement.

2. Résultats du questionnaire Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Dans la deuxième partie du questionnaire, les participants ont évalué leur capacité à réaliser diverses activités instrumentales de la vie quotidienne. Pour chaque activité, ils pouvaient choisir entre : « sans aucune difficulté », « avec quelques difficultés », « avec beaucoup de difficultés » ou « incapable de le faire ».

2.1. Faire la toilette et s'habiller

Les réponses sont présentées dans la Figure 3, qui regroupe les auto-évaluations des participants concernant leur capacité à s'habiller et à se laver les cheveux.

Parmi les 101 participants, 44 indiquent avoir quelques difficultés à s'habiller, 9 rencontrent beaucoup de difficultés, et 1 personne se déclare incapable. Les 9 personnes ayant signalé beaucoup de difficultés à s'habiller souffrent toutes **de gonarthrose**, (13,4 % des 67 concernés) ; parmi elles, 6 présentent également une **arthrose des mains** (10,9 % des 55) et 4 une **coxarthrose** (14,3 % des 28).

Concernant la capacité à se laver les cheveux, 78/101 participants ne déclarent aucune difficulté. La majorité des personnes déclarant rencontrer des difficultés souffrent d'arthrose des mains, nous retrouvons l'ensemble des personnes ayant indiqué rencontrer « beaucoup de difficultés » ainsi que la personne indiquant être « incapable ».

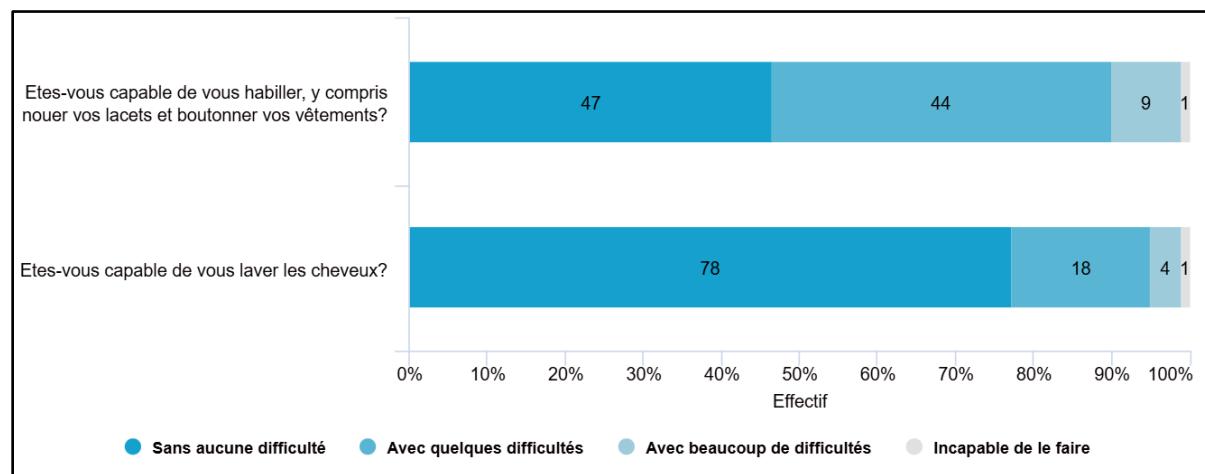


Figure 3 : Evaluation de la capacité à réaliser les activités de toilette et d'habillage ($n = 101$)

2.2. Se (re)lever

La Figure 4 présente les résultats concernant la capacité à se lever d'une chaise sans accoudoir et à entrer/sortir du lit. Davantage de participants rencontrent des difficultés à se relever sans accoudoir.

Tous ceux qui déclarent être « incapables de le faire » ou « avec beaucoup de difficultés » à se lever d'une chaise sans accoudoir présentent une **gonarthrose**. Cela représente 9 % de personnes concernées (6/67) pour « avec beaucoup de difficultés », et 7,5 % (5/67) pour « incapable de le faire ».

Pour la deuxième question, 5 personnes déclarent avoir beaucoup de difficultés, soit 7,4 % des 67 atteintes de **gonarthrose**, ce qui correspond à la totalité des répondants ayant choisi cette réponse.

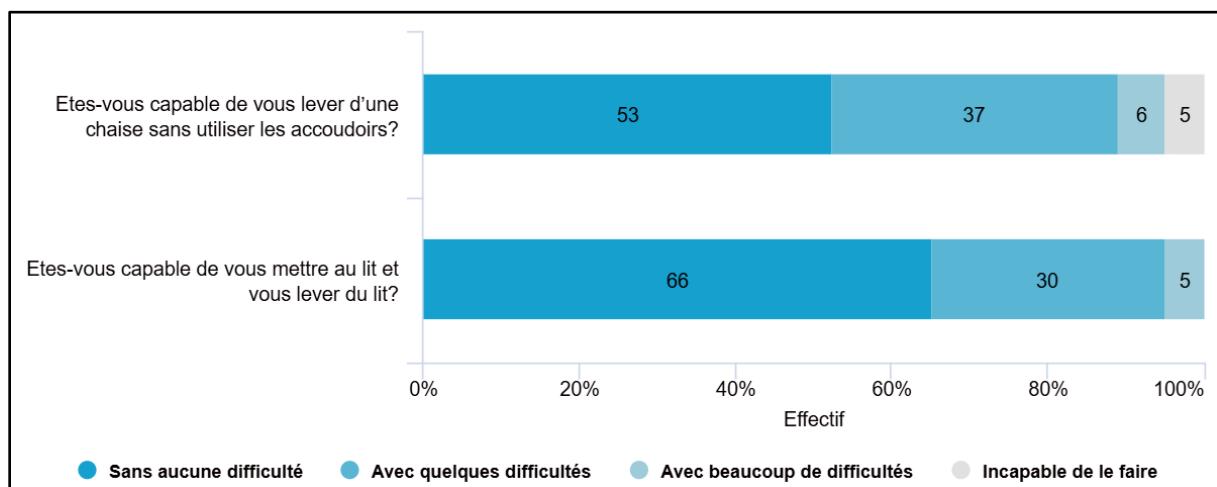


Figure 4 : Evaluation de la capacité à réaliser les activités de se (re)lever (n = 101)

2.3. Manger

La figure 5 illustre les résultats relatifs à trois tâches liées à l'activité de « manger » : couper une viande, porter une tasse à la bouche, et ouvrir une brique.

Pour la question évaluant la capacité à couper une viande, 17/18 personnes déclarant rencontrer « quelques difficultés », ainsi que 3/3 personnes rencontrant « beaucoup de difficultés », présentent une **arthrose des mains**.

93 répondants indiquent pouvoir porter une tasse ou un verre à la bouche sans difficulté.

Concernant l'ouverture d'une brique, 20 % des personnes atteintes d'**arthrose aux mains** déclarent avoir « beaucoup de difficultés » (8/55) et 3/55 se disent incapables de le faire. Seules 21/55 (soit 38,2 %) des personnes atteintes d'arthrose des mains n'indiquent aucune difficulté.

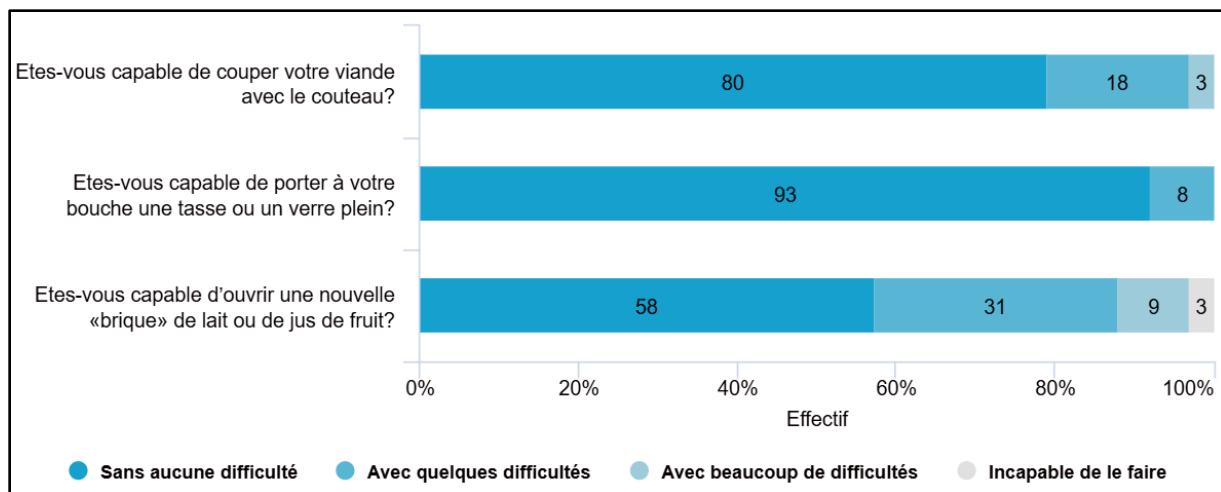


Figure 5 : Evaluation de la capacité à réaliser les activités pour manger
(n = 101)

2.4. Marcher

Les capacités à marcher sur un sol plat et à monter 5 marches sont présentées dans la Figure 6.

40,3 % des personnes ayant une **gonarthrose** et 46,4% de celles ayant une **coxarthrose** déclarent « avec quelques difficultés » pour les deux tâches.

Pour marcher sur le sol plat, 9 % des personnes atteintes de **gonarthrose** (6/67) et 14,3 % de celles atteintes de **coxarthrose** (4/28) déclarent avoir « beaucoup de difficultés ».

Pour la seconde question, parmi les personnes âgées atteintes d'**arthrose de genou**, 6% ont indiqué rencontrer « beaucoup de difficultés » (4/28) et 3% se disent incapables de monter 5 marches (2/28).

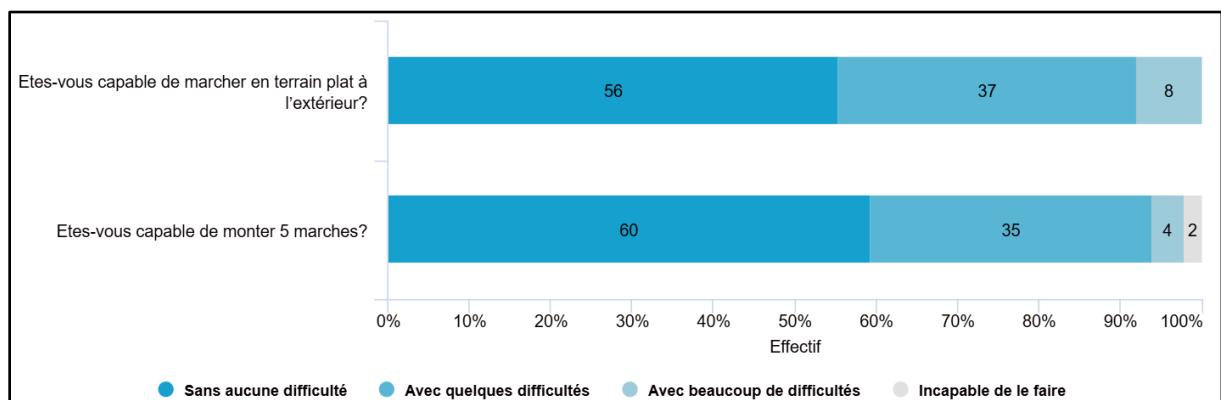


Figure 6 : Evaluation de la capacité à réaliser les activités de marche
(n = 101)

2.5. Hygiène

Les résultats de cette section, qui regroupe les activités de se sécher entièrement, prendre un bain et s'asseoir/se relever des toilettes, sont présentés dans la Figure 7.

Pour se sécher entièrement, 32 personnes rencontrent quelques difficultés, dont 25 atteintes de **gonarthrose** et 9 de **coxarthrose**. Tous les participants ayant indiqué rencontrer beaucoup de difficultés (2/101) souffrent **d'arthrose de la hanche**.

Pour prendre un bain, 26 personnes rencontrent quelques difficultés et 20 se déclarent incapables. Les difficultés sont majoritairement rapportées par les personnes atteintes de **d'arthrose du genou**, avec des pourcentages plus importants dans toutes les catégories, de « avec quelques difficultés » à « incapable de la faire ».

Les 5/101 personnes déclarant « beaucoup de difficultés » à utiliser les toilettes souffrent toutes de **gonarthrose**.

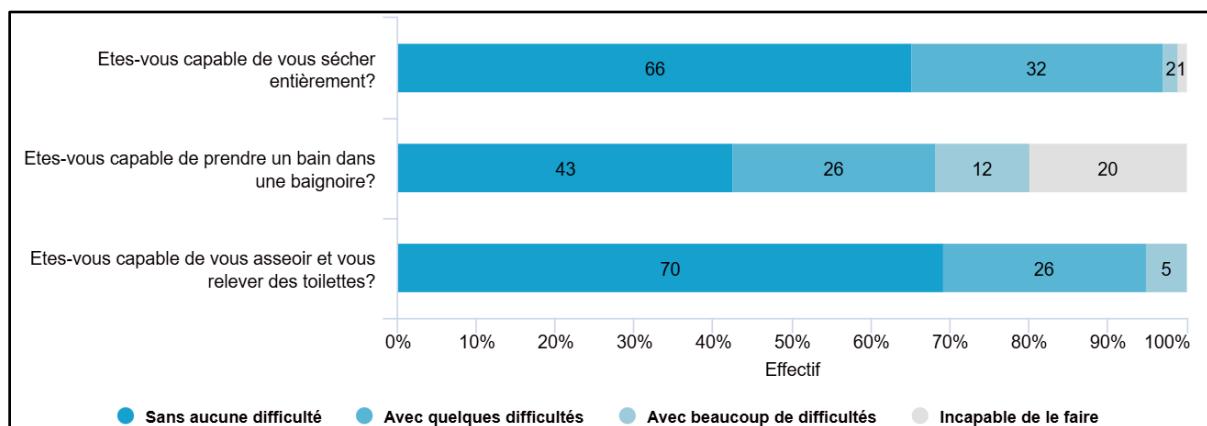


Figure 7 : Evaluation de la capacité à réaliser les activités d'hygiène (n = 101)

2.6. Atteindre et attraper un objet

Les résultats relatifs à la section « atteindre et attraper un objet » sont présentés dans la Figure 8.

Parmi les 101 participants, 30 ne rencontrent aucune difficulté pour attraper un objet au-dessus de leur tête. Pour les autres participants, la majorité souffre **d'arthrose des mains**, 50,9 % rencontrent « quelques difficultés », 12,7 % déclarent « avec beaucoup de difficultés », et 10,9 sont incapables.

Pour attraper un objet au sol, les difficultés sont plus fréquentes chez les personnes atteintes de **d'arthrose du genou** : 40/50 « avec quelques difficultés », 8/10 « beaucoup de difficultés » et 1/1 « incapable ».

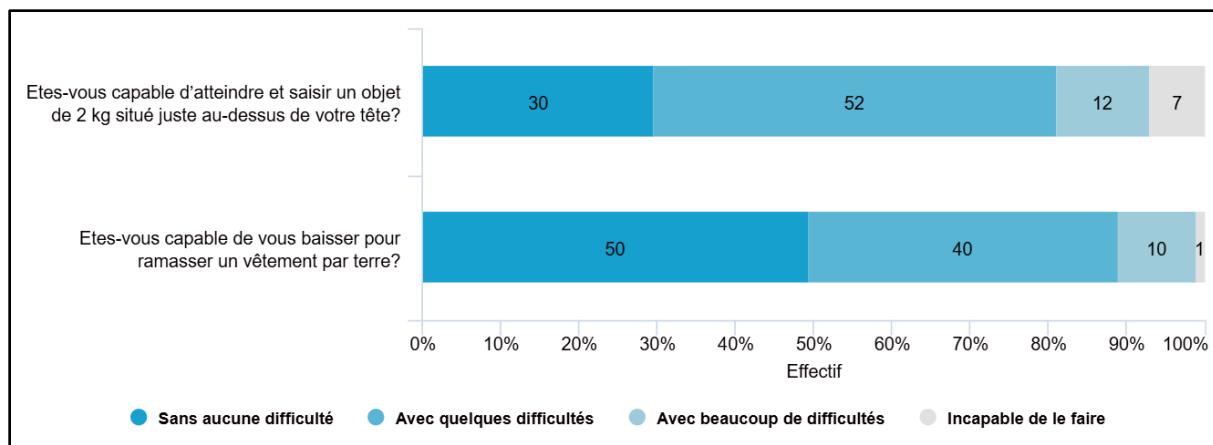


Figure 8 : Evaluation de la capacité à réaliser les activités nécessitant d'atteindre et d'attraper des objets (n = 101)

2.7. Préhension

La Figure 9 présente les résultats pour les tâches de préhension. La majorité réussit ces tâches « sans aucune difficulté ».

Cependant, les difficultés sont souvent présentes chez les personnes atteintes **d'arthrose des mains**. Nous retrouvons 2/2 des personnes rencontrent beaucoup de difficultés à ouvrir une portière de voiture, 5/7 indiquent rentrer beaucoup de difficultés à ouvrir un couvercle et 19/20 rencontrent quelques difficultés à utiliser un robinet.

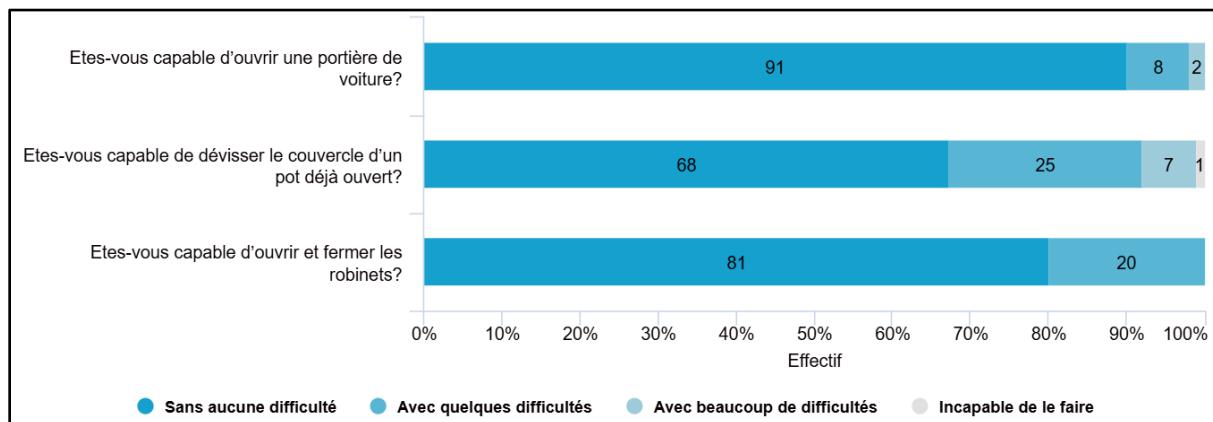


Figure 9 : Evaluation de la capacité à réaliser les activités de préhensions (n = 101)

2.8. Autres activités

Cette partie regroupe trois activités évaluées ne rentrent pas dans les autres catégories (Figure 10).

Pour faire les courses, 5/101 personnes sont incapables, dont 4 avec **arthrose des mains**. De plus, 4/6 déclarant « avec beaucoup de difficultés » ont également une **arthrose des mains**. Dans la catégorie « avec quelques difficultés », 26/67 (38,8 %) ont une **gonarthrose** et 12/28 (42,9 %) une **coxarthrose**.

Les personnes avec **coxarthrose** rencontrent davantage de difficultés à monter/descendre de voiture, 14,3 % ont « beaucoup de difficultés ».

Concernant les tâches de ménage et de jardinage, 53/ 101 participants déclarent « quelques difficultés », les pourcentages sont proches entre les différentes localisations (entre 53,6 % et 59,7 %). Pour « avec beaucoup de difficultés », les taux sont également proches pour les 3 localisations (entre 10,4 % et 12,7%)

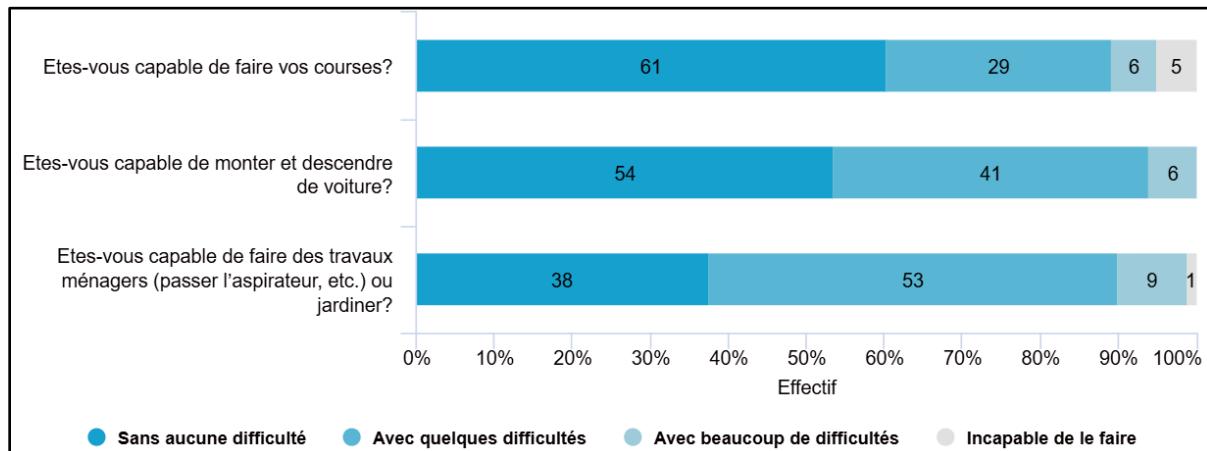


Figure 10 : Evaluation de la capacité à réaliser les courses, l'accès à la voiture et le ménage/jardinage (n = 101)

3. Résultats de la dernière partie

Parmi les 101 participants, 91 n'ont pas bénéficié d'une prise en charge en ergothérapie pour leur arthrose. Sur les 9 personnes ayant répondu positivement, toutes présentent une gonarthrose et 8 proviennent d'un milieu urbain.

Concernant les stratégies pour améliorer le quotidien, 89 personnes ont répondu. Parmi elles, 62 souhaitent bénéficier d'un accompagnement pour la gestion de la douleur. 30 évoquent le besoin d'aides techniques, et 23 l'aménagement du domicile.

11 participants ont suggéré d'autres pistes d'amélioration :

- Adapter les postures du quotidien pour soulager les articulations
- Favoriser les activités limitant la douleur (comme la natation)
- Utiliser des baumes ou crèmes pour soulager les douleurs locales
- Recourir à des infiltrations ou à la chirurgie

Discussion

Cette partie nous permettra de faire le lien entre les différentes informations recueillies dans la partie théorique de « l'Etat de l'art » et les réponses obtenues des personnes atteintes d'arthrose, afin de répondre à notre problématique. Nous analyserons aussi les résultats du questionnaire dans l'objectif d'infirmer ou d'affirmer les hypothèses proposées. Pour finir, nous mettrons en lumière les limites et perspectives de l'étude.

1. Objectifs de l'étude

L'évaluation des capacités des personnes âgées avec arthrose avait différents objectifs :

- Réaliser un état des lieux des ressentis des personnes âgées souffrant d'arthrose, en mettant l'accent sur les limitations qu'elles rencontrent pour réaliser les Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne.
- Evaluer si les activités impactées dépendent de la localisation de l'arthrose.
- Analyser au vu des difficultés rencontrées au quotidien, si une prise en charge en ergothérapie pourrait être bénéfique pour réduire ces limitations.

.1.

2. Réponse à la problématique

Les résultats de notre étude avaient pour objectif de répondre à notre problématique, qui est : « **Chez les personnes âgées vivant à domicile, les activités instrumentales de la vie quotidienne sont-elles impactées par l'arthrose ?** »

2.1. Retentissement de l'arthrose sur les soins personnels

Dans cette partie, nous allons analyser notre première hypothèse : les personnes âgées ayant de l'arthrose connaissent une diminution de leur autonomie plus importante dans les activités de soins personnels (comme l'hygiène, s'habiller, se coiffer).

Les données recueillies dans notre étude indiquent que les tâches relevant des **soins personnels sont particulièrement impactées**. Concernant les activités « **faire la toilette et s'habiller** », 54 participants sur 101 déclarent éprouver au moins quelques difficultés à s'habiller, dont 9 personnes rapportant « beaucoup de difficultés » et un « incapable ». De même, se laver les cheveux semble poser moins de problèmes, mais reste une tâche contraignante pour une partie des répondants (23/101 indiquent au moins quelques difficultés).

Dans la catégorie « **hygiène** », la difficulté la plus marquée concerne le fait de prendre un bain : 20 personnes sur 101 se déclarent « incapables » de le faire, et 12 indiquent éprouver beaucoup de difficultés. Il s'agit de l'activité la plus signalée comme problématique. En complément, 34 participants déclarent des difficultés pour se sécher, et 31 pour utiliser les toilettes.

Ces limitations fonctionnelles sont cohérentes avec les résultats de la littérature : environ 80 % des personnes atteintes d'arthrose présentent des limitations de mouvement, et près de 25 % déclarent des incapacités à réaliser certaines AVQ (Activités de la Vie Quotidienne) (28) (11). Une enquête américaine estime qu'environ 11,5 % des personnes de plus de 65 ans nécessitent une aide pour les AVQ, dont la moitié souffrent de pathologies rhumatismales, principalement de l'arthrose (21).

En analysant l'ensemble des tâches de notre étude, celles rencontrant le plus souvent des difficultés (en considérant la fréquence des réponses « sans aucune difficulté ») sont :

- Atteindre un objet de 2 kg au-dessus de la tête (30/101 sans difficulté)
- Réaliser le ménage ou le jardinage (38/101 sans difficulté)
- Prendre un bain (43/101 sans difficulté)
- S'habiller (47/101 sans difficulté)
- Ramasser un vêtement au sol (50/101 sans difficulté)

Ces activités nécessitent une bonne **mobilité articulaire, un équilibre stable**, et parfois de la **force musculaire**, trois capacités altérées par l'arthrose, en particulier lorsqu'elle touche les hanches ou les genoux (28) (51).

A l'inverse, certaines tâches apparaissent relativement préservées. Les actions de « préhension » ou « manger » sont globalement bien conservées :

- 80/101 participants n'ont aucune difficulté à couper leur viande
- 93/101 à porter un verre ou une tasse à la bouche
- 91/101 à ouvrir une porte de voiture
- 81/101 à ouvrir un robinet

Cependant, des gestes particuliers, comme ouvrir une brique alimentaire (12 personnes rencontrent beaucoup de difficulté ou sont incapables) ou un couvercle (8 personnes dans ce cas), restent problématiques pour une minorité.

Ces résultats montrent que si les limitations ne touchent pas toutes les activités de la même façon, les soins personnels restent globalement parmi les plus affectées, ce qui a des impacts sur l'indépendance.

Les résultats de notre étude confirment l'hypothèse selon laquelle **les personnes âgées atteintes d'arthrose voient leur indépendance réduite, en particulier dans les activités de soins personnels**. Des tâches telles que se laver, s'habiller ou utiliser les toilettes deviennent compliquées au quotidien pour une proportion importante des participants. Ces limitations s'expliquent par les symptômes caractéristiques de la maladie : douleurs articulaires, raideurs, diminution de l'amplitude articulaire et fatigue (28) (7).

2.2. Impact de la localisation sur les limitations

L'objectif de cette partie est d'analyser notre seconde hypothèse : les activités instrumentales de la vie quotidienne impactées varient en fonction de la localisation de l'arthrose (genoux, hanches, mains).

En effet, l'arthrose peut impacter différentes articulations (principalement les genoux, hanches et mains), et les limitations induites ne sont pas uniformes, en raison de mécanismes biomécaniques et cellulaires spécifiques à chaque articulation (9) (19).

De nombreuses études évaluant les répercussions de l'arthrose se concentrent sur une localisation unique, sans toujours comparer les effets fonctionnels selon les différentes atteintes articulaires. Notre étude permet de comparer ces localisations pour mieux comprendre l'influence de la localisation sur les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

.2. 2.2.1. Arthrose du genou (gonarthrose)

La gonarthrose se révèle être la localisation la plus impactante dans notre étude. Les participants atteints rencontrent des difficultés notables dans les tâches impliquant un appui prolongé, une flexion ou une stabilité du genou. Parmi les activités où ces répondants déclarent « beaucoup de difficultés » ou une « incapacité », on retrouve :

- **S'habiller** : toutes les personnes ayant indiqué avoir beaucoup de difficultés dans cette activité sont atteintes de gonarthrose
- **Se lever d'une chaise sans accoudoir, monter cinq marches, utiliser les toilettes** ou encore **se mettre et sortir du lit** font également partie des tâches problématiques.

Ces activités nécessitent un contrôle postural, une mobilité articulaire suffisante, et une force musculaire souvent altérée en cas de gonarthrose (21). Cette tendance est confirmée par la littérature : 14 % des personnes atteintes nécessitent une aide pour les besoins quotidiens et 11 % pour les soins personnels (28). On observe également une réduction de la vitesse de marche et des difficultés à gravir les escaliers ou à se déplacer en extérieur.

2.2.2. Arthrose de la hanche (coxarthrose)

La coxarthrose semble impacter davantage les activités qui exigent de l'agilité, de la souplesse et les mouvements dans des espaces restreints. Dans notre étude, les personnes souffrant d'arthrose de hanche rapportent des difficultés à :

- **Se sécher entièrement**
- **Atteindre un objet au sol**

Ces tâches nécessitent un bon contrôle de l'amplitude articulaire et une certaine fluidité des mouvements, souvent altérés par la douleur et la raideur de la hanche (51). Contrairement à l'arthrose du genou, la coxarthrose se distingue moins de manière marquée dans les réponses générales, bien que certaines limitations spécifiques apparaissent. Elle est cependant moins souvent citée comme facteur limitant dans les tâches du quotidien en comparaison aux autres localisations.

2.2.3. Arthrose des mains

L'arthrose des mains est caractérisée par une diminution de la force de préhension, qui compromet les activités nécessitant une prise fine ou puissante (28). Cela se reflète dans les résultats de notre étude :

- **Couper la viande** : 17 des 18 personnes ayant signalé « beaucoup de difficultés », et les 3 personnes se déclarant incapables, sont atteintes d'arthrose des mains
- **Ouvrir des briques, des couvercles, des portes et des robinets** : ces gestes sont également limités chez ces participants
- **Se laver les cheveux**, activité nécessitant à la fois de la force de préhension et de la mobilité du membre supérieur, est aussi principalement affectée par cette localisation.

Ces résultats sont en accord avec les données issues de la littérature, selon lesquelles l'arthrose symptomatique des mains limite principalement les tâches impliquant la force de préhension (28). Par ailleurs, dans notre étude, la douleur moyenne rapportée est plus élevée pour cette localisation. Il est également bien établi dans la littérature que la douleur constitue l'un des facteurs principaux limitant la réalisation des activités quotidiennes chez les personnes souffrant d'arthrose de la main (34).

2.2.4. Activités sans distinction claire de localisation

L'activité regroupant **ménage et jardinage** ne montre pas de tendance claire en fonction de la localisation de l'arthrose. Cela s'explique probablement par la diversité des gestes que ces activités englobent : station debout prolongée (difficile pour la gonarthrose), flexion ou rotation (limitées pour la coxarthrose), et préhension/manipulation d'objets (complexe pour l'arthrose des mains) (21) (34) (51).

Les résultats de notre étude valident l'hypothèse selon laquelle **l'impact de l'arthrose sur les AIVQ varie en fonction de sa localisation**. La gonarthrose est associée à des limitations majeures dans les tâches impliquant une station debout, une flexion et une stabilité des genoux. La coxarthrose affecte principalement les activités nécessitant une certaine agilité articulaire, notamment dans les espaces réduits et l'accès au sol. Enfin, l'arthrose des mains compromet les gestes de préhension, en particulier ceux demandant une force de préhension importante. Ces résultats confirment l'importance d'une évaluation fine et personnalisée en fonction du type d'arthrose, en vue d'adapter au mieux les interventions et les aides à domicile.

2.3. Possibilité d'intervention en ergothérapie

Une prise en charge en ergothérapie pour les personnes atteintes d'arthrose permettra de réduire les limitations au quotidien. Cette hypothèse constitue le cœur de cette dernière partie.

L'ergothérapeute intervient auprès de personnes rencontrant des difficultés à réaliser leurs activités quotidiennes, en lien avec le vieillissement, une maladie chronique ou un handicap (40). Son rôle est de préserver, restaurer ou compenser les capacités fonctionnelles de la personne, afin de favoriser son autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

Comme démontré dans les parties précédentes, l'arthrose a un impact significatif sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) et instrumentales (AIVQ). Face à cet enjeu de santé publique, **la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique** a défini des objectifs prioritaires concernant cette pathologie : le premier est de « réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites », le second vise à « améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'arthrose » (45).

Dans cette même dynamique, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a élaboré un plan d'action mondial pour le **vieillissement et la santé**, encourageant les pays à développer des interventions pour maintenir l'autonomie et les capacités fonctionnelles des personnes âgées (3).

Face à ces limitations, plusieurs axes d'intervention recommandés dans la littérature rejoignent directement les champs de compétence des ergothérapeutes :

- **Les adaptations environnementales** visant à sécuriser le domicile et à en faciliter l'usage quotidien (5) (28).
- **L'éducation thérapeutique et l'autogestion**, permettant aux patients d'acquérir des stratégies pour gérer leurs symptômes au quotidien, réduire les douleurs et améliorer leur qualité de vie (20).

Pourtant, selon un rapport de la HAS, seulement **1,4 %** des personnes souffrant d'arthrose ont consulté un ergothérapeute au cours des 12 derniers mois, ce qui traduit un recours encore très marginal à cette profession (43). Cette faible mobilisation contraste avec les attentes exprimées par les patients : **35,8 %** d'entre eux estiment qu'« améliorer l'accès aux ergothérapeutes » est une priorité, et **34,4 %** mettent en avant la nécessité « d'adapter l'ergonomie des produits du quotidien ».

Dans notre étude, seuls **9 répondants sur 101** ont déclaré avoir bénéficié d'un accompagnement ergothérapeutique. Parmi eux, **8 résidents en milieu urbain**, suggérant un possible accès inégal selon le lieu de vie.

Concernant les solutions envisagées pour améliorer leur quotidien, **89 participants** ont formulé des besoins spécifiques :

- **62 personnes** souhaitent un accompagnement dans la gestion de la douleur,
- **30** évoquent un besoin d'aides techniques,
- **23** demandent un aménagement de leur domicile.

Des suggestions complémentaires ont également émergé, telles que l'adaptation des postures, la pratique d'activités physiques adaptées (ex. : natation), l'usage de crèmes ou baumes antalgiques, ainsi que le recours à des traitements médicaux comme les infiltrations ou la chirurgie.

Nos résultats suggèrent également un questionnement sur la sécurité des gestes du quotidien. Par exemple, **seulement 53 personnes sur 101** déclarent pouvoir se relever d'une chaise sans accoudoir sans difficulté, alors que **70 sur 101** indiquent ne pas rencontrer de difficulté à se relever des toilettes.

Cette différence soulève l'hypothèse que certaines personnes s'appuient sur des éléments du mobilier non conçus à cet effet, ce qui peut engendrer un risque de chute. Dans ce contexte, une évaluation ergothérapeutique en situation écologique (à domicile) permettrait d'identifier les risques, de proposer des adaptations personnalisées et d'assurer la sécurité des gestes du quotidien.

Les données de la littérature, tout comme celles issues de notre étude, soutiennent **l'intérêt d'une prise en charge ergothérapeutique dans la réduction des limitations fonctionnelles chez les personnes atteintes d'arthrose**. En agissant à la fois sur l'environnement, les stratégies d'adaptation, et la gestion de la douleur, l'ergothérapeute contribue significativement à améliorer l'indépendance et la qualité de vie. L'amélioration de l'accessibilité à ces professionnels apparaît donc comme une nécessité dans une démarche de soins globale et personnalisée.

3. Limites de l'étude

.3. Comme dans toute recherche, notre étude présente certaines limites qu'il est important de reconnaître.

Tout d'abord, notre échantillon, composé de 101 participants, reste modeste comparé aux **10 millions de personnes touchées par l'arthrose en France** (18). Même si nous avons choisi de diffuser largement le questionnaire pour toucher différentes régions, cette taille ne permet pas de généraliser pleinement nos résultats à l'ensemble de la population concernée.

Par ailleurs, une caractéristique notable est **l'âge jeune de notre population** : 47 % des répondants ont entre 60 et 70 ans, alors que nous avons souligné dans l'état de l'art que l'arthrose est une pathologie dégénérative, dont les effets s'aggravent avec l'âge. Ce biais de recrutement a pu influencer les résultats, notamment en limitant la représentativité des stades plus avancés de la maladie, où les impacts fonctionnels pourraient être plus présents.

Ensuite, notre démarche s'est basée sur un **questionnaire auto-administré**, ce qui implique que les réponses dépendent du **ressenti personnel des participants**. Cela peut introduire une certaine **subjectivité**, notamment parce que l'arthrose est une maladie **évolutive**, marquée par des périodes de poussée et de rémission. Les limitations perçues peuvent donc varier d'un moment à l'autre, et ne pas toujours refléter la réalité fonctionnelle sur le long terme.

Par ailleurs, le questionnaire abordait à la fois des **activités de la vie quotidienne (AVQ)** et des **activités instrumentales (AIVQ)**, alors que notre question de départ portait uniquement sur dernières les AIVQ. Cela a pu réduire la précision de notre analyse.

Enfin, notre étude étant de type **transversal**, elle offre une évaluation à un instant donné, sans permettre de mesurer l'évolution des difficultés dans le temps. Or, dans le cas d'une pathologie chronique comme l'arthrose, cet aspect est essentiel pour mieux comprendre son impact sur l'indépendance.

4. Perspectives

Malgré ces limites, notre étude ouvre des pistes intéressantes pour aller plus loin.

Il serait notamment pertinent de mener **une étude longitudinale**, sur un échantillon plus large, afin d'observer comment les limitations évoluent dans le temps, en fonction de la localisation de l'arthrose et de sa sévérité.

Inclure un **diagnostic médical vérifié** et croiser ces données avec des **observations concrètes réalisées par un ergothérapeute**, en situation réelle (à domicile par exemple), permettrait d'obtenir une image plus fidèle des difficultés rencontrées au quotidien.

Il pourrait aussi être intéressant **d'évaluer l'impact d'un accompagnement en ergothérapie** sur les capacités fonctionnelles : en comparant l'avant et l'après prise en charge, on pourrait évaluer l'efficacité de cette intervention.

De plus, certaines AIVQ n'ont pas été abordées dans notre questionnaire, comme la conduite, les loisirs, ou les démarches administratives, alors qu'elles sont essentielles à l'indépendance et à la qualité de vie.

Enfin, un axe important consisterait à **interroger les médecins**, pour comprendre leur position par rapport à la prescription d'ergothérapie dans la prise en charge de l'arthrose. Cela permettrait d'identifier les freins et d'envisager des actions de sensibilisation pour favoriser le recours à cette profession, encore trop peu sollicitée dans ce contexte.

Conclusion

Dans cette étude, nous avons souhaité combler le manque de documentation sur l'impact de l'arthrose sur les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), en évaluant les ressentis des personnes âgées vivant à domicile vis-à-vis de leurs capacités à réaliser certaines AIVQ, selon la localisation de leur arthrose (genoux, hanches, mains). À travers un questionnaire diffusé en ligne, nous avons recueilli 101 réponses. Les résultats montrent que l'arthrose limite fortement certaines tâches complexes telles que faire le ménage, s'habiller, ou manipuler des objets lourds. Ces limitations varient en fonction des articulations atteintes, et touchent tant les gestes de préhension fine que les déplacements ou les postures prolongées.

Notre étude met également en lumière un manque de recours à l'ergothérapie, alors même que de nombreux besoins sont exprimés par les répondants, notamment en matière de gestion de la douleur, d'aides techniques et d'adaptation du domicile.

Pour conclure, ce travail de mémoire de recherche m'a permis de mieux comprendre les différentes étapes du processus de recherche ainsi que l'importance de savoir identifier et utiliser des informations fiables. Il m'a également offert l'opportunité de rencontrer des personnes confrontées à de réelles difficultés, qui ont apprécié le fait d'être mises en lumière.

Ce travail m'a aussi permis de constater que certains besoins en ergothérapie ne sont pas suffisamment pris en compte. Je me suis posée des questions sur le fait que cette aide est encore peu utilisée, surtout pour des maladies chroniques comme l'arthrose, qui peuvent pourtant avoir un fort impact sur la vie quotidienne. Cela m'a donné encore plus envie de valoriser le rôle de l'ergothérapeute pour aider ces personnes et faire reconnaître leurs besoins.

Bibliographie

1. Bien vieillir [Internet]. Santé publique France; 2025. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>
2. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. OMS; 2015. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
3. Veillissement et Santé [Internet]. OMS; 2024. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Les maladies liées à l'âge [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/seniors/maladies-liees-age>
5. Steinmetz JD, Culbreth GT, Haile LM, Rafferty Q, Lo J, Fukutaki KG, et al. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*. 1 sept 2023;5(9):e508-22.
6. Sen R, Hurley JA. Osteoarthritis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cité 31 janv 2025]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482326/>
7. Kinanah Yaseen. Arthrose - Troubles osseux, articulaires et musculaires. Manuel MSD; 2024.
8. Mieux vivre avec mon arthrose [Internet]. AFLAR; 2022. Disponible sur: <https://www.aflar.org/2022/06/07/mieux-vivre-avec-mon-arthrose-volume-1/>
9. Arthrose. OMS; 2023.
10. Grange L, Mathy C, Alliot Launois F, Chales G, Seidel L, Albert A, et al. POS0084- Pare impact of osteoarthritis on patient quality of life: is there an evolution between the 2013 and 2021 Large-scale surveys « stop osteoarthritis » conducted in France and Belgium? *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1 juin 2022;81:263.
11. Fautrel B, Hillquin P, Rozenberg S, Allaert FA, Coste P, Leclerc A, et al. Retentissement fonctionnel de l'arthrose : résultats d'une enquête nationale effectuée auprès de 10 000 patients consultant pour arthrose. *Revue du Rhumatisme*. 1 mai 2005;72(5):404-10.
12. Evaluation de la prise en soin des personnes âgées. HAS [Internet]. 2 mai 2024; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_personnes_agees_certification.pdf
13. Allocations et aides aux personnes âgées [Internet]. servie public; Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N392>
14. Gonthier R, Privat A. Prévenir les pertes de fonctionnalité avec le vieillissement : quels sont les principaux enjeux pour l'avenir ?*. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 1 août 2022;206(7):852-4.
15. Alexis Louvel, Salimeh Monirijavid. Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015 - Premiers résultats de l'enquête Autonomie 2022 [Internet]. DREES; 2024. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/ER1318.pdf>

- 16.Gabay O, Gabay C. Arthrose de la main : état des lieux. *Revue du Rhumatisme*. 1 janv 2013;80(1):12-7.
- 17.Long H, Liu Q, Yin H, Wang K, Diao N, Zhang Y, et al. Prevalence Trends of Site-Specific Osteoarthritis From 1990 to 2019: Findings From the Global Burden of Disease Study 2019. *Arthritis Rheumatol*. juill 2022;74(7):1172-83.
- 18.Lan Z, Yang Y, Wang H, Guo X, Wu Z, Jin Q. Impact of prevention strategies on quality of life in patients with osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *World Neurosurgery* [Internet]. 22 nov 2023 [cité 3 déc 2023]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878875023016297>
- 19.Berenbaum F. Arthrose La maladie articulaire la plus répandue [Internet]. unité Inserm 938; 2022. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/arthrose/>
- 20.Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *The Lancet*. 18 juin 2011;377(9783):2115-26.
- 21.Cerit B. Determination and Evaluation of the Needs of the Patients with Knee Osteoarthritis in their Daily Living Activities1. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 7 oct 2014;152:841-4.
- 22.Arthrose du genou : définition et facteurs favorisants [Internet]. Ameli; 2024. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/arthrose-genou/definition-facteurs-favorisants>
- 23.Kellgren, Lawrence. Stades radiologiques d'arthrose. Société française de rhumatologie;
- 24.Arthrose : le paracétamol en 1re intention lors des crises douloureuses. HAS; 2014.
- 25.Allen KD, Thoma LM, Golightly YM. Epidemiology of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. févr 2022;30(2):184-95.
- 26.Arthrose de la hanche : définition et facteurs favorisants. 2024.
- 27.Chevalier X, Compaore C, Eymard F, Flipo RM. Rhizarthrose. *Revue du Rhumatisme Monographies*. 1 avr 2012;79(2):110-5.
- 28.Salas-Vargas SC, Rodríguez-Grande EI. Reliability of a specific questionnaire to evaluate quality of life in people with osteoarthritis. *Reumatología Clínica (English Edition)*. 1 mai 2021;17(5):279-83.
- 29.Formarier M. Qualité de vie. In: *Les concepts en sciences infirmières* [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 11 févr 2025]. p. 260-2. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-260>
- 30.Neogi T. The Epidemiology and Impact of Pain in Osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. sept 2013;21(9):1145-53.
- 31.Travail domestique: Définition. Internaute [Internet]. Disponible sur: <https://www.internaute.fr/dictionnaire/fr/definition/travail-domestique/>
- 32.AVQ (Activités de la vie quotidienne) : définition | Mon Parcours Handicap [Internet]. République Française; Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/avq>

- 33.Zhang Y, Niu J, Kelly-Hayes M, Chaisson CE, Aliabadi P, Felson DT. Prevalence of symptomatic hand osteoarthritis and its impact on functional status among the elderly: The Framingham Study. *Am J Epidemiol.* 1 déc 2002;156(11):1021-7.
- 34.Panter C, Berry P, Chauhan D, Fernandes S, Gatsi S, Park J, et al. A qualitative exploration of the patient experience of erosive and non-erosive hand osteoarthritis. *J Patient Rep Outcomes.* 3 févr 2021;5:18.
- 35.Guillaume C, Chalufour A. Chapitre 13. Évaluation des activités de vie quotidienne chez les enfants. In: Ergothérapie en pédiatrie [Internet]. De Boeck Supérieur; 2012 [cité 12 févr 2025]. p. 187-206. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/ergotherapie-en-pediatrie--9782353270934-page-187>
- 36.Chen A, An E, Yan E, He D, Saripella A, Butris N, et al. Incidence of preoperative instrumental activities of daily living (IADL) dependence and adverse outcomes in older surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Anesthesia.* 1 oct 2023;89:111151.
- 37.Zacharia I. Ergothérapie -Sujet spéciaux [Internet]. Le manuel MSD; 2023. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/r%C3%A9%C3%A9ducation/ergoth%C3%A9rapie>
- 38.Osteoarthritis year in review 2021: epidemiology & therapy. *Osteoarthritis and Cartilage.* 1 févr 2022;30(2):196-206.
- 39.Stoffer M, Taurok D, Prodinger B, Smolen J, Woolf A, Stamm T. FRI0488-HPR Are occupational therapy interventions included in the most commonly used european clinical-practice guidelines for the management of osteoarthritis? *Annals of the Rheumatic Diseases.* 1 juin 2012;71:754.
- 40.L'ergothérapeute - pour les Personnes âgées. République Française; 2023.
- 41.Gløersen M, Kjeken I, Tveter AT, Kazemi A, Sexton J, Dziedzic K, et al. Study protocol for the PICASSO trial: A randomized placebo-controlled trial to investigate the efficacy and safety of intraarticular steroid injections and an occupational therapy intervention in painful inflammatory carpometacarpal-1 osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage Open.* 1 mars 2025;7(1):100542.
- 42.McCausland K. AB1431-HPR Developing an evidence-based group programme for occupational therapy management of osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 1 juin 2018;77:1849.
- 43.Questionnaire de recueil du point de vue des patients et usagers pour l'évaluation d'un médicament [Internet]. HAS; 2017. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-09/aflar_contribution_patient.pdf
- 44.Morel-Bracq MC, Margot-Cattin P, Margot-Cattin I, Mignet G, Doussin-Antzer A, Sorita É, et al. Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In: Les modèles conceptuels en ergothérapie [Internet]. De Boeck Supérieur; 2017 [cité 13 févr 2025]. p. 51-130. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/les-modeles-conceptuels-en-ergotherapie--9782353273775-page-51>
- 45.Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. 2010; Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexes_-_Evaluation_des_objectifs_de_la_loi_du_9_aout_2004_et_propositions.pdf

46. Guillemin F, Rat AC, Roux CH, Fautrel B, Mazieres B, Chevalier X, et al. La cohorte KHOALA* d'arthrose symptomatique du genou ou de la hanche en France. Revue du Rhumatisme. 1 janv 2013;80(1):32-9.
47. Rat AC. AMIQUAL (OAKHQOL) : échelle de qualité de vie pour les patients atteints d'arthrose de hanche et de genou développement, validité et applications. 2007.
48. 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.
49. Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur [Internet]. HAS; 2022. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/liste_echelles_acceptees_2022.pdf
50. The Health Assessment Questionnaire (HAQ) Disability Index (DI) of the Clinical Health Assessment Questionnaire (Version 96.4).
51. Clynes MA, Jameson KA, Edwards MH, Cooper C, Dennison EM. Impact of osteoarthritis on activities of daily living: does joint site matter? Aging Clin Exp Res. 2019;31(8):1049-56.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire	39
-------------------------------	----

Annexe 1. Questionnaire

Impact de l'arthrose sur les activités quotidiennes des personnes âgées vivant à domicile

Bonjour, je m'appelle Amélie HIRSCH et je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à Limoges. L'ergothérapie est une discipline qui vise à accompagner les personnes dans l'adaptation de leurs activités quotidiennes en fonction de leurs capacités, afin d'améliorer leur qualité de vie.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je mène une étude sur l'impact de l'**arthrose sur les activités quotidiennes** des personnes âgées. Pour cela, je réalise un questionnaire destiné aux personnes de **plus de 60 ans**, ayant un **diagnostic d'arthrose et vivant à domicile**.

Je tiens à vous assurer que votre anonymat sera scrupuleusement respecté tout au long de cette étude.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

1-Vous êtes un(e):

Femme

Homme

2- Vous avez :

Entre 60 et 65 ans

Entre 65 et 70 ans

Entre 70 et 75 ans

Entre 75 et 80 ans

Plus de 80 ans

Votre domicile se situe-t-il en milieu rural ou urbain ?

En milieu rural

En milieu urbain

3- Dans quelle(s) partie(s) de votre corps avez-vous été diagnostiquée(e) avec de l'arthrose ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

Le genou

La hanche

La main

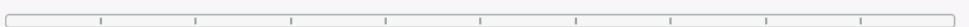
Autres (précisez)

Autres (précisez) :

Sur l'échelle graduée, comment évalueriez-vous l'intensité de la douleur que vous ressentez dans votre genou en raison de l'arthrose ?

Pas de douleur  Douleur maximale imaginable

Sur l'échelle graduée, comment évalueriez-vous l'intensité de la douleur que vous ressentez dans votre hanche en raison de l'arthrose ?

Pas de douleur  Douleur maximale imaginable

Sur l'échelle graduée, comment évalueriez-vous l'intensité de la douleur que vous ressentez dans votre main en raison de l'arthrose ?

Pas de douleur  Douleur maximale imaginable

Cochez les symptômes que vous rencontrez au quotidien parmi les suivants :

- Raideur matinale au niveau de l'articulation atteinte d'arthrose
- Douleur articulaire par poussée
- Limitation de mouvement pour l'articulation touchée

Page 2

Les questions suivantes sont extraites d'un questionnaire validé, le Health Assessment Questionnaire (HAQ), qui me permettra d'évaluer l'impact de l'arthrose sur les activités quotidiennes.

1- Faire sa toilette et s'habiller

	Sans aucune difficulté	Avec quelques difficultés	Avec beaucoup de difficultés	Incapable de le faire
Etes-vous capable de vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable de vous laver les cheveux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2- Se (re)lever

	Sans aucune difficulté	Avec quelques difficultés	Avec beaucoup de difficultés	Incapable de le faire
Etes-vous capable de vous lever d'une chaise sans utiliser les accoudoirs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable de vous mettre au lit et vous lever du lit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3- Manger

	Sans aucune difficulté	Avec quelques difficultés	Avec beaucoup de difficultés	Incapable de le faire
Etes-vous capable de couper votre viande avec le couteau?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable de porter à votre bouche une tasse ou un verre plein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable d'ouvrir une nouvelle «brique» de lait ou de jus de fruit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4- Marcher

	Sans aucune difficulté	Avec quelques difficultés	Avec beaucoup de difficultés	Incapable de le faire
Etes-vous capable de marcher en terrain plat à l'extérieur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable de monter 5 marches?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5 - Hygiène

	Sans aucune difficulté	Avec quelques difficultés	Avec beaucoup de difficultés	Incapable de le faire
Etes-vous capable de vous sécher entièrement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable de prendre un bain dans une baignoire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable de vous asseoir et vous relever des toilettes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 - Atteindre et attraper un objet

	Sans aucune difficulté	Avec quelques difficultés	Avec beaucoup de difficultés	Incapable de le faire
Etes-vous capable d'atteindre et saisir un objet de 2 kg situé juste au-dessus de votre tête?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable de vous baisser pour ramasser un vêtement par terre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7 - Préhension

	Sans aucune difficulté	Avec quelques difficultés	Avec beaucoup de difficultés	Incapable de le faire
Etes-vous capable d'ouvrir une portière de voiture?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable de dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable d'ouvrir et fermer les robinets?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8 - Autres activités

	Sans aucune difficulté	Avec quelques difficultés	Avec beaucoup de difficultés	Incapable de le faire
Etes-vous capable de faire vos courses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable de monter et descendre de voiture?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etes-vous capable de faire des travaux ménagers (passer l'aspirateur, etc.) ou jardiner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page 3

1- Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge en ergothérapie pour votre arthrose ?

Oui

Non

2- Quelles sont, selon vous, les principales améliorations qui pourraient être apportées à votre quotidien pour vous aider à mieux gérer les tâches quotidiennes malgré l'arthrose ? (Par exemple : aide technique, aménagement du domicile, soutien professionnel, stratégies de gestion de la douleur, etc.)

- Aide technique
- Aménagement du domicile
- Stratégie de gestion de la douleur
- Autres (Précisez) :

Autres (Précisez) :

3 - Avez-vous parfois l'impression que les difficultés liées à votre arthrose sont sous-estimées ?

Oui

Non

Impact de l'arthrose sur les activités instrumentales de la vie quotidienne pour les personnes âgées vivant à domicile

Contexte : D'ici 2050, un tiers des Français seront considérés comme âgés. Avec l'âge, les capacités fonctionnelles diminuent et les maladies chroniques, comme l'arthrose, deviennent plus fréquentes. Cette pathologie articulaire, courante après 60 ans, touche principalement les genoux, les hanches et les mains. Son impact sur les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), essentielles pour l'indépendance à domicile, reste peu documenté.

Méthode : Un auto-questionnaire a été diffusé auprès de personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile et atteintes d'arthrose, afin d'identifier les limitations rencontrées dans la réalisation des AIVQ.

Résultats : Les réponses montrent des difficultés marquées dans certaines tâches complexes comme l'entretien du domicile, la manipulation d'objets ou les gestes de préhension. Ces limitations varient selon les articulations atteintes. Un manque de recours à l'ergothérapie est constaté, malgré des besoins clairement exprimés en gestion de la douleur, aides techniques et aménagements du domicile.

Conclusion : L'arthrose a un impact réel sur les AIVQ des personnes âgées à domicile. L'ergothérapie apparaît comme une réponse adaptée, mais reste encore insuffisamment mobilisée

Mots-clés : [Arthrose, Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), Personnes âgées, Gonarthrose, Coxarthrose, Arthrose des mains, Domicile, Ergothérapie]

Impact of osteoarthritis on instrumental activities of daily living in elderly people living at Home

Context : By 2050, one-third of the French population will be considered elderly. With age, functional abilities decline and chronic conditions such as osteoarthritis become more common. Osteoarthritis, a frequent joint disorder after age 60, mainly affects the knees, hips, and hands. Its impact on instrumental activities of daily living (IADLs), which are essential for maintaining independence at home, remains underexplored.

Method : A self-administered questionnaire was distributed to individuals aged 60 and over, living at home and diagnosed with osteoarthritis, to assess the difficulties they encounter in performing IADLs

Results : The responses revealed significant limitations in performing complex tasks such as housework, handling objects, or fine motor activities. These limitations varied depending on the joints affected. Despite clearly expressed needs in pain management, assistive devices, and home adaptations, occupational therapy was rarely used.

Conclusion : Osteoarthritis has a substantial impact on the IADLs of older adults living at home. Occupational therapy could offer appropriate support, but it remains underutilized.

Keywords : [Osteoarthritis, Instrumental Activities of Daily Living (IADLs), Elderly, Knee Osteoarthritis, Hip Osteoarthritis, Hand Osteoarthritis, Home, Occupational Therapy]